

LANDKREIS
REUTLINGEN



Landkreis Biberach

Landkreis
Ravensburg

LGA
Landesgesundheits Amt
Baden-Württemberg



UNIVERSITÄTS
KLINIKUM
HEIDELBERG

zirius
Zentrum für interdisziplinäre Risiko- und Innovationsforschung

Institut für
Allgemein-
medizin 
Johann Wolfgang Goethe-Universität, Frankfurt am Main

Modellprojekt sektorenübergreifende Versorgung in Baden-Württemberg

Projektbericht

im Auftrag des



Baden-Württemberg

MINISTERIUM FÜR SOZIALES UND INTEGRATION

Beteiligte des Modellprojekts sektorenübergreifende Versorgung

Für das Ministerium für Soziales und Integration arbeiteten mit:

- Dr. Johannes Berger
- Dr. Layla Distler
- Dr. Andrea Kloster
- Dr. Andreas Marg
- Dr. Thomas Rösel
- Jacqueline Weiler
- Dr. Jürgen Wuthe

Für das Landesgesundheitsamt arbeiteten mit:

- Dr. Birgit Berg
- Prof. Dr. Michael Böhme
- Dagmar Bürle
- Barbara Leykamm

Für den Landkreis Biberach arbeiteten mit:

- Theresa Rapp
- Dr. Monika Spannenkrebs
- Dr. Nora Volmer-Berthele

Für den Landkreis Ravensburg arbeiteten mit:

- Dr. Michael Föll
- Anika Hemme
- Dr. Nora Volmer-Berthele

Für den Landkreis Reutlingen arbeiteten mit:

- Monika Firsching
- Anja Manns
- Dr. Gottfried Roller (Projektkoordinator für die Modellregion)
- Simone Schmidt-Goretzky

Für die Abteilung Allgemeinmedizin und Versorgungsforschung des Universitätsklinikums Heidelberg arbeiteten mit:

- Dr. Jan Koetsenruijter
- PD Dr. Dominik Ose
- Dr. Jan Paulus
- Prof. Dr. Joachim Szecsenyi
- Prof. Dr. Michel Wensing
- Pamela Wronski

Für das Institut für Allgemeinmedizin der Goethe-Universität Frankfurt a. M. arbeiteten mit:

- Linda Barthen
- Dr. Antje Eler
- Prof. Dr. Ferdinand Gerlach
- Dr. Tanja Schatz
- Dr. Lisa Ulrich

Für ZIRIUS – Zentrum für interdisziplinäre Risiko- und Innovationsforschung der Universität Stuttgart arbeiteten mit:

- Benjamin Huber
- Oliver Scheel
- Sarah-Kristina Wist

Inhaltsverzeichnis

EXECUTIVE SUMMARY	1
1. EINLEITUNG	14
1.1. DIE MODELLREGION SÜDWÜRTTEMBERG	14
1.2. WISSENSCHAFTLICHER HINTERGRUND UND ZIELE DES MODELLPROJEKTS	19
2. METHODIK	25
2.1. PROJEKTSTEUERUNG	26
2.2. TEILPROJEKT 1: AUSWAHL DER KRANKHEITSBILDER UND SEKUNDÄRDATENANALYSE ZUR VERSORGUNGSSITUATION IN BADEN-WÜRTTEMBERG UND IN DER MODELLREGION 27	
2.2.1. Auswahl der Krankheitsbilder	27
2.2.1.1. Formulierung von Auswahlkriterien	28
2.2.1.2. Auswahl von Krankheitsbildern (lebensphasenunspezifische Auswahl)	30
2.2.1.3. Auswahl eines Krankheitsbildes des Kindes- und Jugendalters	34
2.2.2. Fragenkatalog	37
2.2.3. Entwicklung eines Indikatoren-Basissets	38
2.2.3.1. Frameworkentwicklung	38
2.2.3.2. Indikatorenrecherche	44
2.2.3.3. ExpertInnenbefragung	44
2.2.3.4. Ausgewählte Indikatoren	46
2.2.4. Aufbau einer Projektdatenbank	47
2.2.4.1. Aufbau	47
2.2.4.2. Wichtigste Datenquellen tiefergehender Analysen	48
2.2.5. Analysemethoden	50
2.2.5.1. Administrative Prävalenz	51
2.2.5.2. Inanspruchnahme	51
2.2.5.3. Analyse intersektoraler Schnittstellen	52
2.2.5.4. Interregionale Inanspruchnahme der Krankenhausversorgung	52
2.2.5.5. Stadt-Land-Vergleich der administrativen Prävalenz	52
2.2.5.6. Projektion	52
2.2.5.7. Abgleich des Versorgungsangebots mit der zukünftigen Inanspruchnahme	52
2.3. TEILPROJEKT 2A: VERSORGUNGSSITUATION AUS DER PERSPEKTIVE DER GESUNDHEITSAKTEURINNEN VOR ORT	53
2.3.1. Datenerhebung	53
2.3.2. Zusammensetzung der Arbeitsgruppen und Rekrutierung der TeilnehmerInnen	53
2.3.3. Vorgehen in den Arbeitsgruppen	54
2.3.3.1. IST-Analyse (Sitzung 1)	55
2.3.3.2. SOLL-Analyse (Sitzung 2)	55
2.3.3.3. Abgleich der IST- und SOLL-Analyse (Sitzung 3)	56
2.3.4. Entwicklung landkreisübergreifender Ansätze	57
2.3.5. Datenauswertung	57

2.4. TEILPROJEKT 2B: METHODIK DER PATIENTINNEN-FOKUSGRUPPEN SOWIE DER DIALOGVERANSTALTUNG MIT ALLEN PROJEKTTILNEHMENDEN SOWIE DER ÖFFENTLICHKEIT	58
2.4.1. Methodik und inhaltlicher Aufbau der Fokusgruppen	58
2.4.2. Methodisches Konzept und Ablaufplanung Dialog-Veranstaltung	61
3. ERGEBNISSE	64
3.1. TEILPROJEKT 1: ERGEBNISSE DER DATENANALYSEN FÜR BADEN-WÜRTTEMBERG UND DIE MODELLREGION	64
3.1.1. Allgemeine Versorgungssituation	65
3.1.2. Anorexia nervosa	83
3.1.3. Chronischer Kreuzschmerz	91
3.1.4. Darmkrebs	102
3.1.5. Demenz	110
3.1.6. Depression	120
3.1.7. Diabetes mellitus Typ 1	129
3.1.8. Diabetes mellitus Typ 2	138
3.1.9. Schlaganfall	146
3.1.11. Entwicklung der administrativen Prävalenz in städtischen und ländlichen Regionen	162
3.1.12. Abgleich des Versorgungsangebots mit der zukünftigen Inanspruchnahme	164
3.2. TEILPROJEKT 2A: LANDKREISINTERNE ERGEBNISSE	173
3.2.1. Landkreis Biberach	173
3.2.1.1. Arbeitsgruppe Anorexie	173
3.2.1.2. Arbeitsgruppe chronischer Kreuzschmerz	174
3.2.1.3. Arbeitsgruppe Darmkrebs	176
3.2.1.4. Arbeitsgruppe Demenz	177
3.2.1.5. Arbeitsgruppe Depression	179
3.2.1.6. Arbeitsgruppe Diabetes mellitus Typ 1 und Typ 2	181
3.2.1.7. Arbeitsgruppe Schlaganfall	183
3.2.2. Landkreis Ravensburg	185
3.2.2.1. Arbeitsgruppe Anorexie	185
3.2.2.2. Arbeitsgruppe chronischer Kreuzschmerz	187
3.2.2.3. Arbeitsgruppe Darmkrebs	190
3.2.2.4. Arbeitsgruppe Demenz	192
3.2.2.5. Arbeitsgruppe Depression	195
3.2.2.6. Arbeitsgruppe Diabetes mellitus Typ 1 und Typ 2	198
3.2.2.7. Arbeitsgruppe Schlaganfall	200
3.2.3. Landkreis Reutlingen	202
3.2.3.1. Arbeitsgruppe Anorexie	202
3.2.3.2. Arbeitsgruppe Darmkrebs	205
3.2.3.3. Arbeitsgruppe Demenz	209
3.2.3.4. Arbeitsgruppe Depression	212
3.2.3.5. Arbeitsgruppe Diabetes mellitus Typ 1 und Typ 2	216
3.2.3.6. Arbeitsgruppe chronischer Kreuzschmerz	220
3.2.3.7. Arbeitsgruppe Schlaganfall	224
3.3. TEILPROJEKT 2A: ANSÄTZE FÜR EINE LANDKREISÜBERGREIFENDE VERSORGUNG	229
3.3.1. Arbeitsgruppe Anorexie	229
3.3.2. Arbeitsgruppe chronischer Kreuzschmerz	233
3.3.3. Arbeitsgruppe Darmkrebs	235
3.3.4. Arbeitsgruppe Demenz	237
3.3.5. Arbeitsgruppe Depression	239

3.3.6.	Arbeitsgruppe Diabetes mellitus Typ 1 und 2	243
3.3.7.	Arbeitsgruppe Schlaganfall	246
3.4. TEILPROJEKT 2B: ERGEBNISSE AUS DER PERSPEKTIVE DER BÜRGERINNEN SOWIE DER GEMEINSAMEN DIALOGVERANSTALTUNG MIT AKTEURINNEN DES GESUNDHEITSWESENS		
248		
3.4.1.	Fokusgruppen	248
3.4.1.1.	Aktuelle Versorgungsstrukturen aus Sicht der Bürger- und Patientenschaft	248
3.4.1.2.	Wünsche für die zukünftige Versorgung aus BürgerInnen-/PatientInnensicht und deren Umsetzungsideen	254
3.4.2.	Dialogveranstaltung	265
3.4.2.1.	Arbeitsgruppe A – Angebote der Behandlung psychischer Erkrankungen	266
3.4.2.2.	Arbeitsgruppe B – Angebot eines neutralen, kreis- und krankheitsübergreifenden Patientenlotsen	268
3.4.2.3.	Arbeitsgruppe C – Bessere Verzahnung zwischen stationärer und ambulanter Behandlung	270
3.4.2.4.	Arbeitsgruppe D – Gesundheitsförderung und Prävention neu denken und gestalten	272
3.4.2.5.	Arbeitsgruppe E – Gesundheitsversorgung der Zukunft	275
3.4.2.6.	Abschließende Podiumsdiskussion	276
3.5. ZUSAMMENFÜHRUNG DER ERGEBNISSE VON TEILPROJEKT 2A UND B		278
3.6. ZUSAMMENFASSUNG DER ERGEBNISSE ALLER DREI TEILPROJEKTE		295
3.6.1.	Teilprojekt 1	295
3.6.1.1.	Allgemeine Versorgungssituation	295
3.6.1.2.	Anorexia nervosa	296
3.6.1.3.	Chronischer Kreuzschmerz	296
3.6.1.4.	Darmkrebs	296
3.6.1.5.	Demenz	297
3.6.1.6.	Depression	297
3.6.1.7.	Diabetes mellitus Typ 1	298
3.6.1.8.	Diabetes mellitus Typ 2	298
3.6.1.9.	Schlaganfall	299
3.6.1.10.	Entwicklung der administrativen Prävalenz in städtischen und ländlichen Regionen	299
3.6.1.11.	Abgleich des Versorgungsangebots mit der zukünftigen Inanspruchnahme	299
3.6.1.12.	Modellregion im Überblick	300
3.6.2.	Teilprojekt 2	301
4. ENTWICKLUNG EINES LANDKREIS- UND SEKTORENÜBERGREIFENDEN VERSORGUNGSKONZEPTS		306
4.1. TEILPROJEKT 1: REGIONALE VERSORGUNGSPLANUNG - SCHLUSSFOLGERUNGEN AUS DER SEKUNDÄRDATENANALYSE		306
4.1.1.	Demografiebedingte Veränderung des Versorgungsbedarfs	306
4.1.2.	Sektorenübergreifende Aspekte	306
4.1.3.	Krankheitsbildspezifische interregionale Pfade bei der Inanspruchnahme von Krankenhausleistungen	307
4.1.4.	Analyseebene „Kreis“	308
4.2. TEILPROJEKT 2 - ENTWICKLUNG EINES LANDKREIS- UND SEKTORENÜBERGREIFENDEN VERSORGUNGSKONZEPTS		308
4.2.1.	Primärversorgung als Basis	310
4.2.2.	(Landkreisübergreifende) Kompetenzzentren für spezielle Erkrankungen	312
4.2.3.	Integration von Gesundheitsförderung und Prävention	316

4.2.4.	Verzahnung mit sozialen, ehrenamtlichen und Selbsthilfe-Angeboten in der Kommune sowie mit Mobilitäts-, Wohn- und Pflegeangeboten für ältere Menschen	323
4.2.5.	Kooperation der GesundheitsakteurInnen über Sektoren und Berufsgruppen hinweg	325
4.2.6.	Koordination der Angebote	327
4.2.7.	Persönliches Fallmanagement (Case und Care Management)	329
4.2.8.	Zugang und gute Erreichbarkeit der Angebote	330
5.	VORAUSSETZUNGEN FÜR DIE UMSETZUNG DES KONZEPTS	332
5.1.	VORAUSSETZUNGEN FÜR DIE UMSETZUNG EINES REGIONALEN LANDKREIS- UND SEKTORENÜBERGREIFENDEN VERSORGUNGSMODELLS – MÖGLICHKEITEN IM BESTEHENDEN GESUNDHEITSSYSTEM UND NOTWENDIGE ÄNDERUNGEN DER RAHMENBEDINGUNGEN	332
5.2.	VORSCHLÄGE FÜR EINE SEKTORENÜBERGREIFENDE BEDARFSPLANUNG AUS WISSENSCHAFTLICHER PERSPEKTIVE	341
5.3.	VORSCHLÄGE FÜR EINE REGIONALE, BEDARFSORIENTIERTE, SEKTORENÜBERGREIFENDE BEDARFS- UND VERSORGUNGSPLANUNG AUS DER PERSPEKTIVE DES MODELLPROJEKTS	343
5.4.	MÖGLICHE AUFGABEN DES ÖFFENTLICHEN GESUNDHEITSDIENSTES IM RAHMEN EINER SEKTORENÜBERGREIFENDEN VERSORGUNG	348
5.5.	VORAUSSETZUNGEN AUS SEKUNDÄRDATENPERSPEKTIVE	351
5.5.1.	Aktuelle Möglichkeiten und Herausforderungen	351
5.5.2.	Notwendige Entwicklungen	352
6.	HANDLUNGSEMPFEHLUNGEN	354
7.	LITERATUR	364

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Modellregion Südwürttemberg: Landkreise Biberach, Ravensburg und Reutlingen	15
Abbildung 2: Von der sektoralen zur populationsorientierten Versorgung: Die sektorale Abgrenzung verliert an Bedeutung, die regionalen Strukturen entscheiden über den Ort der Leistungserbringung [1]	20
Abbildung 3: Umfassendes Modell einer regional vernetzten Gesundheitsversorgung im ländlichen Raum [5]	21
Abbildung 4: Patientenorientierte Zentren für Primär- und Langzeitversorgung (PORT) der Robert Bosch Stiftung [6]	22
Abbildung 5: Methodischer Aufbau des Modellprojekts	25
Abbildung 6: Triangulation der Ergebnisse aus den drei Teilprojekten als Basis für die Entwicklung eines zukünftigen Versorgungskonzepts	26
Abbildung 7: Ausgewählte Krankheitsbilder und Krankheitsgruppen für das Modellprojekt	27
Abbildung 8: Erarbeitung einer Vorauswahl von Krankheitsbildern	31
Abbildung 9: Durch Netzwerk überarbeitete Vorauswahl von Krankheitsbildern und -gruppen	32
Abbildung 10: Framework für Indikatoren zur Beschreibung von Gesundheitssystemen	42
Abbildung 11: Anteil der AOK-BW-Versicherten an der Wohnbevölkerung im Jahr 2013 in den Landkreisen und kreisfr. Städten Baden-Württembergs	49
Abbildung 12: Kategorisierung der Ergebnisse der ersten zwei AG-Sitzungen mit den GesundheitsakteurInnen und der Fokusgruppen mit Betroffenen	56
Abbildung 13: Indikator 3 - Anteil regelmäßiger Raucher in Baden-Württemberg auf Ebene der Landkreise und kreisfr. Städte. [Eigene Berechnung auf Basis des Mikrozensus 2013, gewichtet]	66
Abbildung 14: Bevölkerungsstruktur in Baden-Württemberg im Jahr 2013 und 2023. [Eigene Darstellung auf Basis der Bevölkerungsfortschreibung (2013) und regionalisierten Bevölkerungsvorausrechnung (2023) des Statistischen Landesamtes Baden-Württemberg]	66
Abbildung 15: Bevölkerungsstruktur in der Modellregion im Jahr 2013 und 2023. [Eigene Darstellung auf Basis der Bevölkerungsfortschreibung (2013) und regionalisierten Bevölkerungsvorausrechnung (2023) des Statistischen Landesamtes Baden-Württemberg]	67
Abbildung 16: Indikator 32 - Anteil der Bevölkerungsgruppe ab 80 Jahren in den Landkreisen und kreisfr. Städten Baden-Württembergs im Jahr 2013. [Bevölkerungsfortschreibung des Statistischen Landesamtes Baden-Württemberg]	68
Abbildung 17: Indikator 6b - Anteil der Bevölkerung ab einem Alter von 18 Jahren mit „niedrigem“ sozioökonomischen Status in den Stadt- und Landkreisen Baden-Württembergs im Jahr 2013. [Eigene Berechnung auf Basis des Mikrozensus 2013, gewichtet]	69
Abbildung 18: Indikator 39 - Anteil der Menschen mit Migrationshintergrund an der Wohnbevölkerung in den Stadt- und Landkreisen Baden-Württembergs im Jahr 2013. [Eigene Berechnung auf Basis des Mikrozensus 2013, gewichtet]	69
Abbildung 19: Administrative Prävalenz bösartiger Neubildungen nach Alter und Geschlecht im Jahr 2013 in Baden-Württemberg und der Modellregion. [Eigene Berechnung auf Basis von Abrechnungsdaten der AOK-BW, adjustiert]	70
Abbildung 20: Administrative Prävalenz von Kreislauferkrankungen nach Alter und Geschlecht im Jahr 2013 in Baden-Württemberg und der Modellregion. [Eigene Berechnung auf Basis von Abrechnungsdaten der AOK-BW, adjustiert]	71
Abbildung 21: Administrative Prävalenz psychischer und Verhaltensstörungen nach Alter und Geschlecht im Jahr 2013 in Baden-Württemberg. [Eigene Berechnung auf Basis von Abrechnungsdaten der AOK-BW, adjustiert]	71
Abbildung 22: Indikator 70 – Sterbefälle (roh) im Alter von unter 65 Jahren je 100.000 Einwohner im Jahr 2013. [Gesundheitsatlas des Landesgesundheitsamtes Baden-Württemberg]	72
Abbildung 23: Indikator 80 - Anzahl Pflegebedürftige in häuslicher Pflege je 100.000 Einwohner im Jahr 2013. [Gesundheitsatlas des Landesgesundheitsamtes Baden-Württemberg]	73
Abbildung 24: Indikator 139 - Anteil der 55-57-Jährigen mit Beratung zum Darmkrebs-Früherkennungsprogramm im Jahr 2013. [Eigene Berechnung auf Basis von Abrechnungsdaten der AOK-BW, adjustiert]	74
Abbildung 25: Indikator 203 - Hospitalisierungsrate der Typ-2-Diabetiker im Jahr 2013. [Eigene Berechnung auf Basis von Abrechnungsdaten der AOK-BW, adjustiert]	75
Abbildung 26: Indikator 159a - Übergang von stationär nach ambulant innerhalb von 7 Tagen bei Patienten mit schwerer psychischer Erkrankung. [Eigene Berechnung auf Basis von Abrechnungsdaten der AOK-BW, adjustiert]	76

Abbildung 27: Indikator 159b - Übergang von stationär nach ambulant innerhalb von 30 Tagen bei PatientInnen mit schwerer psychischer Erkrankung. [Eigene Berechnung auf Basis von Abrechnungsdaten der AOK-BW, adjustiert]	76
Abbildung 28: Indikator 206 – Anteil der AOK-Versicherten in Baden-Württemberg mit Rückenschmerzen, die Opiode verordnet bekommen im Jahr 2013. [Eigene Berechnung auf Basis von Abrechnungsdaten der AOK-BW, adjustiert]	77
Abbildung 29: Indikator 131 - Schlaganfallpatienten mit rascher Aufnahme in ein Krankenhaus gemäß Helsingborg-Deklaration im Jahr 2013 in Baden-Württemberg und der Modellregion in Prozent. [ESQS zur Schlaganfallversorgung der GeQiK]	78
Abbildung 30: Indikator 160 - Schlaganfallpatienten mit Weiterbehandlung in Reha-Klinik im Jahr 2013 in Baden-Württemberg und der Modellregion in Prozent. [ESQS zur Schlaganfallversorgung der GeQiK]	78
Abbildung 31: Indikator 161 - Schlaganfallpatienten mit Pflegeüberleitungsbogen bei Entlassung im Jahr 2013 in Baden-Württemberg und der Modellregion in Prozent. [ESQS zur Schlaganfallversorgung der GeQiK]	79
Abbildung 32: Indikator 216 - Behandlung auf zertifizierter Schlaganfalleinheit im Jahr 2015 in Baden-Württemberg und der Modellregion in Prozent. [ESQS zur Schlaganfallversorgung der GeQiK]	79
Abbildung 33: Indikator 313 - Aufgestellte Betten in Krankenhäusern je 100.000 Einwohner. [Krankenhausstatistik des Statistischen Landesamtes Baden-Württemberg]	80
Abbildung 34: Indikator 355 - Einwohner pro Hausarzt in ambulanten Einrichtungen. [Gesundheitsatlas des Landesgesundheitsamtes Baden-Württemberg. Rastatt und Baden-Baden zusammen.]	81
Abbildung 35: Indikator 353 - Einwohner pro PsychotherapeutIn in ambulanten Einrichtungen. [Gesundheitsatlas des Landesgesundheitsamtes Baden-Württemberg. Rastatt und Baden-Baden zusammen.]	81
Abbildung 36: Indikator 318 - Einwohner je ambulantem Pflegedienst. [Pflegestatistik des Statistischen Landesamtes Baden-Württemberg]	82
Abbildung 37: Indikator 359 - Einwohner je öffentliche Apotheke in den Stadt- und Landkreisen Baden-Württembergs im Jahr 2013. [Gesundheitsatlas des Landesgesundheitsamtes Baden-Württemberg]	83
Abbildung 38: Administrative Prävalenz von Anorexia nervosa nach Alter und Geschlecht in Baden-Württemberg im Jahr 2013. [Eigene Berechnung auf Basis von Abrechnungsdaten der AOK-BW, adjustiert]	84
Abbildung 39: Administrative Prävalenz von Anorexia nervosa im Jahr 2013, adjustiert nach Alter und Geschlecht der Wohnbevölkerung im Kreis, angegeben in Prozent. [Eigene Berechnung auf Basis von Abrechnungsdaten der AOK-BW, adjustiert]	85
Abbildung 40: Relative Veränderung der administrativen Prävalenz von Anorexia nervosa von 2013 zu projiziert 2023 in Prozent. [Eigene Berechnung auf Basis von Abrechnungsdaten der AOK-BW, adjustiert und regionalisierten Bevölkerungsvorausrechnung (2023) des Statistischen Landesamtes Baden-Württemberg]	85
Abbildung 41: Krankenhausfälle bei Hauptdiagnose Anorexia nervosa bei Entlassung nach Wohn- und Behandlungsort im Jahr 2013 in den Landkreisen und kreisfr. Städten in Baden-Württemberg. [Eigene Berechnung auf Basis von Abrechnungsdaten der AOK-BW, unadjustiert]	87
Abbildung 42: Inanspruchnahme hausärztlicher Leistungen durch Anorexia nervosa-PatientInnen (2013 und projiziert 2023) und relative Veränderung in Prozent. [Eigene Darstellung auf Basis von adjustierte Abrechnungsdaten der AOK Baden-Württemberg, der Bevölkerungsfortschreibung (2013) und regionalisierten Bevölkerungsvorausrechnung (2023) des Statistischen Landesamtes Baden-Württemberg]	89
Abbildung 43: Inanspruchnahme ambulanter fachärztlicher Leistungen durch Anorexia nervosa-PatientInnen (2013 und projiziert 2023) und relative Veränderung in Prozent. [Eigene Darstellung auf Basis von adjustierte Abrechnungsdaten der AOK Baden-Württemberg, der Bevölkerungsfortschreibung (2013) und regionalisierten Bevölkerungsvorausrechnung (2023) des Statistischen Landesamtes Baden-Württemberg]	90
Abbildung 44: Inanspruchnahme von Krankenhausleistungen durch Anorexia nervosa-PatientInnen (2013 und projiziert 2023) und relative Veränderung in Prozent. [Eigene Darstellung auf Basis von adjustierte Abrechnungsdaten der AOK Baden-Württemberg, der Bevölkerungsfortschreibung (2013) und regionalisierten Bevölkerungsvorausrechnung (2023) des Statistischen Landesamtes Baden-Württemberg]	91
Abbildung 45: Administrative Prävalenz von chronischem Kreuzschmerz nach Alter und Geschlecht in Baden-Württemberg im Jahr 2013. [Eigene Berechnung auf Basis von Abrechnungsdaten der AOK Baden-Württemberg, adjustiert]	92

Abbildung 46: Administrative Prävalenz von chronischem Kreuzschmerz im Jahr 2013, adjustiert nach Alter und Geschlecht der Wohnbevölkerung im Kreis, angegeben in Prozent. [Eigene Berechnung auf Basis von Abrechnungsdaten der AOK Baden-Württemberg, adjustiert]	93
Abbildung 47: Relative Veränderung der administrativen Prävalenz von chronischem Kreuzschmerz von 2013 zu projiziert 2023 in Prozent. [Eigene Berechnung auf Basis von Abrechnungsdaten der AOK Baden-Württemberg, adjustiert und regionalisierten Bevölkerungsvorausrechnung (2023) des Statistischen Landesamtes Baden-Württemberg]	93
Abbildung 48: Krankenhausfälle bei Hauptdiagnose chronischem Kreuzschmerz bei Entlassung nach Wohn- und Behandlungsort im Jahr 2013 in den Landkreisen und kreisfr. Städten in Baden-Württemberg. [Eigene Berechnung auf Basis von Abrechnungsdaten der AOK Baden-Württemberg, unadjustiert]	95
Abbildung 49: Inanspruchnahme hausärztlicher Leistungen durch Patienten mit chronischem Kreuzschmerz (2013 und projiziert 2023) und relative Veränderung in Prozent. [Eigene Darstellung auf Basis von adjustierte Abrechnungsdaten der AOK Baden-Württemberg, der Bevölkerungsfortschreibung (2013) und regionalisierten Bevölkerungsvorausrechnung (2023) des Statistischen Landesamtes Baden-Württemberg]	97
Abbildung 50: Inanspruchnahme fachärztlicher Leistungen durch Patienten mit chronischem Kreuzschmerz (2013 und projiziert 2023) und relative Veränderung in Prozent. [Eigene Darstellung auf Basis von adjustierte Abrechnungsdaten der AOK Baden-Württemberg, der Bevölkerungsfortschreibung (2013) und regionalisierten Bevölkerungsvorausrechnung (2023) des Statistischen Landesamtes Baden-Württemberg]	98
Abbildung 51: Inanspruchnahme von Heilmitteln durch Patienten mit chronischem Kreuzschmerz (2013 und projiziert 2023) und relative Veränderung in Prozent. [Eigene Darstellung auf Basis von adjustierte Abrechnungsdaten der AOK Baden-Württemberg, der Bevölkerungsfortschreibung (2013) und regionalisierten Bevölkerungsvorausrechnung (2023) des Statistischen Landesamtes Baden-Württemberg]	99
Abbildung 52: Inanspruchnahme von Hilfsmitteln durch Patienten mit chronischem Kreuzschmerz (2013 und projiziert 2023) und relative Veränderung in Prozent. [Eigene Darstellung auf Basis von adjustierte Abrechnungsdaten der AOK Baden-Württemberg, der Bevölkerungsfortschreibung (2013) und regionalisierten Bevölkerungsvorausrechnung (2023) des Statistischen Landesamtes Baden-Württemberg]	100
Abbildung 53: Inanspruchnahme von Krankenhausaufenthalten durch Patienten mit chronischem Kreuzschmerz (2013 und projiziert 2023) und relative Veränderung in Prozent. [Eigene Darstellung auf Basis von adjustierte Abrechnungsdaten der AOK Baden-Württemberg, der Bevölkerungsfortschreibung (2013) und regionalisierten Bevölkerungsvorausrechnung (2023) des Statistischen Landesamtes Baden-Württemberg]	101
Abbildung 54: Inanspruchnahme von Rehabilitationsmaßnahmen durch Patienten mit chronischem Kreuzschmerz (2013 und projiziert 2023) und relative Veränderung in Prozent. [Eigene Darstellung auf Basis von adjustierte Abrechnungsdaten der AOK Baden-Württemberg, der Bevölkerungsfortschreibung (2013) und regionalisierten Bevölkerungsvorausrechnung (2023) des Statistischen Landesamtes Baden-Württemberg]	102
Abbildung 55: Administrative Prävalenz von Darmkrebs nach Alter und Geschlecht in Baden-Württemberg und der Modellregion im Jahr 2013. [Eigene Berechnung auf Basis von Abrechnungsdaten der AOK Baden-Württemberg, adjustiert]	103
Abbildung 56: Administrative Prävalenz von Darmkrebs im Jahr 2013, adjustiert nach Alter und Geschlecht der Wohnbevölkerung im Kreis, angegeben in Prozent. [Eigene Berechnung auf Basis von Abrechnungsdaten der AOK Baden-Württemberg, adjustiert]	104
Abbildung 57: Relative Veränderung der administrativen Prävalenz von Darmkrebs von 2013 zu projiziert 2023 in Prozent. [Eigene Berechnung auf Basis von Abrechnungsdaten der AOK Baden-Württemberg, adjustiert und regionalisierten Bevölkerungsvorausrechnung (2023) des Statistischen Landesamtes Baden-Württemberg]	104
Abbildung 58: Krankenhausfälle bei Hauptdiagnose Darmkrebs bei Entlassung nach Wohn- und Behandlungsort im Jahr 2013 in den Landkreisen und kreisfr. Städten in Baden-Württemberg. [Eigene Berechnung auf Basis von Abrechnungsdaten der AOK Baden-Württemberg, unadjustiert]	106
Abbildung 59: Inanspruchnahme hausärztlicher Leistungen durch Darmkrebs-PatientInnen (2013 und projiziert 2023) und relative Veränderung in Prozent. [Eigene Darstellung auf Basis von adjustierte Abrechnungsdaten der AOK Baden-Württemberg, der Bevölkerungsfortschreibung (2013) und regionalisierten Bevölkerungsvorausrechnung (2023) des Statistischen Landesamtes Baden-Württemberg]	107

Abbildung 60: Inanspruchnahme ambulanter internistischer Leistungen durch Darmkrebs-PatientInnen (2013 und projiziert 2023) und relative Veränderung in Prozent. [Eigene Darstellung auf Basis von adjustierte Abrechnungsdaten der AOK Baden-Württemberg, der Bevölkerungsfortschreibung (2013) und regionalisierten Bevölkerungsvorausrechnung (2023) des Statistischen Landesamtes Baden-Württemberg]	108
Abbildung 61: Inanspruchnahme ambulanter onkologischer Leistungen durch Darmkrebs-PatientInnen (2013 und projiziert 2023) und relative Veränderung in Prozent. [Eigene Darstellung auf Basis von adjustierte Abrechnungsdaten der AOK Baden-Württemberg, der Bevölkerungsfortschreibung (2013) und regionalisierten Bevölkerungsvorausrechnung (2023) des Statistischen Landesamtes Baden-Württemberg]	109
Abbildung 62: Inanspruchnahme von Krankenhausleistungen durch Darmkrebs-PatientInnen (2013 und projiziert 2023) und relative Veränderung in Prozent. [Eigene Darstellung auf Basis von adjustierte Abrechnungsdaten der AOK Baden-Württemberg, der Bevölkerungsfortschreibung (2013) und regionalisierten Bevölkerungsvorausrechnung (2023) des Statistischen Landesamtes Baden-Württemberg]	110
Abbildung 63: Administrative Prävalenz der Demenz nach Alter und Geschlecht in Baden-Württemberg und der Modellregion im Jahr 2013. [Eigene Berechnung auf Basis von Abrechnungsdaten der AOK Baden-Württemberg, adjustiert]	111
Abbildung 64: Administrative Prävalenz der Demenz im Jahr 2013, adjustiert nach Alter und Geschlecht der Wohnbevölkerung im Kreis, angegeben in Prozent. [Eigene Berechnung auf Basis von Abrechnungsdaten der AOK Baden-Württemberg, adjustiert]	112
Abbildung 65: Relative Veränderung der administrativen Prävalenz der Demenz von 2013 zu projiziert 2023 in Prozent. [Eigene Berechnung auf Basis von Abrechnungsdaten der AOK Baden-Württemberg, adjustiert und regionalisierten Bevölkerungsvorausrechnung (2023) des Statistischen Landesamtes Baden-Württemberg]	112
Abbildung 66: Inanspruchnahme hausärztlicher Leistungen durch Demenz-PatientInnen (2013 und projiziert 2023) und relative Veränderung in Prozent. [Eigene Darstellung auf Basis von adjustierte Abrechnungsdaten der AOK Baden-Württemberg, der Bevölkerungsfortschreibung (2013) und regionalisierten Bevölkerungsvorausrechnung (2023) des Statistischen Landesamtes Baden-Württemberg]	116
Abbildung 67: Inanspruchnahme von Nervenärzten/Neurologen durch Demenz-PatientInnen (2013 und projiziert 2023) und relative Veränderung in Prozent. [Eigene Darstellung auf Basis von adjustierte Abrechnungsdaten der AOK Baden-Württemberg, der Bevölkerungsfortschreibung (2013) und regionalisierten Bevölkerungsvorausrechnung (2023) des Statistischen Landesamtes Baden-Württemberg]	118
Abbildung 68: Inanspruchnahme vollstationärer Dauerpflege durch Demenz-PatientInnen (2013 und projiziert 2023) und relative Veränderung in Prozent. [Eigene Darstellung auf Basis von adjustierte Abrechnungsdaten der AOK Baden-Württemberg, der Bevölkerungsfortschreibung (2013) und regionalisierten Bevölkerungsvorausrechnung (2023) des Statistischen Landesamtes Baden-Württemberg]	119
Abbildung 69: Inanspruchnahme ambulanter/teilstationärer Pflege durch Demenzpatienten (2013 und projiziert 2023) und relative Veränderung in Prozent. [Eigene Darstellung auf Basis von adjustierte Abrechnungsdaten der AOK Baden-Württemberg, der Bevölkerungsfortschreibung (2013) und regionalisierten Bevölkerungsvorausrechnung (2023) des Statistischen Landesamtes Baden-Württemberg]	120
Abbildung 70: Administrative Prävalenz der Depression nach Alter und Geschlecht in Baden-Württemberg im Jahr 2013. [Eigene Berechnung auf Basis von Abrechnungsdaten der AOK Baden-Württemberg, adjustiert]	121
Abbildung 71: Administrative Prävalenz von Depression im Jahr 2013, adjustiert nach Alter und Geschlecht der Wohnbevölkerung im Kreis, angegeben in Prozent. [Eigene Berechnung auf Basis von Abrechnungsdaten der AOK Baden-Württemberg, adjustiert]	122
Abbildung 72: Veränderung der administrativen Prävalenz von Depression von 2013 zu projiziert 2023 in Prozent. [Eigene Berechnung auf Basis von Abrechnungsdaten der AOK Baden-Württemberg, adjustiert und regionalisierten Bevölkerungsvorausrechnung (2023) des Statistischen Landesamtes Baden-Württemberg]	122
Abbildung 73: Krankenhausfälle bei Hauptdiagnose Depression bei Entlassung nach Wohn- und Behandlungsort im Jahr 2013 in den Landkreisen und kreisfr. Städten in Baden-Württemberg. [Eigene Berechnung auf Basis von Abrechnungsdaten der AOK Baden-Württemberg, unadjustiert]	125

Abbildung 74: Inanspruchnahme hausärztlicher Leistungen durch PatientInnen mit Diagnose Depression (2013 und projiziert 2023) und relative Veränderung in Prozent. [Eigene Darstellung auf Basis von adjustierte Abrechnungsdaten der AOK Baden-Württemberg, der Bevölkerungsfortschreibung (2013) und regionalisierten Bevölkerungsvorausrechnung (2023) des Statistischen Landesamtes Baden-Württemberg]	127
Abbildung 75: Inanspruchnahme fachärztlicher Leistungen durch PatientInnen mit Diagnose Depression (2013 und projiziert 2023) und relative Veränderung in Prozent. [Eigene Darstellung auf Basis von adjustierte Abrechnungsdaten der AOK Baden-Württemberg, der Bevölkerungsfortschreibung (2013) und regionalisierten Bevölkerungsvorausrechnung (2023) des Statistischen Landesamtes Baden-Württemberg]	128
Abbildung 76: Inanspruchnahme Krankenhaus (2013 und projiziert 2013) und relative Veränderung in Prozent. [Eigene Darstellung auf Basis von adjustierte Abrechnungsdaten der AOK Baden-Württemberg, der Bevölkerungsfortschreibung (2013) und regionalisierten Bevölkerungsvorausrechnung (2023) des Statistischen Landesamtes Baden-Württemberg]	129
Abbildung 77 : Administrative Prävalenz von Diabetes mellitus Typ 1 nach Alter und Geschlecht in Baden-Württemberg und der Modellregion im Jahr 2013. [Eigene Berechnung auf Basis von Abrechnungsdaten der AOK Baden-Württemberg, adjustiert]	130
Abbildung 78: Administrative Prävalenz von Diabetes mellitus Typ 1 im Jahr 2013, adjustiert nach Alter und Geschlecht der Wohnbevölkerung im Kreis, angegeben in Prozent. [Eigene Berechnung auf Basis von Abrechnungsdaten der AOK Baden-Württemberg, adjustiert]	131
Abbildung 79: Relative Veränderung der administrativen Prävalenz von Diabetes mellitus Typ 1 von 2013 zu projiziert 2023 in Prozent. [Eigene Berechnung auf Basis von Abrechnungsdaten der AOK Baden-Württemberg, adjustiert und regionalisierten Bevölkerungsvorausrechnung (2023) des Statistischen Landesamtes Baden-Württemberg]	131
Abbildung 80: Krankenhausfälle bei Hauptdiagnose Diabetes mellitus Typ 1 bei Entlassung nach Wohn- und Behandlungsort im Jahr 2013 in den Landkreisen und kreisfr. Städten in Baden-Württemberg. [Eigene Berechnung auf Basis von Abrechnungsdaten der AOK Baden-Württemberg, unadjustiert]	133
Abbildung 81: Inanspruchnahme hausärztlicher Leistungen durch Diabetes mellitus Typ 1-PatientInnen (2013 und projiziert 2023) und relative Veränderung in Prozent. [Eigene Darstellung auf Basis von adjustierte Abrechnungsdaten der AOK Baden-Württemberg, der Bevölkerungsfortschreibung (2013) und regionalisierten Bevölkerungsvorausrechnung (2023) des Statistischen Landesamtes Baden-Württemberg]	135
Abbildung 82: Inanspruchnahme von Internisten/Endokrinologen durch Diabetes mellitus Typ 1-PatientInnen (2013 und projiziert 2023) und relative Veränderung in Prozent. [Eigene Darstellung auf Basis von adjustierte Abrechnungsdaten der AOK Baden-Württemberg, der Bevölkerungsfortschreibung (2013) und regionalisierten Bevölkerungsvorausrechnung (2023) des Statistischen Landesamtes Baden-Württemberg]	136
Abbildung 83: Inanspruchnahme ambulanter augenärztlicher Leistungen durch Diabetes mellitus Typ 1-PatientInnen (2013 und projiziert 2023) und relative Veränderung in Prozent. [Eigene Darstellung auf Basis von adjustierte Abrechnungsdaten der AOK Baden-Württemberg, der Bevölkerungsfortschreibung (2013) und regionalisierten Bevölkerungsvorausrechnung (2023) des Statistischen Landesamtes Baden-Württemberg]	137
Abbildung 84: Inanspruchnahme von Krankenhausleistungen durch Diabetes mellitus Typ 1-PatientInnen (2013 und projiziert 2023) und relative Veränderung in Prozent. [Eigene Darstellung auf Basis von adjustierte Abrechnungsdaten der AOK Baden-Württemberg, der Bevölkerungsfortschreibung (2013) und regionalisierten Bevölkerungsvorausrechnung (2023) des Statistischen Landesamtes Baden-Württemberg]	138
Abbildung 85: Administrative Prävalenz des Diabetes mellitus Typ 2 nach Alter und Geschlecht in Baden-Württemberg im Jahr 2013. [Eigene Berechnung auf Basis von Abrechnungsdaten der AOK Baden-Württemberg, adjustiert]	139
Abbildung 86: Administrative Prävalenz von Diabetes mellitus Typ 2 im Jahr 2013, adjustiert nach Alter und Geschlecht der Wohnbevölkerung im Kreis, angegeben in Prozent. [Eigene Berechnung auf Basis von Abrechnungsdaten der AOK Baden-Württemberg, adjustiert]	140
Abbildung 87: Relative Veränderung der administrativen Prävalenz von Diabetes mellitus Typ 2 von 2013 zu projiziert 2023 in Prozent. [Eigene Berechnung auf Basis von Abrechnungsdaten der AOK Baden-Württemberg, adjustiert und regionalisierten Bevölkerungsvorausrechnung (2023) des Statistischen Landesamtes Baden-Württemberg]	140

Abbildung 88: Krankenhausfälle bei Hauptdiagnose Diabetes mellitus Typ 2 bei Entlassung nach Wohn- und Behandlungsort im Jahr 2013 in den Landkreisen und kreisfr. Städten in Baden-Württemberg. [Eigene Berechnung auf Basis von Abrechnungsdaten der AOK Baden-Württemberg, unadjustiert]	142
Abbildung 89: Inanspruchnahme von hausärztlicher Leistungen durch Diabetes mellitus Typ 2-PatientInnen (2013 und projiziert 2023) und relative Veränderung in Prozent. [Eigene Darstellung auf Basis von adjustierte Abrechnungsdaten der AOK Baden-Württemberg, der Bevölkerungsfortschreibung (2013) und regionalisierten Bevölkerungsvorausrechnung (2023) des Statistischen Landesamtes Baden-Württemberg]	143
Abbildung 90: Inanspruchnahme von Leistungen von Fachärzten für Innere Medizin/Diabetologie durch Diabetes mellitus Typ 2-PatientInnen (2013 und projiziert 2023) und relative Veränderung in Prozent. [Eigene Darstellung auf Basis von adjustierte Abrechnungsdaten der AOK Baden-Württemberg, der Bevölkerungsfortschreibung (2013) und regionalisierten Bevölkerungsvorausrechnung (2023) des Statistischen Landesamtes Baden-Württemberg]	144
Abbildung 91: Inanspruchnahme von Leistungen von Fachärzten für Augenheilkunde durch Diabetes mellitus Typ 2-PatientInnen (2013 und projiziert 2023) und relative Veränderung in Prozent. [Eigene Darstellung auf Basis von adjustierte Abrechnungsdaten der AOK Baden-Württemberg, der Bevölkerungsfortschreibung (2013) und regionalisierten Bevölkerungsvorausrechnung (2023) des Statistischen Landesamtes Baden-Württemberg]	145
Abbildung 92: Inanspruchnahme von Krankenhausaufenthalten durch Patienten mit Diabetes mellitus Typ 2 (2013 und projiziert 2023) und relative Veränderung in Prozent. [Eigene Darstellung auf Basis von adjustierte Abrechnungsdaten der AOK Baden-Württemberg, der Bevölkerungsfortschreibung (2013) und regionalisierten Bevölkerungsvorausrechnung (2023) des Statistischen Landesamtes Baden-Württemberg]	146
Abbildung 93: Administrative Prävalenz von Schlaganfall nach Alter und Geschlecht in Baden-Württemberg und der Modellregion im Jahr 2013. [Eigene Berechnung auf Basis von Abrechnungsdaten der AOK Baden-Württemberg, adjustiert]	147
Abbildung 94: Administrative Prävalenz von Schlaganfall im Jahr 2013, adjustiert nach Alter und Geschlecht der Wohnbevölkerung im Kreis, angegeben in Prozent. [Eigene Berechnung auf Basis von Abrechnungsdaten der AOK Baden-Württemberg, adjustiert]	148
Abbildung 95: Relative Veränderung der administrativen Prävalenz von Schlaganfall von 2013 zu projiziert 2023 in Prozent. [Eigene Berechnung auf Basis von Abrechnungsdaten der AOK Baden-Württemberg, adjustiert und regionalisierten Bevölkerungsvorausrechnung (2023) des Statistischen Landesamtes Baden-Württemberg]	148
Abbildung 96: Krankenhausfälle bei Hauptdiagnose Schlaganfall bei Entlassung nach Wohn- und Behandlungsort im Jahr 2013 in den Landkreisen und kreisfr. Städten in Baden-Württemberg. [Eigene Berechnung auf Basis von Abrechnungsdaten der AOK Baden-Württemberg, unadjustiert]	150
Abbildung 97: Inanspruchnahme hausärztlicher Leistungen durch Schlaganfall-PatientInnen (2013 und projiziert 2023) und relative Veränderung in Prozent. [Eigene Darstellung auf Basis von adjustierte Abrechnungsdaten der AOK Baden-Württemberg, der Bevölkerungsfortschreibung (2013) und regionalisierten Bevölkerungsvorausrechnung (2023) des Statistischen Landesamtes Baden-Württemberg]	154
Abbildung 98: Inanspruchnahme von NervenärztInnen/NeurologInnen durch Schlaganfall-PatientInnen (2013 und projiziert 2023) und relative Veränderung in Prozent. [Eigene Darstellung auf Basis von adjustierte Abrechnungsdaten der AOK Baden-Württemberg, der Bevölkerungsfortschreibung (2013) und regionalisierten Bevölkerungsvorausrechnung (2023) des Statistischen Landesamtes Baden-Württemberg]	155
Abbildung 99: Inanspruchnahme von Heilmitteln durch Schlaganfall-PatientInnen (2013 und projiziert 2023) und relative Veränderung in Prozent. [Eigene Darstellung auf Basis von adjustierte Abrechnungsdaten der AOK Baden-Württemberg, der Bevölkerungsfortschreibung (2013) und regionalisierten Bevölkerungsvorausrechnung (2023) des Statistischen Landesamtes Baden-Württemberg]	156
Abbildung 100: Inanspruchnahme von Hilfsmitteln durch Schlaganfall-PatientInnen (2013 und projiziert 2023) und relative Veränderung in Prozent. [Eigene Darstellung auf Basis von adjustierte Abrechnungsdaten der AOK Baden-Württemberg, der Bevölkerungsfortschreibung (2013) und regionalisierten Bevölkerungsvorausrechnung (2023) des Statistischen Landesamtes Baden-Württemberg]	157
Abbildung 101: Inanspruchnahme von Krankenhausleistungen durch Schlaganfall-PatientInnen (2013 und projiziert 2023) und relative Veränderung in Prozent. [Eigene Darstellung auf Basis von adjustierte Abrechnungsdaten der AOK Baden-Württemberg, der Bevölkerungsfortschreibung (2013) und	

regionalisierten Bevölkerungsvorausrechnung (2023) des Statistischen Landesamtes Baden-Württemberg]	158
Abbildung 102: Inanspruchnahme von Leistungen der stationären medizinischen Rehabilitation durch Schlaganfall-PatientInnen (2013 und projiziert 2023) und relative Veränderung in Prozent. [Eigene Darstellung auf Basis von adjustierte Abrechnungsdaten der AOK Baden-Württemberg, der Bevölkerungsfortschreibung (2013) und regionalisierten Bevölkerungsvorausrechnung (2023) des Statistischen Landesamtes Baden-Württemberg]	159
Abbildung 103: Inanspruchnahme ambulanter/teilstationärer Pflege durch Schlaganfall-PatientInnen (2013 und projiziert 2023) und relative Veränderung in Prozent. [Eigene Darstellung auf Basis von adjustierte Abrechnungsdaten der AOK Baden-Württemberg, der Bevölkerungsfortschreibung (2013) und regionalisierten Bevölkerungsvorausrechnung (2023) des Statistischen Landesamtes Baden-Württemberg]	160
Abbildung 104: Inanspruchnahme vollstationärer Dauerpflege durch Schlaganfall-PatientInnen (2013 und projiziert 2023) und relative Veränderung in Prozent. [Eigene Darstellung auf Basis von adjustierte Abrechnungsdaten der AOK Baden-Württemberg, der Bevölkerungsfortschreibung (2013) und regionalisierten Bevölkerungsvorausrechnung (2023) des Statistischen Landesamtes Baden-Württemberg]	161
Abbildung 105: Administrative Prävalenz ausgewählter Krankheitsgruppen im Jahr 2013 und projizierte relative Veränderung zum Jahr 2023 in den Stadt- und Landkreisen Baden-Württembergs. [Eigene Berechnung auf Basis von Abrechnungsdaten der AOK Baden-Württemberg, adjustiert und regionalisierten Bevölkerungsvorausrechnung des Statistischen Landesamtes Baden-Württemberg]	162
Abbildung 106: Administrative Prävalenz der ausgewählten Krankheitsbilder im Modellprojekt im Jahr 2013 und projizierte relative Veränderung zum Jahr 2023 in den Stadt- und Landkreisen Baden-Württembergs. [Eigene Berechnung auf Basis von Abrechnungsdaten der AOK Baden-Württemberg, adjustiert und regionalisierten Bevölkerungsvorausrechnung des Statistischen Landesamtes Baden-Württemberg]	163
Abbildung 107: Anzahl ausgewählter PatientInnen-Gruppen mit Inanspruchnahme vertragsärztlicher internistischer Leistungen je InternistIn in ambulanten Einrichtungen im Jahr 2013 und projiziert auf das Jahr 2023. [Eigene Berechnung auf Basis von Abrechnungsdaten der AOK Baden-Württemberg, adjustiert und regionalisierten Bevölkerungsvorausrechnung des Statistischen Landesamtes Baden-Württemberg und Gesundheitsatlas Baden-Württemberg]	164
Abbildung 108: Anzahl ausgewählter PatientInnen-Gruppen mit Inanspruchnahme vertragsärztlicher nervenärztlicher Leistungen je NervenärztIn in ambulanten Einrichtungen im Jahr 2013 und projiziert auf das Jahr 2023. [Eigene Berechnung auf Basis von Abrechnungsdaten der AOK Baden-Württemberg, adjustiert und regionalisierten Bevölkerungsvorausrechnung des Statistischen Landesamtes Baden-Württemberg und Gesundheitsatlas Baden-Württemberg]	165
Abbildung 109: Anzahl ausgewählter PatientInnen-Gruppen mit Inanspruchnahme vertragsärztlicher orthopädischer Leistungen je OrthopädIn in ambulanten Einrichtungen im Jahr 2013 und projiziert auf das Jahr 2023. [Eigene Berechnung auf Basis von Abrechnungsdaten der AOK Baden-Württemberg, adjustiert und regionalisierten Bevölkerungsvorausrechnung des Statistischen Landesamtes Baden-Württemberg und Gesundheitsatlas Baden-Württemberg]	166
Abbildung 110: Anzahl ausgewählter PatientInnen-Gruppen mit Inanspruchnahme ambulanter psychotherapeutischer Leistungen je PsychotherapeutIn in ambulanten Einrichtungen im Jahr 2013 und projiziert auf das Jahr 2023. [Eigene Berechnung auf Basis von Abrechnungsdaten der AOK Baden-Württemberg, adjustiert und regionalisierten Bevölkerungsvorausrechnung des Statistischen Landesamtes Baden-Württemberg und Gesundheitsatlas Baden-Württemberg]	167
Abbildung 111: Anzahl ausgewählter PatientInnen-Gruppen mit Inanspruchnahme vertragsärztlicher augenärztlicher Leistungen je AugenärztIn in ambulanten Einrichtungen im Jahr 2013 und projiziert auf das Jahr 2023. [Eigene Berechnung auf Basis von Abrechnungsdaten der AOK Baden-Württemberg, adjustiert und regionalisierten Bevölkerungsvorausrechnung des Statistischen Landesamtes Baden-Württemberg und Gesundheitsatlas Baden-Württemberg]	168
Abbildung 112: Anteil der Krankenhaustage durch PatientInnen mit ausgewählten Krankheitsbildern an insgesamt verfügbaren Krankenhaustagen in den Stadt- und Landkreisen Baden-Württembergs im Jahr 2013. [Eigene Berechnung auf Basis von Abrechnungsdaten der AOK Baden-Württemberg, adjustiert und Krankenhausstatistik des Statistischen Landesamtes Baden-Württemberg]	169
Abbildung 113: Veränderung der Anzahl von Krankenhaustagen pro ausgewähltem Krankheitsbild von 2013 zu projiziert 2023 in den Stadt- und Landkreisen Baden-Württembergs. [Eigene Berechnung auf Basis	

von Abrechnungsdaten der AOK Baden-Württemberg, adjustiert, regionalisierten Bevölkerungsvorausberechnung und Krankenhausstatistik des Statistischen Landesamtes Baden-Württemberg]	170
Abbildung 114: Geschätzte Auslastung von Plätzen der vollstationären Dauerpflege durch PatientInnen mit Demenz und Schlaganfall im Jahr 2013 in den Stadt- und Landkreisen Baden-Württembergs in Prozent. [Eigene Berechnung auf Basis von Abrechnungsdaten der AOK Baden-Württemberg, adjustiert und Pflegestatistik des Statistischen Landesamtes Baden-Württemberg]	171
Abbildung 115: Veränderung der Anzahl an PatientInnen mit Demenz und Schlaganfall in vollstationärer Dauerpflege von 2013 zu projiziert 2023 in den Stadt- und Landkreisen Baden-Württembergs. [Eigene Berechnung auf Basis von Abrechnungsdaten der AOK Baden-Württemberg, adjustiert, regionalisierten Bevölkerungsvorausberechnung und Pflegestatistik des Statistischen Landesamtes Baden-Württemberg]	172
Abbildung 116: Innovatives Modell, Landkreis Reutlingen, Krankheitsbild Anorexie	205
Abbildung 117: Innovatives Modell, Landkreis Reutlingen, Krankheitsbild Darmkrebs	208
Abbildung 118: Innovatives, landkreisübergreifendes Projekt, Landkreis Reutlingen, Krankheitsbild Darmkrebs	209
Abbildung 119: Innovatives Modell, Landkreis Reutlingen, Krankheitsbild Depression	216
Abbildung 120: Innovatives Modell, Landkreis Reutlingen, Krankheitsbild Diabetes mellitus	219
Abbildung 121: Innovatives, landkreisübergreifendes Projekt, Landkreis Reutlingen, Krankheitsbild Diabetes mellitus	220
Abbildung 122: Etagen der Gesundheitsförderung, Prävention und Behandlung, Landkreis Reutlingen, Krankheitsbild chron. Kreuzschmerz	222
Abbildung 123: Innovatives Modell, Landkreis Reutlingen, Krankheitsbild chron. Kreuzschmerz	224
Abbildung 124: Innovatives Modell, Landkreis Reutlingen, Krankheitsbild Schlaganfall	228
Abbildung 125: Modell für ein Netzwerk (auf Basis des Protokolls erstellt)	231
Abbildung 126: Vier Bausteine der Versorgung	308
Abbildung 127: Vernetzung als Verbindung der Bausteine	309
Abbildung 128: Regionales Gesundheitsnetz als Rahmenkonzept für eine sektorenübergreifend vernetzte und koordinierte Versorgung (Grafik: K. Kappelhoff)	310
Abbildung 129: Zwei Arten der vernetzten Versorgung, Quelle: [86]	336
Abbildung 130: Bedarfsplanung von hausärztlichen Grundversorgern und differenzierten fachärztlichen Leistungsvolumina (Quelle: [72])	342
Abbildung 131: Analyse des regionalen Versorgungsbedarfs (Quelle: Kreisgesundheitsamt Reutlingen)	347

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: "Muss-Kriterien" bei der Auswahl der Krankheitsbilder	28
Tabelle 2: Quellen bei der Zusammenstellung einer Ausgangsliste von Krankheitsbildern	30
Tabelle 3: Krankheitsbilder nach Überprüfung von Auswahlkriterium 1	35
Tabelle 4: Fragenkatalog Teilprojekt 1 untergliedert nach Hauptfragestellungen	38
Tabelle 5: Übersicht existierender Frameworks zu Gesundheitssystem und Gesundheitsversorgung	39
Tabelle 6: Dimensionen der Leistungsfähigkeit der Gesundheitsversorgung	40
Tabelle 7: Anzahl gefundener Indikatoren je Quelle	44
Tabelle 8: TeilnehmerInnen der ExpertInnenbefragung zur Auswahl relevanter Indikatoren.	45
Tabelle 9: Ergebnis der Indikatorenauswahl nach den Dimensionen des Projektindikatoren-Frameworks.	46
Tabelle 10: Verwendete Datenquellen für den Aufbau der Projektdatenbank.	47
Tabelle 11: In tiefergehenden Analysen (Teilprojekt 1) betrachtete Versorgungsbereiche je Krankheitsbild.	65
Tabelle 12: Die drei häufigsten Begleitdiagnosen bei Versicherten mit Anorexia nervosa-Diagnose im Jahr 2013 in Baden-Württemberg. [Eigene Berechnung auf Basis von Abrechnungsdaten der AOK-BW, unadjustiert]	84
Tabelle 13: Intersektorale Schnittstellen bei AOK-Versicherten mit Anorexia nervosa im Jahr 2013. [Eigene Berechnung auf Basis von Abrechnungsdaten der AOK-BW, unadjustiert]	86
Tabelle 14: Die drei häufigsten Begleitdiagnosen bei Versicherten mit chronischem Kreuzschmerz im Jahr 2013 in Baden-Württemberg. [Eigene Berechnung auf Basis von Abrechnungsdaten der AOK Baden-Württemberg, adjustiert]	92
Tabelle 15: Intersektorale Schnittstellen bei AOK-Versicherten mit chronischem Kreuzschmerz im Jahr 2013. [Eigene Berechnung auf Basis von Abrechnungsdaten der AOK Baden-Württemberg, unadjustiert]	94
Tabelle 16: Die drei häufigsten Begleitdiagnosen bei Versicherten mit Darmkrebs-Diagnose im Jahr 2013 in Baden-Württemberg. [Eigene Berechnung auf Basis von Abrechnungsdaten der AOK Baden-Württemberg, adjustiert]	103
Tabelle 17: Intersektorale Schnittstellen bei AOK-Versicherten mit Darmkrebs im Jahr 2013 in Baden-Württemberg und der Modellregion. [Eigene Berechnung auf Basis von Abrechnungsdaten der AOK Baden-Württemberg, unadjustiert]	105
Tabelle 18: Die drei häufigsten Begleitdiagnosen bei Versicherten mit Demenz-Diagnose im Jahr 2013 in Baden-Württemberg. [Eigene Berechnung auf Basis von Abrechnungsdaten der AOK Baden-Württemberg, adjustiert]	111
Tabelle 19: Häufigkeit intersektoraler Schnittstellen bei Versicherten in Baden-Württemberg und der Modellregion mit Demenz im Jahr 2013. [Eigene Berechnung auf Basis von Abrechnungsdaten der AOK Baden-Württemberg, unadjustiert]	114
Tabelle 20: Die drei häufigsten Begleitdiagnosen bei Versicherten mit Depression im Jahr 2013 in Baden-Württemberg. [Eigene Berechnung auf Basis von Abrechnungsdaten der AOK Baden-Württemberg, adjustiert]	123
Tabelle 21: Häufigkeit intersektoraler Schnittstellen bei Versicherten in Baden-Württemberg und der Modellregion mit Depression im Jahr 2013. [Eigene Berechnung auf Basis von Abrechnungsdaten der AOK Baden-Württemberg, unadjustiert]	123
Tabelle 22: Die drei häufigsten Begleitdiagnosen bei Versicherten mit Diabetes mellitus Typ 1-Diagnose im Jahr 2013 in Baden-Württemberg. [Eigene Berechnung auf Basis von Abrechnungsdaten der AOK Baden-Württemberg, adjustiert]	130
Tabelle 23: Intersektorale Schnittstellen bei AOK-Versicherten mit Diabetes mellitus Typ 1 im Jahr 2013. [Eigene Berechnung auf Basis von Abrechnungsdaten der AOK Baden-Württemberg, unadjustiert]	132
Tabelle 24: Die drei häufigsten Begleitdiagnosen bei Versicherten mit Diabetes mellitus Typ 2-Diagnose im Jahr 2013 in Baden-Württemberg. [Eigene Berechnung auf Basis von Abrechnungsdaten der AOK Baden-Württemberg, adjustiert]	139
Tabelle 25: Intersektorale Schnittstellen bei AOK-Versicherten mit Diabetes mellitus Typ 2 im Jahr 2013. [Eigene Berechnung auf Basis von Abrechnungsdaten der AOK Baden-Württemberg, unadjustiert]	141
Tabelle 26: Die drei häufigsten Begleitdiagnosen bei Versicherten mit Schlaganfall-Diagnose im Jahr 2013 in Baden-Württemberg. [Eigene Berechnung auf Basis von Abrechnungsdaten der AOK Baden-Württemberg, adjustiert]	147
Tabelle 27: Intersektorale Schnittstellen bei AOK-Versicherten mit Schlaganfall im Jahr 2013 in Baden-Württemberg und der Modellregion. [Eigene Berechnung auf Basis von Abrechnungsdaten der AOK Baden-Württemberg, unadjustiert]	149

Tabelle 28: Gesamtstatistik zur externen stationären Qualitätssicherung nach §112 SGB V zur Schlaganfallversorgung in Baden-Württemberg und der Modellregion im Jahr 2013 – Einweisung/Verlegung und geschätzter Rankin-Scale vor Insult. [Auswertung der Geschäftsstelle Qualitätssicherung im Krankenhaus bei der Baden-Württembergischen Krankenhausgesellschaft e.V. (GeQiK)]	151
Tabelle 29: Gesamtstatistik zur externen stationären Qualitätssicherung nach §112 SGB V zur Schlaganfallversorgung in Baden-Württemberg und der Modellregion im Jahr 2013 – Entlassungsgrund, Weiterbehandlung, Beginn der Reha. [Auswertung der Geschäftsstelle Qualitätssicherung im Krankenhaus bei der Baden-Württembergischen Krankenhausgesellschaft e.V. (GeQiK)]	152
Tabelle 30: Gesamtstatistik zur externen stationären Qualitätssicherung nach §112 SGB V zur Schlaganfallversorgung in Baden-Württemberg und der Modellregion im Jahr 2013 – Funktionseinschränkung bei Entlassung, Verweildauer, Barthel-Index bei Entlassung. [Auswertung der Geschäftsstelle Qualitätssicherung im Krankenhaus bei der Baden-Württembergischen Krankenhausgesellschaft e.V. (GeQiK)]	153
Tabelle 31 : Versorgungsgrad PsychotherapeutInnen im Landkreis Reutlingen bzw. ambulant tätiger Kinder- und Jugendpsychiater in der Region Neckar-Alb	203
Tabelle 32: Landkreisübergreifende Handlungsempfehlungen, Krankheitsbild Anorexie	233
Tabelle 33: Landkreisübergreifende Handlungsempfehlungen, Krankheitsbild (chronischer) Kreuzschmerz	235
Tabelle 34: Landkreisübergreifende Handlungsempfehlungen, Krankheitsbild Darmkrebs	237
Tabelle 35: Landkreisübergreifende Handlungsempfehlungen, Krankheitsbild Demenz	239
Tabelle 36: Landkreisübergreifende Handlungsempfehlungen, Krankheitsbild Depression	243
Tabelle 37: Landkreisübergreifende Handlungsempfehlungen, Krankheitsbild Diabetes mellitus	245
Tabelle 38: Landkreisübergreifende Handlungsempfehlungen, Krankheitsbild Schlaganfall	247
Tabelle 39: Zusammenfassung der Ergebnisse, Krankheitsbild Anorexie	279
Tabelle 40: Zusammenfassung der Ergebnisse, Krankheitsbild (chronischer) Kreuzschmerz	281
Tabelle 41: Zusammenfassung der Ergebnisse, Krankheitsbild Darmkrebs	283
Tabelle 42: Zusammenfassung der Ergebnisse, Krankheitsbild Demenz	285
Tabelle 43: Zusammenfassung der Ergebnisse, Krankheitsbild Depression	287
Tabelle 44: Zusammenfassung der Ergebnisse, Krankheitsbild Diabetes	289
Tabelle 45: Zusammenfassung der Ergebnisse, Krankheitsbild Schlaganfall	292
Tabelle 46: Ausgewählte Indikatoren in den Landkreisen der Modellregion und Baden-Württemberg im Jahr 2013.	301
Tabelle 47: Handlungsempfehlungen aus dem Teilprojekt 1	354
Tabelle 48: Handlungsempfehlungen aus dem Teilprojekt 2	356

Abkürzungsverzeichnis

ACA	Accountable Care Act
ACO	Accountable Care Organization
ADHS	Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung
AQua	Institut für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen
AOK-BW	AOK-Baden-Württemberg
AOLG	Arbeitsgemeinschaft der Obersten Landesgesundheitsbehörden
AWMF	Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e.V.
BBSR	Bundesinstitut für Bau-, Stadt- und Raumforschung
BGM	Betriebliches Gesundheitsmanagement
BzGA	Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung
COPD	Chronisch obstruktive Lungenerkrankung
DEGAM	Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin
DEGS1	Gesundheit Erwachsener in Deutschland
DIMDI	Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information
DKG	Deutsche Krankenhausgesellschaft
DMP	Disease Management-Programm
EBM	Einheitlicher Bewertungsmaßstab
ECHI	European Community Health Indicators Project
ESQS	Externe Stationäre Qualitätssicherung
FHT	Family Health Teams
GBA	Gemeinsamer Bundesausschuss
GBE	Gesundheitsberichterstattung
GEDA	Gesundheit in Deutschland aktuell
GeQIK	Geschäftsstelle Qualitätssicherung im Krankenhaus
GKV	Gesetzliche Krankenversicherung
GPZ	Gemeindepsychiatrisches Zentrum
GVV	Gemeindeverwaltungsverband
HCQI	Health Care Quality Indicators
HZV	Hausarztzentrierte Versorgung
INKAR	Indikatoren und Karten zur Raum- und Stadtentwicklung
IRENA	Intensivierte Rehabilitationsnachsorge
ÖGD	Öffentlicher Gesundheitsdienst
KBV	Kassenärztliche Bundesvereinigung
KGK	Kommunale Gesundheitskonferenz
KHK	Koronare Herzkrankheit
KIG 3	Projekt „Kinder im seelischen Gleichgewicht“
KIGGS	Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland
KVBW	Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg
LGZ	Lokales Gesundheitszentrum für Primär- und Langzeitversorgung
LÜK	Landkreisübergreifende Koordinierungsgruppe
MFA	Medizinische Fachangestellte
MVZ	Medizinisches Versorgungszentrum
NäPa	Nicht-ärztliche Praxisassistentin
NVL	Nationale Versorgungsleitlinie
ODEM	Projekt Oberschwabenklinik und Demenz
ÖGD	Öffentlicher Gesundheitsdienst
OECD	Organization for Economic Cooperation and Development
ÖGD	Öffentlicher Gesundheitsdienst
ÖPNV	Öffentlicher Personennahverkehr
OSK	Oberschwabenklinik
PCMH	Patient-centered Medical Home
PIA	Psychiatrische Institutsambulanz
PORT	Patientenorientierte Zentren zur Primär- und Langzeitversorgung
PP.rt	Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik Reutlingen

PsychVVG	Versorgung und der Vergütung für psychiatrische und psychosomatische Leistungen
PVP	Primärversorgungspraxen
RAM	RAND Appropriateness Method
RAND	Research and Development Corporation
RKI	Robert Koch-Institut
RSAV	Risikostrukturausgleich in der gesetzlichen Krankenversicherung
SAPV	Spezialisierte ambulante Palliativversorgung
SGB	Sozialgesetzbuch
SES	Sozioökonomischer Status
SPDi	Sozialpsychiatrischer Dienst
SVR	Sachverständigenrat für die Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen
TP	Teilprojekt
VERAH	VersorgungsassistentIn in der Hausarztpraxis
VVG	Vereinbarte Verwaltungsgemeinschaft
WHO	World Health Organization
ZFP	Zentrum für Psychiatrie Südwürttemberg
ZIRIUS	Zentrum für interdisziplinäre Risiko- und Innovationsforschung der Universität Stuttgart

Executive Summary

Um zentrale zukünftige Herausforderungen des deutschen Gesundheitssystems anzugehen (Stichworte: „Demografischer Wandel“, „Nachwuchsmangel in Medizin und Pflege“, „Überalterung der Ärzteschaft“) und das Gesundheitswesen zukunftsorientiert weiterzuentwickeln, müssen neue Wege gefunden werden. Dabei wird die sektorenübergreifende Weiterentwicklung der Versorgungsstrukturen als ein wichtiger Beitrag zur Lösung der sich abzeichnenden Probleme gesehen. Unter einer sektorenübergreifenden Versorgung werden eine umfassende Vernetzung sowie eine vertikale und horizontale Integration über Organisationen und Sektoren hinweg verstanden. Dies bedeutet, dass sowohl die ambulante und stationäre Versorgung als auch die Gesundheitsförderung und Prävention, Rehabilitation, Pflege, Arzneimittelversorgung, soziale und kommunale Angebote sowie die Palliativversorgung miteinander verknüpft werden. Ziel einer solchen Vernetzung ist es, die gesundheitliche Versorgung der PatientInnen insgesamt zu verbessern und gleichzeitig dem stetigen Kostendruck im Gesundheitswesen durch eine möglichst kosteneffektive Versorgung zu begegnen.

Das Ministerium für Soziales und Integration hat im Januar 2016 das Modellprojekt sektorenübergreifende Versorgung mit der Intention ins Leben gerufen die Gesundheitsversorgung sektorenübergreifend und qualitativ hochwertig weiterzuentwickeln. In Teilprojekt 1 wurde eine Datenbasis für alle Stadt- und Landkreise in Baden-Württemberg sowie für Baden-Württemberg auf Landesebene geschaffen. Hierbei wurde der Ist-Zustand der ambulanten und (teil-)stationären Versorgung, die Morbidität der Bevölkerung Baden-Württembergs dargelegt sowie ausgehend von der Entwicklung der Morbidität der zukünftige Versorgungsbedarf prognostiziert. Diese Datenbasis kann als Grundlage für die zukünftige Planung in Versorgungsregionen dienen. Ziel des Teilprojektes 2 war es, Maßnahmen und Handlungsempfehlungen zu entwickeln, mit denen die sektorenübergreifende Weiterentwicklung der Versorgungsstrukturen vorangetrieben werden könnte. Dazu schrieb das Ministerium für Soziales und Integration Baden-Württemberg ein Modellprojekt zur sektorenübergreifenden Versorgung an die Stadt- und Landkreise aus. Projektauftrag war die Entwicklung eines sektoren- und landkreisübergreifenden Versorgungskonzepts für eine Modellregion, das gleichzeitig auch auf andere Regionen übertragbar sein sollte. Unter den Bewerbern wurde in Südwürttemberg eine Modellregion ausgewählt, die aus den Landkreisen Biberach, Ravensburg und Reutlingen besteht.

Für die wissenschaftliche Begleitung des Projektes wurden drei universitäre Einrichtungen beauftragt: die Abteilung Allgemeinmedizin und Versorgungsforschung des Universitätsklinikums Heidelberg, das Institut für Allgemeinmedizin der Goethe-Universität Frankfurt am Main sowie ZIRIUS - Zentrum für Interdisziplinäre Risiko- und Innovationsforschung der Universität Stuttgart. Die Finanzierung, Durchführung und Koordination des Gesamtprojektes wurde durch das Ministerium für Soziales und Integration Baden-Württemberg gewährleistet. Das Landesgesundheitsamt war unter anderem für die fachliche Begleitung des Projektmanagements verantwortlich.

Das methodische Vorgehen im Projekt diente dazu, ein Instrumentarium zu erarbeiten und im Prozess zu erproben, mit dem auch in anderen Regionen Versorgungskonzepte entwickelt werden können. Das mit den Beteiligten vor Ort und dem Ministerium für Soziales und Integration Baden-Württemberg abgestimmte Vorgehen beinhaltete folgende Schritte:

1. Die Gründung einer Steuerungsgruppe für die Koordination des Gesamtprojekts und den Austausch der AkteurInnen.
2. Die Auswahl häufiger (chronischer) Erkrankungen, die die gesamte Lebensspanne abdecken, und für die kleinräumige Versorgungsdaten sowie (nationale) Versorgungsleitlinien vorhanden sind. Im Kontext des Modellprojekts waren dies Anorexie, chronischer Kreuzschmerz, Darmkrebs, Demenz, Depression, Diabetes mellitus Typ 1 und 2 und Schlaganfall.
3. Die Beschreibung der aktuellen Versorgungssituation sowie die Erarbeitung von Prognosen zum zukünftigen medizinischen und pflegerischen Versorgungsbedarf anhand von Sekundärdaten aus verschiedenen Datenquellen.
4. Die Durchführung einer IST- und SOLL-Analyse der Versorgungssituation (incl. Stärken, Schwächen, Bedürfnisse und Wünsche) aus der Perspektive der GesundheitsakteurInnen und BürgerInnen in der Modellregion.
5. Die datengestützte Entwicklung eines Versorgungskonzepts auf Basis der Ergebnisse gemeinsam mit allen PartnerInnen der Modellregion.
6. Die wissenschaftliche Begleitung des Prozesses.
7. Die Rückkopplung wesentlicher Inhalte des Versorgungskonzepts an die BürgerInnen und eine Konsentierung im Rahmen eines moderierten Dialogs.

Im Rahmen des Projekts wurden die genannten Schritte in drei Teilprojekten (TP) bearbeitet, die von der Abteilung Allgemeinmedizin und Versorgungsforschung des Universitätsklinikums Heidelberg (Sekundärdatenanalysen - TP 1), vom Institut für Allgemeinmedizin der Goethe-Universität Frankfurt am Main (qualitative IST-/SOLL-Analysen - TP 2a) und vom ZIRIUS - Zentrum für Interdisziplinäre Risiko- und Innovationsforschung der Universität Stuttgart (BürgerInnendialog - TP 2b) wissenschaftlich begleitet und in enger Zusammenarbeit mit den drei Landkreisen durchgeführt wurden. Im vorliegenden Bericht incl. einem Anhang für jedes Teilprojekt werden das genaue Vorgehen bei jedem der genannten Schritte, sowie die entwickelten Materialien und Instrumente ausführlich dargestellt und auf diese Weise für andere Regionen nutzbar gemacht.

Ausgehend von einem gemeinschaftlich mit VertreterInnen des Landes Baden-Württemberg und der Modellregion erarbeiteten Rahmenkonzept („framework“) für Indikatoren des Gesundheitssystems in Baden-Württemberg zu den Dimensionen Nicht-medizinische Determinanten, Gesundheitszustand, Inanspruchnahme des Gesundheitssystems, Leistungsfähigkeit des Gesundheitssystems und Versorgungsangebot wurden bestehende Indikatoren systematisch recherchiert und anschließend durch eine interdisziplinäre Gruppe von Stakeholdern und ExpertInnen des baden-württembergischen Gesundheitssystems bewertet und validiert.

Dadurch ist, erstmalig für Deutschland, entsprechend internationalen Vorbildern ein umfassendes und mehrperspektivisches, datenquellenübergreifendes und indikatorengestütztes Rahmenkonzept entstanden, das von den AkteurInnen im Gesundheitswesen zur prospektiven Abschätzung der zukünftigen Entwicklung von regionalen Versorgungsbedarfen genutzt werden kann.

Das 212 Indikatoren umfassende Set wurde schließlich soweit möglich mit Sekundärdaten, die einen umfassenden Querschnitt der Versorgungssituation desselben Jahres (2013) abbilden, für alle 44 Stadt- und Landkreise in Baden-Württemberg sowie für Baden-Württemberg auf Landesebene gefüllt (siehe Anhang TP 1) und diente darüber hinaus als Grundlage für tiefergehende Analysen zur Abschätzung des demografisch bedingten, zukünftigen Versorgungsbedarfs in Baden-Württemberg und der Modellregion (Abschnitt 3.1.). Begleitend zu qualitativen Erhebungen in TP 2 wurden darüber-

hinausgehende Sekundärdaten spezifisch für die Modellregion aufgearbeitet, z.B. in Form von krankheitsbildspezifischen Standortkarten verschiedener Versorgungsangebote.

Die Analyse des Versorgungsbedarfs (Basisjahr 2013) und seine Projektion (2023) erfolgte für verschiedene Versorgungsbereiche der acht Krankheitsbilder (vertragsärztliche Versorgung, Krankenhausversorgung, stationäre Rehabilitation, ambulante und (teil-)stationäre Pflege), die innerhalb des Modellprojektes fokussiert wurden. Die Ergebnisse zeigen, dass es zum Teil deutliche Unterschiede zwischen den Stadt- und Landkreisen bezüglich des Versorgungsbedarfs und –angebots gibt. Beispielsweise war die administrative Prävalenz von psychischen und Verhaltensstörungen im Landkreis Schwäbisch-Hall (ca. 22%) um 5% niedriger als im Stadtkreis Heidelberg (27%). Noch deutlicher unterschied sich die PsychotherapeutInnendichte in den beiden Kreisen mit rund 11.000 EinwohnerInnen pro PsychotherapeutIn im Landkreis Schwäbisch-Hall und rund 640 im Stadtkreis Heidelberg. Auch in der Leistungsfähigkeit der Gesundheitsversorgung ergaben sich regionale Unterschiede, z. B. bei der Kontinuität der Versorgung, die auf Verbesserungspotenziale der intersektoralen Koordination und Kommunikation hindeuten. Zudem zeigte sich, dass ein Großteil der PatientInnen innerhalb eines Jahres Kontakt zu mehreren Leistungserbringern hat, darunter immer ein/e HausärztIn. Für fast alle betrachteten Bereiche ergab sich aufgrund der demografischen Veränderung eine Zunahme der Inanspruchnahme von 2013 im Vergleich zum Jahr 2023 durch die betrachteten PatientInnengruppen. Die größte Zunahme der Inanspruchnahme ergab sich für den Bereich der vollstationären Dauerpflege durch PatientInnen mit Demenz und Schlaganfall. Allein durch die Zunahme dieser PatientInnengruppen würde das vorhandene Versorgungsangebot des Jahres 2013 in einzelnen Kreisen nicht ausreichen, um den voraussichtlichen Bedarf vollstationärer Dauerpflege im Jahr 2023 zu decken.

Die Ergebnisse der Datenanalysen wurden durch die Auswertungen der landkreisintern und landkreisübergreifend durchgeführten Arbeitsgruppen mit GesundheitsakteurInnen und BürgerInnen sowie der abschließenden Dialogveranstaltung ergänzt. Anhand dieser qualitativen Analysen konnten auch Bereiche vertieft untersucht werden, zu denen keine Sekundärdaten vorlagen. Im Ergebnis wurden krankheitsübergreifend folgende vier Bausteine für ein sektorenübergreifendes Versorgungskonzept identifiziert: *Lebenswelten, Information und Aufklärung, Versorgungsangebot* und *Vernetzung*. Diesen vier Bereichen ließen sich sämtliche Vorschläge der beteiligten GesundheitsakteurInnen und BürgerInnen zuordnen, deren Inhalte nachstehend näher erläutert werden.

Unter der Überschrift Lebenswelten können alle konkreten Maßnahmen und Initiativen zusammengefasst werden, die den Alltag der BürgerInnen mit ihren aktuellen und zukünftigen Bedürfnissen verbessern und erleichtern. Die individuellen Lebenswelten für die BürgerInnen können dabei sehr verschieden sein und somit ganz unterschiedliche Maßnahmen und Initiativen sinnvoll und notwendig machen. Es bedarf daher der Gestaltung von Maßnahmen in verschiedenen Lebenswelten für unterschiedliche Altersgruppen und spezifische Krankheitsbilder, die in verschiedenen Settings im Bereich der Gesundheitsförderung und Prävention wie auch in der Behandlung und Nachsorge ausgeführt werden. Schon im Kindesalter kann es beispielsweise wichtig sein, verschiedene gesundheitsrelevante Themen in Kindertagesstätten und in der Schule anzusprechen und strukturell zu verankern (z.B. Gesundheit als Schulfach oder Gesundheit als Themenfeld in allen Jahrgangsstufen). Die Einrichtung von Schulgesundheitsfachkräften kann sinnvoll sein, wenn der Einsatz in Schulen erfolgt, in denen tatsächlich ein Unterstützungsbedarf (z.B. aufgrund der sozialen Lage) besteht. Für Jugendliche und Erwachsene sind dementsprechend Maßnahmen an weiterführenden Schulen, in der Ausbildung, an Hochschulen sowie in der Berufswelt wichtig. Generell wird aus Sicht von Gesundheitsak-

teurInnen und Betroffenen empfohlen, dass die einzelnen Kommunen aktiver werden, um eine lebensumfeldnahe Versorgung zu schaffen und diese für alle BürgerInnen zu optimieren.

Dem Bereich der Information und Aufklärung können alle Informations- und Aufklärungsmaßnahmen zugeteilt werden, die gezielt und nachhaltig zielgruppen- und krankheitsspezifisches Wissen an die BürgerInnen vermitteln. Maßnahmen in diesem Bereich können und sollten ganz unterschiedliche sein: Die persönliche Beratung, die Erstellung von geeignetem Informationsmaterial, das Durchführen von Kampagnen oder auch multiprofessionelle Veranstaltungen sind hier nur einige Beispiele. Es wurde von den GesundheitsakteurInnen und BürgerInnen betont, dass oftmals die Zusammenarbeit von VertreterInnen verschiedener Professionen sinnvoll sei, um eine bestimmte Zielgruppe umfassend zu informieren und aufzuklären. Wichtig sei es, die unterschiedlichen Zielgruppen herauszufinden und gezielt anzusprechen. Neben der persönlichen Beratung ist es gerade bei den jüngeren Zielgruppen äußerst sinnvoll neue Medien und digitale Technologien einzusetzen, um Gesundheitskompetenz zu vermitteln.

Dem Versorgungsangebot in guter Qualität sind krankheitsübergreifende und –spezifische, gut erreichbare Angebote sowohl aus dem Bereich der Gesundheitsförderung und Prävention als auch der Versorgung von Erkrankten zugeordnet. Dabei wurden Bedarfe in Bereichen wie z.B. der flächendeckenden Kriseninterventionsmöglichkeit, der Therapieangebote im ambulanten Bereich oder der Betreuung genannt. Ebenfalls besteht Bedarf hinsichtlich einer Förderung und eines Ausbaus des niederschweligen Angebots im ehrenamtlichen Bereich und von Selbsthilfegruppen. Auch der bedarfsgerechte Ausbau des Beratungsangebots bei spezifischen Krankheiten müsste nach Meinung der GesundheitsakteurInnen und BürgerInnen angedacht werden. Wichtig seien weiterhin Transparenz und Übersichtlichkeit der bestehenden Angebote. Eine elektronische Angebotsplattform, die von einer unabhängigen Institution geführt werden sollte, könnte dies unterstützen. Weiterhin wurden konkrete Einrichtungen und Strukturen genannt, die auf- oder ausgebaut werden sollten. Während einige Vorschläge landkreis- und krankheitsübergreifend als notwendig erachtet wurden, gab es ebenso krankheitsspezifische und auf bestimmte Versorgungsregionen bezogene Hinweise. Beispielsweise wurden hier von den ExpertInnen die Einrichtung von Gesundheitszentren mit ambulanten und stationären Strukturen, der Ausbau von Sozialstützpunkten sowie die (Weiter-)Finanzierung von ambulanten, psychosozialen Krebsberatungsstellen empfohlen. Generell sollte eine veränderte Bedarfsplanung verfolgt werden, welche die Gesamtversorgung im Blick habe, bei der eine gemeinsame Bedarfsplanung der ambulanten und stationären Versorgung erfolge und bei der auf die regionalen Besonderheiten der Angebotslandschaft und der Bedarfe geschaut würde. Die personellen, finanziellen und zeitlichen Ressourcen in den verschiedenen Bereichen der Versorgung müssten überprüft und ausgebaut werden und es sollte mehr über Qualifizierung und Qualitätssicherung diskutiert werden.

Dem vierten Themenbereich Vernetzung wurden die Unterthemen Kooperation der AkteurInnen, Koordination der Angebote sowie ein politischer Auftrag zur Vernetzung zugeordnet. Die Notwendigkeit der besseren Vernetzung, Kommunikation und Kooperation der AkteurInnen und eine sektorenübergreifende Zusammenarbeit in multiprofessionellen Teams wurden bei allen betrachteten Erkrankungen betont. Zur Verbesserung des Austausches und der Kommunikation wurde auch die Gründung bzw. der Ausbau von Netzwerken empfohlen. Für einige Krankheitsbilder ist zudem die Einrichtung oder der Ausbau von Versorgungszentren und/oder (über-)regionalen Kompetenzzentren sinnvoll, in denen PatientInnen umfassend aus einer Hand versorgt werden. Diese Versorgung sollte auch präventive und gesundheitsfördernde Maßnahmen beinhalten (z.B. im Bereich der Essstörungen).

In Bezug auf die Koordination der Angebote wurden vor allem im Bereich der Gesundheitsförderung und Prävention darauf hingewiesen, dass hier die Kommunen einen wichtigen Beitrag leisten bzw. leisten sollten. Als wichtiges regionales Gremium für die Koordination wurde auf die Kommunalen Gesundheitskonferenzen verwiesen, die diese Aufgabe ausführen sollten. Auch das Thema Case Management wurde mit der Empfehlung diskutiert, für unterschiedliche Krankheitsbilder die personalisierte Koordination des Behandlungsverlaufs auf- und auszubauen und Rahmenbedingungen hierfür zu formulieren. Diskutiert wurde auch die Rolle von HausärztInnen in einer koordinierenden Funktion in Zusammenhang mit der Einrichtung eines Case Managements.

Im Bereich der Vernetzung ist es aus Sicht der ExpertInnen besonders wichtig, dass ein politischer Auftrag vorliegt: Die Bildung von Arbeitsgruppen und sektorenübergreifenden Kooperationen, eine überregionale Zusammenarbeit oder auch die Sicherung von personellen und finanziellen Ressourcen wurden als Beispiele für Themen genannt, bei denen politische Unterstützung und Vorgaben notwendig seien.

Die im Teilprojekt 2 erarbeiteten Bausteine für ein umfassendes, koordiniertes, sektorenübergreifendes Versorgungskonzept *Lebenswelten, Information und Aufklärung, Versorgungsangebot* und *Vernetzung* wurden im Rahmen einer Literaturrecherche mit nationalen und internationalen Ansätzen zu diesem Thema verglichen. Als wichtige internationale Anregungen für das deutsche Gesundheitssystem werden gesehen:

- Die Stärkung der Primärversorgung durch die Entwicklung multiprofessioneller Gesundheits-/Versorgungszentren mit Public Health-Bezug und Populationsorientierung.
- Der Einsatz interprofessioneller Teams (collaborative care) mit gemeinsamer Verantwortung und Aufgabenteilung.
- Eine Integration von Gesundheitsförderung, Prävention und Rehabilitation.
- Eine stärkere PatientInnenzentrierung durch Bürgerbeteiligung und Partizipation, Information und Gesundheitskompetenz (health literacy).
- Eine Ausrichtung/Anpassung der Gesundheitsleistungen an Bedarfen und Bedürfnissen der BürgerInnen und Betroffenen, dazu die Durchführung von „Community health assessments“, um den lokalen Bedarf zu erheben.
- Eine bessere Qualifizierung für alle Gesundheitsprofessionen.
- Die schrittweise Aufhebung der Trennung von Gesundheitsförderung und Prävention, Kuration, Rehabilitation, Pflege und Gesundheits- und sozialer Versorgung durch interprofessionelle und umfassende Versorgung.
- Eine regionale Organisation von Gesundheitsleistungen und eine populationsorientierte Abstimmung von Leistungsprofilen.
- Fall- und Versorgungssteuerung (Case, Care und Disease Management) anhand von Versorgungspfaden.
- Unterstützung durch e-Health und Telemedizinnetzwerke.

Dabei wurde deutlich, dass sich die Projektergebnisse aus TP 2 in den genannten Anregungen wiederfinden: Den Bereich der Gesundheitsförderung und Prävention decken die Bausteine *Lebenswelten* sowie *Information und Aufklärung* umfassend ab. Der Baustein *Versorgungsangebot* umfasst die genannten LeistungserbringerInnen aus Gesundheitsförderung und Prävention, Medizin und Pflege, aber auch Selbsthilfe, bürgerschaftliches Engagement, soziale Dienste und Beratungsstellen. In dem

Baustein *Vernetzung* sind Maßnahmen enthalten, die eine gute Kooperation der AkteurInnen und eine optimale Koordination der Angebote ermöglichen.

Auf Basis der Ergebnisse der Sekundärdatenanalysen, der Befragung von GesundheitsakteurInnen und BürgerInnen sowie von umfassenden Literaturrecherchen nach nationalen und internationalen Strategien, Konzepten und Beispiele guter Praxis für innovative Versorgungsansätze, die als Vorbild für Bausteine eines sektorenübergreifenden Versorgungskonzepts dienen können, wurden Handlungsempfehlungen formuliert. Diese stellen notwendige Schritte für ein umfassendes, koordiniertes, sektorenübergreifendes Versorgungskonzept dar. Einige dieser Handlungsempfehlungen sind unter den bisherigen gesetzlichen Rahmenbedingungen niedrigschwellig und kurzfristig zu realisieren. Andere sind derzeit nur mittelfristig und im Rahmen von Pilot- oder Modellprojekten umsetzbar. Für einen Teil der Handlungsempfehlungen sind weitergehende, umfassende Änderungen der gesetzlichen Rahmenbedingungen notwendig, weshalb sie nur langfristig verfolgt werden können. Es bietet sich daher an, diese Empfehlungen zum Gegenstand der Beratungen in einer Reformkommission zu machen, die demnächst auf Bundesebene eingerichtet werden soll.

Folgende Handlungsempfehlungen wurden erarbeitet:

1. Primärversorgung als Basis

- Mittelfristig sollte die Einrichtung von Primärversorgungszentren wie z.B. lokale Gesundheitszentren bzw. PORT-Zentren verfolgt werden. Hiermit kann auch eine Zentralisierung, Schließung und Umwidmung von Kliniken in lokale Versorgungszentren verbunden sein. Wichtig ist, die Bevölkerung hinsichtlich der (Qualitäts-)Vorteile einer solchen Zentrenbildung aufzuklären.
- Um eine patientenzentrierte und am individuellen Bedarf (insbesondere für Menschen mit chronischen Erkrankungen) ausgerichtete Versorgung umzusetzen, ist mittelfristig die Etablierung einer Public Health-orientierten Gesundheitsplanung auf Ebene der Land- und Stadtkreise notwendig. Dieses könnte durch den öffentlichen Gesundheitsdienst (ÖGD) koordiniert und evtl. auch durchgeführt werden (gemäß § 6 Absatz 1 ÖGDG).
- Mittelfristig sollte auch die bundesweite Verankerung und Ausgestaltung der Kommunalen Gesundheitskonferenzen (oder ähnlicher Gremien) im SGB V verfolgt werden.
- Kurzfristig umsetzbar ist ein interdisziplinärer fachlicher Austausch, z.B. durch regelmäßig stattfindende Fallkonferenzen sowie die gemeinsame Erstellung von Behandlungsplänen für PatientInnen mit komplexen Erkrankungen.

2. (Landkreisübergreifende) Kompetenzzentren für spezielle Erkrankungen

- Mittelfristig ist es sinnvoll, den Aus- und Aufbau von Kompetenzzentren für ausgewählte Krankheitsbilder voranzutreiben. In diesen Zentren erhalten insbesondere PatientInnen mit schwerwiegenden, seltenen bzw. komplexen Erkrankungen durch ein gut vernetztes, interprofessionelles BehandlerInnen-Team eine umfassende Versorgung von der Diagnostik bis hin zur multimodalen Therapie. Dabei ist allerdings zu beachten, dass eine Zentrenbildung tendenziell wiederum zu einer Desintegration, etwa bei Multimorbidität, führen könnte, und daher nur sehr gezielt gefördert werden sollte.
- Teilweise bestehen solche Kompetenzzentren bereits, beispielsweise für die Krankheitsbilder Darmkrebs und Essstörungen. Hier ist es wichtig, dass die GesundheitsakteurInnen

eine Behandlung in diesen spezialisierten Zentren empfehlen, und die Patientenströme in einer Region (ggf. auch landkreisübergreifend) koordiniert und gezielt dorthin gelenkt werden. Diese Empfehlung könnte mit relativ wenig Aufwand umgesetzt werden.

- Weiterhin sollte das Ziel verfolgt werden, die Zusammenarbeit von Zentren und niedergelassenen ÄrztInnen zu verbessern, um eine qualitativ hochwertige und vernetzte Versorgung mit effektiver Nachsorge zu erreichen. Hier sind Schritte wie eine bessere Überleitung, die bessere Vernetzung mit Zentren, Kommunen und Arbeitgebern, der Einsatz von Behandlungskordinatoren sowie die Nutzung der Telematik kurz- bis mittelfristig umsetzbare Möglichkeiten.

3. Integration von Gesundheitsförderung und Prävention

- Mittelfristig sollte die Integration von Gesundheitsförderung und Prävention in ein regionales Gesundheitsnetz und als Teil eines sektorenübergreifenden Versorgungskonzeptes verfolgt werden.
- Kurzfristig sollte hierfür von den Kommunen eine aktive Rolle in der Steuerung und Vermittlung übernommen werden, wofür Kommunale Gesundheitskonferenzen geeignet sind. Mögliche Aufgaben der Kommunen könnten die Koordination von Angeboten, das Initiierung von Hilfsangeboten, die zur Bildung von Gemeinschaftsgefühl und Solidarität in der Gesellschaft beitragen, oder die Gewinnung von MultiplikatorInnen vor Ort (Organisation, Koordination und Schulung) sein. Die Kommunalen Gesundheitskonferenzen sollten dabei als regionales Gremium für die Steuerung und Etablierung einer strukturellen Gesundheitsförderung, sowie von Austausch und Vernetzung genutzt werden. Ein sozialraumorientiertes Quartiersmanagement und nachhaltige, gesundheitsfördernde Strukturen sollten in den Städten, Gemeinden und im Landkreis umgesetzt werden.
- Als kurz- und mittelfristig umsetzbare Maßnahmen sollte der Ausbau der Angebote zur Gesundheitsförderung und Prävention an Kitas und Schulen verfolgt werden, z.B. durch ein Gesamtkonzept „Gesunde Schule“, welches die stärkere Verankerung des Themas Gesundheit in den Lehrplänen aller Jahrgangsstufen verfolgt und ggf. auch ein Unterrichtsfach „Gesundheit“ vorsieht. Auch die Einführung von Präventions- und Schulgesundheitsfachkräften an Schulen sollte anhand von Modellprojekten in der Modellregion erprobt und mittelfristig an allen Schulen angestrebt werden.
- Auch der Ausbau des betrieblichen Gesundheitsmanagements (BGM) und die Förderung von Maßnahmen für den Wiedereinstieg in den Beruf sind mittelfristig umzusetzen. In diesem Bereich ist eine Sensibilisierung von Unternehmen bzw. Arbeitgebern für betriebliches Gesundheitsmanagement (BGM) dringend notwendig, vor allem in kleinen und mittelständischen Betrieben.
- Niedrigschwellig umsetzbare Maßnahmen, wie etwa die Durchführung von multiprofessionellen Veranstaltungen und Präventionskampagnen oder die Erstellung und Verteilung von geeignetem Informationsmaterial sollten mit dem Ziel verfolgt werden, die Bevölkerung über Erkrankungen und Möglichkeiten der Gesunderhaltung zu informieren und aufzuklären.

4. Verzahnung mit sozialen, ehrenamtlichen und Selbsthilfe-Angeboten in der Kommune sowie mit Mobilitäts-, Wohn- und Pflegeangeboten für ältere Menschen

- Kurzfristig sollte hier der Ausbau von niederschweligen und ehrenamtlichen Angeboten verfolgt werden, z.B. durch die Förderung von wohnortnahen Angeboten oder die Umsetzung der Strategie „Quartier 2020 – Gemeinsam. Gestalten.“
- Wichtig ist auch eine Förderung von Selbsthilfegruppen für Betroffene und Angehörige.
- Mittelfristig sind die Förderung und der Ausbau neuer Wohnformen für spezifische Erkrankungen wichtig, um hier eine Vielfalt an Möglichkeiten zu schaffen, die für alle zugänglich sind. Damit verbunden ist die Notwendigkeit der Überarbeitung von Baurechtbestimmungen auf gesetzlicher Ebene, z.B. im Bereich der Raumordnung, Bauleitplanung bei Neubauten oder der Renovierung und Sanierung.
- Langfristig werden die Aufwertung und der Ausbau der Pflegeberufe empfohlen, um einem Pflegekräftemangel entgegenzuwirken. Eine bessere Bezahlung wird hier als notwendig gesehen. Es müssen einerseits Anreize für junge Menschen geschaffen werden, damit sie diese Berufswege einschlagen, andererseits für ausgebildete Pflegekräfte, um diese im Beruf zu halten.
- Zur Qualitätssicherung wird eine transparente Zertifizierung von Betreuungs- und Pflegepersonal als langfristiges Ziel empfohlen. Weitere Möglichkeiten wären z.B. eine regelmäßige Überprüfung der von Angehörigen geleisteten Pflege, eine frühe fachliche Beratung der Angehörigen und Hilfestellung durch einen Case Manager, oder auch die Umsetzung von Qualitätskontrollen bei Vermittlungsagenturen/Pflegediensten mit ausländischen Betreuungskräften.

5. Kooperation der GesundheitsakteurInnen über Sektoren und Berufsgruppen hinweg

- Als kurzfristig umzusetzende Maßnahme in diesem Bereich ist ein Modellprojekt zur Abstimmung der ambulanten Bedarfsplanung und stationären Krankenhausplanung in einer Versorgungsregion denkbar.
- Weiterhin sollte kurzfristig die Etablierung einer anlassbezogenen kreisübergreifenden Kooperation Kommunalen Gesundheitskonferenzen oder die Etablierung von regionalen Strukturgesprächen verfolgt werden.
- Zur Verbesserung der Kooperation von GesundheitsakteurInnen über Sektoren und Berufsgruppen hinweg wird mittelfristig die Bildung von Netzwerken bzw. eine Vernetzung sektorenübergreifender Strukturen empfohlen. Notwendig ist beispielsweise eine bessere Vernetzung von ambulanter und stationärer Versorgung oder auch von ambulanter und ambulanter Versorgung (z.B. HausärztInnen mit FachärztInnen). Hierfür ist eine Definition der Art der Vernetzung und der Kooperation notwendig, z.B. hinsichtlich regelmäßiger Treffen oder auch gemeinsamer Projekte. Die Aufgaben einzelner AkteurInnen im Netzwerk müssen definiert und die Wege zum Austausch von Informationen geklärt werden. Des Weiteren müssen (finanzielle) Anreize zur Teilnahme am Netzwerk für die AkteurInnen geschaffen werden.
- Mittelfristig ist eine Verbesserung der Schnittstellen zwischen medizinischer Behandlung und der Pflege sowie der Gesundheitsförderung erforderlich. Auch hier müssen die Rollen und Aufgaben der verschiedenen AkteurInnen geklärt und Möglichkeiten der Finanzierung geschaffen werden.

- Auch über Landkreisgrenzen hinweg ist mittelfristig eine Vernetzung zu verfolgen: Landkreisübergreifende Netzwerkbildung sowie die Entwicklung von regionalen Versorgungspfaden sind hier wichtige Bereiche. Anzuehende Themen sind hier beispielsweise die Entwicklung von regionalen Versorgungspfaden, die Neuordnung der Notfallversorgung, die Schaffung eines landkreisübergreifenden Gremiums zur Verbesserung des Entlassmanagements, die Schaffung von Transparenz und das Zusammenbringen von Institutionen, ein landkreisübergreifendes „vom Besten lernen“, sowie eine sinnvolle Planung von (Pilot-)Projekten an unterschiedlichen Standorten in den Landkreisen. Eine Unterstützung durch die Politik wird hierfür als notwendig angesehen (z.B. Kreistagsbeschlüsse, regionale Strukturgespräche, Vergabe von Fördermitteln durch das Land).

6. Koordination der Angebote

- Kurzfristig umsetzbar für die Verbesserung der Transparenz der Angebote sind z.B. Maßnahmen wie das Schaffen einer elektronischen Angebotsplattform (ggf. integriert in ein Netzwerk) oder das Einrichten einer Beratungsstelle, welche u.a. niedrigschwellig vorhandene Hilfen aufzeigen und bestehende Angebote koordinieren könnten und dadurch Transparenz herstellen würden.
- Regionale Leistungsanbieter sollten miteinander vernetzt sein, was relativ kurzfristig umsetzbar sein sollte (siehe Punkt 5 „Kooperation der GesundheitsakteurInnen über Sektoren und Berufsgruppen hinweg“).
- Auch die Verbesserung des Entlassmanagements führt zu einer verbesserten Koordination der Angebote. Kurzfristig sind hier Maßnahmen wie z.B. die Gewährleistung der Anschlussversorgung im ambulanten Bereich (Kurzzeitpflege, ambulante Pflegedienste), die Überarbeitung der notwendigen Dokumentation, die Überarbeitung datenschutzbedingter Einschränkungen, die Übernahme des Entlassmanagements durch ein Case Management oder die Prüfung bestehender Angebote und Sammlung von Beispielen guter Praxis denkbar.
- Wichtig ist die Sicherstellung der Kontinuität in der Behandlung (wie sie z.B. Gesundheitsszentren und -netzwerke bereits bieten). Mittelfristig sind hier neben einer Verbesserung des Entlassmanagements auch bessere Absprachen zu treffen und ein besseres Schnittstellenmanagement notwendig. Die Schaffung und der Ausbau von Netzwerken zur Verbesserung der Kommunikation und des interdisziplinären Austausches sind, wie bereits oben erwähnt, ein wichtiger Beitrag und sollten mittelfristig verfolgt werden.
- Mittelfristig ist eine verbindliche Regelung von Kommunikationsstrukturen und die Nutzung von „Werkzeugen“ zur Kooperation und Koordination anzustreben. Hier sind beispielsweise sektorenübergreifende Algorithmen und Versorgungspfade, die elektronische Patientenakte sowie der Ausbau von e-Health/Telematik zu nennen.
- Das Thema Transition (Übergang der Behandlung von chronisch erkrankten Jugendlichen bzw. jungen Erwachsenen durch Kinder- und Jugendmediziner hin zur Versorgung für Erwachsene) ist in Bezug auf die Koordination der Angebote zu nennen: Die Durchführung einer Transitionssprechstunde wird beispielsweise derzeit nur bei speziellen Erkrankungen durch die Krankenkassen finanziert. Empfohlen wird hier mittelfristig eine Einführung von mindestens zwei gemeinsamen Sprechstunden als „Übergabe“ bei allen Erkrankungen, bei denen eine solche Sprechstunde sinnvoll erscheint.

- Des Weiteren ist die Verbesserung der Rehabilitation und Nachsorge mittelfristig zu verfolgen. In diesem Bereich gilt es beispielsweise, die Untergliederung der Rehabilitation in Phasen hinsichtlich des Patientennutzens zu überdenken, Kapazitäten in der Rehabilitation für alle Phasen anzupassen, ein flexibleres und unkomplizierteres Rehabilitationsangebot (Anschlussheilbehandlung) zu schaffen, oder auch die Antragstellung zu beschleunigen und zu vereinfachen. Mögliche Maßnahmen in diesem Bereich sind auch die Einführung einer Patientenmappe zur Dokumentation der gesamten Behandlung sowie eines Nachsorgepasses. Bei einigen Erkrankungen (z.B. Krebserkrankungen) werden solche Dokumente derzeit bereits als papierbasierte Version eingesetzt. Längerfristig sollten diese jedoch in eine elektronische Patientenakte integriert werden.
- Ein weiteres, wichtiges mittelfristiges Thema ist der Personal- und Ressourcenmangel, welchem entgegengewirkt werden sollte. Beispielsweise sind hier derzeit vor allem für das Krankheitsbild Demenz, für alle Ebenen der psychischen Versorgung und auch in der Pflege Engpässe vorhanden, welche angegangen werden müssen.

7. Persönliches Fallmanagement (Case und Care Management)

- Für die Verbesserung der Koordination des Behandlungsverlaufes wird die Einführung von Case Management empfohlen. Erprobt werden könnte dieses im Rahmen von Pilot- oder Modellprojekten. Wichtig ist die Definition von Aufgaben eines Case Managers, zu denen z.B. die Vermittlung von Kontakten/Angeboten, die Schaffung eines Überblicks über den Behandlungsverlauf, oder auch die Terminplanung gehören könnten. Auch die Rahmenbedingungen müssen geklärt werden. Ggf. ist die Schaffung von Anreizen für Hausarztpraxen zu überdenken, damit diese, insbesondere mit Hilfe von Versorgungsassistentinnen für die Hausarztpraxis (VERAHs), die Rolle des Lotsen/Case Managers übernehmen.
- Weiterhin wird die Anwendung von Strategien zur System- und Versorgungssteuerung empfohlen, die einrichtungsübergreifend bedarfsgerechte Hilfen im Sozial- und Gesundheitswesen koordiniert, organisiert und die strukturellen Voraussetzungen dafür in der Region aufzeigt (Care Management). Auch die Lenkung von Patientenströmen, z.B. in Kompetenzzentren, wird als Aufgabe eines guten Care Managements gesehen.

8. Zugang und gute Erreichbarkeit der Angebote

- Die Verbesserung der Erreichbarkeit von Angeboten kann kurzfristig durch verschiedene Maßnahmen, wie z.B. die Sicherstellung von guten Verbindungen im Öffentlichen Personennahverkehr, das Einrichten von Fahrdiensten, die Einführung von E-Mobilität, die Etablierung von guten Online-Angeboten erreicht werden. Einrichtungen wie regionale Kriseninterventions- und Traumazentren können zwar räumlich weiter entfernt sein, bieten aber bei entsprechenden Notfällen schnelle Interventions- und Hilfemöglichkeiten.
- Eine wohnortnahe, schnelle Erstversorgung im Notfall und die Möglichkeit des zeitnahen Transports in eine für das Krankheitsbild geeignete Einrichtung wird empfohlen und kann relativ kurzfristig erreicht werden. Ein Beispiel hierfür ist der Transport in Stroke Units: Eine landkreisübergreifende Abstimmung über den Versorgungsauftrag der Stroke Units ausschließlich zum Nutzen des/der PatientIn ist hier notwendig.

- Wichtig ist der Abbau sprachlicher Barrieren, z.B. für Menschen mit Migrationshintergrund und für Menschen im Flüchtlings- und Asylbewerberstatus. Hier können kurzfristig Maßnahmen umgesetzt werden.
- Mittelfristig wird die Verkürzung von Wartezeiten empfohlen, z.B. für Facharzttermine, zur stationären Aufnahme/zu Beginn einer ambulanten Therapie sowie für die psychologische Versorgung. In Bezug auf Facharzttermine ist hierfür eine Analyse der Bedarfsplanung und Anpassung an den tatsächlichen Bedarf notwendig. Studien zeigen jedoch auch, dass Wartezeiten häufig eher mit der Art des derzeitigen Abrechnungssystems (insbesondere der Praxisbudgetierung und quartalsweiser Abrechnung) sowie angebotsinduzierter Nachfrage zu tun haben, als mit der Anzahl der Therapeuten in einer Region.

Voraussetzungen für die Umsetzung eines regionalen sektorenübergreifenden Versorgungsnetzwerks

Die eingangs genannten, im Rahmen des Modellprojekts durchgeführten Schritte können dazu genutzt werden, ein regionales Versorgungsnetzwerk auch in anderen Landkreisen und Kommunen in die Praxis umzusetzen. Voraussetzungen für den Aufbau eines solchen Netzwerks sind die Etablierung einer Organisationsstruktur sowie einer Leitungs- und Steuerungsgruppe. Prozesse zur regelmäßigen Erhebung und Auswertung von Versorgungsdaten, wie sie im vorliegenden Projekt in TP 1 durchgeführt wurden, müssen implementiert und es muss festgelegt werden, wer hierfür zuständig ist. Sekundärdatenauswertungen sollten durch Erhebungen von Primärdaten zu ausgewählten Themen ergänzt werden. Dazu könnten Befragungen von GesundheitsakteurInnen und BürgerInnen zu Stärken und Schwächen der Versorgung in der Region analog zu dem in TP 2 erprobten Vorgehen erfolgen.

In internationalen Studien werden darüberhinaus folgende Voraussetzungen für die erfolgreiche Umsetzung eines regionalen sektorenübergreifenden integrierten Versorgungsnetzwerks beschrieben:

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

Eine erste notwendige Voraussetzung für ein regionales Versorgungsnetz ist der Aufbau eines Steuerungs- und Managementsystems. Je nach der geplanten Struktur ist die Etablierung eines professionellen Managements im Sinne einer hauptamtlichen Geschäftsführung sinnvoll. Aufgaben, z.B. im Rahmen der Versorgungsplanung, könnten bei entsprechender Ressourcenausstattung ggf. teilweise auch durch den ÖGD übernommen werden. In diesem Zusammenhang spielt die Weiterentwicklung und gezielte Ausgestaltung der Kommunalen Gesundheitskonferenzen als potentiell regionales Steuerungsinstrument eine zentrale Rolle. Wichtig ist, dass AnsprechpartnerInnen deutlich benannt, sowie Verantwortung und Aufgaben im Netz klar verteilt werden, und dass die Finanzierungsverantwortung geklärt ist.

Weiterhin ist die Entwicklung einer notwendigen Infrastruktur zur Umsetzung regionaler Netzwerke wichtig. Hierfür ist zunächst die Erhebung des lokalen Bedarfs und die datengestützte Versorgungs-

planung unter Berücksichtigung der Bedürfnisse der BürgerInnen („community health assessment“) notwendig, um bestehende Bedarfe und fehlende Versorgungsangebote aufzuzeigen. Weiterhin sind hier auch der Aufbau und die gute Vernetzung von Primärversorgungsstrukturen und Kompetenzzentren für ausgewählte chronische Erkrankungen voranzutreiben: Die AkteurInnen im Versorgungsnetz müssen gut miteinander kooperieren und kommunizieren und Leistungen gut koordiniert sein. Ansätze, die in diese Richtung gehen, beispielsweise der Verbesserung von Schnittstellen dienen, müssen weiter gefördert und ausgebaut werden, um eine regional vernetzte, populationsorientierte, sektorenübergreifend geplante und integrierte Versorgung zu erreichen.

Ein zentraler Punkt für das Gelingen eines regionalen integrierten Netzwerks ist ein unterstützendes Finanzierungssystem und entsprechende Anreize zur Kooperation der AkteurInnen. Das derzeitige Finanzierungssystem im ambulanten ärztlichen Bereich beruht überwiegend auf dem Prinzip der Einzelleistungsvergütung für diejenigen PatientInnen, die den/die (Haus)ÄrztIn von sich aus bei Krankheit aufsuchen. Es besteht kein Bezug zu einer zu versorgenden regionalen Bevölkerung (Populationsorientierung durch ein Einschreibesystem für BürgerInnen), Leistungen werden nur für die Behandlung einer Erkrankung gezahlt und Leistungen, die von einem Behandlungsteam erbracht werden, werden nicht vergütet. Hier sollten zukünftig Anreize für ÄrztInnen geschaffen werden, um den Fokus ihrer Arbeit vorrangig auf die Gesunderhaltung ihrer PatientInnen bzw. der BürgerInnen in ihrem Einzugsgebiet zu richten. Das Honorierungssystem sollte grundsätzlich umgestaltet werden, um auch den wirtschaftlichen Nutzen eines regionalen, sektorenübergreifenden Versorgungsnetzes darzustellen und zu entwickeln. Denkbar wäre beispielsweise eine Weiterentwicklung des Finanzierungssystems durch die Etablierung regionaler Budgets, um eine sektoren- und berufsgruppenübergreifende Versorgung zu ermöglichen.

Der erfolgreiche Aufbau eines integrierten, regionalen Versorgungsnetzwerkes hängt nicht zuletzt von der Einstellung sowohl der beteiligten GesundheitsakteurInnen als auch der PatientInnen gegenüber derartigen innovativen Ansätzen ab. In dieser Hinsicht sind beispielsweise die persönliche Weiterentwicklung sowie die Bereitschaft, neue Wege zu beschreiten, notwendige Voraussetzungen. Sowohl GesundheitsakteurInnen als auch PatientInnen müssen bereit sein, neue Perspektiven und Rollen einzunehmen.

Themen für eine Reformkommission auf Bundesebene

Im derzeitigen Gesundheitssystem in Deutschland fehlen wesentliche Voraussetzungen für die Umsetzung eines sektorenübergreifenden regionalen Versorgungsnetzwerkes. Um eine sektorenübergreifende Versorgung in Deutschland überhaupt zu ermöglichen und hierfür die nötige Infrastruktur zu schaffen, ist nach Meinung von ExpertInnen insbesondere eine Vereinheitlichung der

- Planungsstrukturen,
- Vergütungssystematik,
- Qualitätssicherung,
- Klassifizierungssysteme,

sowie ein standardisierter sicherer Datentransport incl. elektronischer Patientenakte und professioneller Koordination zwischen den Sektoren notwendig.

Langfristig zu verfolgen, und somit als mögliche Themen für die geplante Reformkommission geeignet, wären v.a. folgende drei Themenbereiche:

1. Die Neugestaltung einer sektorenübergreifenden, regionalen Bedarfs- und Versorgungsplanung, in der die sektorenübergreifende Planung als Grundlage für eine patientenorientierte, sektorenübergreifende Versorgung dient.
2. Die Einführung einer sektorenübergreifenden Finanzierungsgrundlage, beispielsweise beginnend mit der Einführung eines sektorenübergreifenden Notfallbudgets oder der Vergütung für interdisziplinäre/-professionelle Versorgungsteams. Auch die Erprobung von Regionalbudgets in einer Modellregion wäre hier denkbar.
3. Die Gestaltung einer sektorenübergreifenden Qualitätssicherung/-förderung, z.B. mit einer Erfassung der Qualität der medizinischen Versorgung über Einrichtungs- und Sektorengrenzen hinweg und der Definition von Rahmenbedingungen zu Strukturen und Datenflüssen.

Die beschriebenen Empfehlungen sind als Diskussionsgrundlage zu verstehen und zeigen mögliche Schritte hin zu einer sektorenübergreifenden Versorgung auf. Für die Umsetzung des beschriebenen Rahmenkonzepts auf regionaler Ebene sind Anpassungen an die lokalen Gegebenheiten notwendig. Während in einigen Regionen bereits vorhandene Einrichtungen, Kooperationen und weitere Ressourcen einbezogen und genutzt werden können, mag dieses in anderen Regionen weniger der Fall sein. Notwendig ist in jedem Fall immer, die Präferenzen der GesundheitsakteurInnen und der Bevölkerung zu berücksichtigen. Dabei kann das in diesem Modellprojekt gewählte methodische Vorgehen als „Blaupause“ genutzt werden. Hilfreich auf dem Weg zu einer sektorenübergreifenden Versorgung kann dabei auch immer der Blick auf nationale und internationale Beispiele guter Praxis sein.

1. Einleitung

Das deutsche Gesundheitssystem steht derzeit und zukünftig vor großen Herausforderungen: Eine durch den demographischen Wandel immer älter werdende Gesellschaft und die Zunahme chronischer Erkrankungen gehen einher mit einem steigenden gesundheitlichen Versorgungsbedarf, was wiederum nicht vereinbar ist mit dem drohenden Mangel an Fachkräften sowohl im Bereich der Versorgung als auch in der Pflege. Dabei soll die gesundheitliche und medizinische Versorgung auch in Zukunft bedarfsgerecht und von hoher Qualität sein, sich vor allem am gesundheitlichen Nutzen für die BürgerInnen orientieren und diesen in den Mittelpunkt der zukünftigen Versorgung stellen. Nachhaltige Lösungen müssen gefunden werden, wobei die sektorenübergreifende Weiterentwicklung der Versorgungsstrukturen ein wichtiger Schritt in diese Richtung ist. Dabei wird unter einer sektorenübergreifenden Versorgung eine umfassende Vernetzung sowohl von ambulanter und stationärer Versorgung als auch von Gesundheitsförderung und Prävention, Rehabilitation, Pflege, Arzneimittelversorgung, sozialer und kommunaler Angebote sowie palliativer Versorgung verstanden. Aktuell sind die Bedarfsplanungen für Vertragsärzte und Krankenhäuser strikt getrennt. Die Kapazitätenplanung im ambulanten Bereich ist durch ein Nebeneinander von Über- und Unterversorgung innerhalb von Städten, zwischen städtischen und ländlichen Regionen und zwischen hausärztlicher Grundversorgung und fachärztlicher spezialisierter Versorgung gekennzeichnet. Der stationäre Bereich weist dagegen teilweise ein Überangebot an Versorgungskapazitäten auf; daneben gibt es aber auch Krankenhäuser in strukturschwachen ländlichen Regionen, bei denen die derzeit noch ausreichend vorhandenen Kapazitäten wirtschaftlich überlebensfähig gehalten werden müssen

Um die sektorenübergreifende Weiterentwicklung der Versorgungsstrukturen voranzutreiben und diesbezügliche Maßnahmen und Handlungsempfehlungen unter Einbezug der BürgerInnen und PatientInnen sowie aller wichtige AkteurInnen des Gesundheitssystems zu entwickeln, schrieb das Ministerium für Soziales und Integration Baden-Württemberg ein Modellprojekt zur sektorenübergreifenden Versorgung aus. Unter den Bewerbern wurde die Region Südwürttemberg zur Förderung ausgewählt. Das Projekt wurde im Zeitraum von Januar 2016 bis März 2018 durchgeführt.

Mit der wissenschaftlichen Begleitung des Modellprojekts wurden drei unterschiedliche Universitäten beauftragt: das Institut für Allgemeinmedizin der Goethe-Universität Frankfurt am Main, ZIRIUS - Zentrum für Interdisziplinäre Risiko- und Innovationsforschung der Universität Stuttgart, sowie die Abteilung Allgemeinmedizin und Versorgungsforschung des Universitätsklinikums Heidelberg.

1.1. Die Modellregion Südwürttemberg

Für die Modellregion wurden die Landkreise Biberach, Ravensburg und Reutlingen ausgewählt (siehe Abbildung 1). In allen drei Landkreisen sind Kommunale Gesundheitskonferenzen installiert. Es besteht eine langjährige vertrauensvolle Zusammenarbeit der jeweiligen Gesundheitsverwaltungen, deren Konzeptionen auf innovative, zukunftsfähige bevölkerungsmedizinische Ansätze ausgerichtet sind.

Sowohl der Landkreis Biberach als auch die Landkreise Ravensburg und Reutlingen verfügen über strukturschwächere angrenzende Randbereiche, die geografisch verbunden sind. Hier ist eine zukünftige medizinische Versorgung besser kreisübergreifend im Verbund möglich, da ansonsten weitere Wege zu den jeweiligen größeren Mittelzentren vorliegen.

Die Zentren für Psychiatrie ZfP sind in allen drei Landkreisen vertreten, was die Umsetzung des Modellprojektes erleichtert.



Abbildung 1: Modellregion Südwürttemberg: Landkreise Biberach, Ravensburg und Reutlingen

Der Landkreis Biberach

Der Landkreis Biberach liegt in der Region Oberschwaben. Mit einer Fläche von 1410 km² ist er der viertgrößte Landkreis in Baden-Württemberg. Er gehört raumstrukturell zum ländlichen Raum und erstreckt sich geographisch von der Iller im Osten bis auf die Hochflächen der Schwäbischen Alb im Westen, von dem unweit der Donau gelegenen Bussen im Norden bis in das Tal der Schussen im Süden. Im Landkreis Biberach leben rund 194 000 EinwohnerInnen in 45 Städten und Gemeinden. Die größten Städte sind Biberach/Riß mit rund 32 700 EinwohnerInnen und Laupheim mit etwas mehr als 21 000 EinwohnerInnen. 2016 lag die Bevölkerungsdichte bei 139 EinwohnerInnen/km². Der Mittelbereich um die Stadt Biberach weist dabei die höchst Bevölkerungsdichte mit 144 EinwohnerInnen/km² auf, die geringste Bevölkerungsdichte findet sich im westlichen Landkreis in der Region um Riedlingen mit 94 EinwohnerInnen/km². Der Landkreis Biberach hat einen Anteil von 19,7% Kindern und Jugendlichen (0 - 17 Jahre) an der Gesamtbevölkerung [Stand 2016]. Der Jugendquotient (= Zahl von Personen im Alter bis unter 18 Jahren bezogen auf die Zahl der 15 bis unter 64-Jährigen) liegt bei 34,9% und ist der höchste in Baden-Württemberg [Stand 2015]. Für die Einschätzung der gesundheitlichen Versorgung ist vor allem der Anteil der Bevölkerung im Alter von 65 Jahren und insbesondere der Anteil der Hochaltrigen (80+) von Interesse. 18% der Bevölkerung sind über 65 Jahre alt, 4,9% hochbetagt und damit über 80 Jahre alt, beide Anteile steigen stetig an [Stand 2015].

Versorgungssituation:

Die stationäre medizinische Versorgung erfolgt seit Januar 2013 durch die Sana Kliniken Landkreis Biberach GmbH mit derzeit drei Akutklinikstandorten in Biberach mit 345 Betten, in Laupheim mit 74 Betten und in Riedlingen mit 54 Betten. Sana betreibt ebenfalls eine geriatrische Rehabilitationsklinik in Biberach sowie eine neurologische Fachklinik in Dietenbronn. Im Landkreis Biberach finden sich zudem zwei Reha-Kliniken in Bad Buchau.

Die stationäre psychiatrische Versorgung erfolgt durch das ZfP Südwürttemberg am Standort Bad Schussenried. An den Standorten Bad Schussenried, Biberach und Riedlingen finden sich Psychiatrische Institutsambulanzen. In Riedlingen wurde auch eine kinder- und jugendpsychiatrische Ambulanz eröffnet. Im Gemeindepsychiatrischen Zentrum (GPZ) in Biberach sind verschiedene ambulante Angebote für psychisch erkrankte Menschen und deren Angehörige von den Trägern Caritas Biberach, Diakonie Biberach, ZfP Südwürttemberg und Sankt-Elisabeth-Stiftung unter einem Dach vereint.

Im Landkreis Biberach sind 139 HausärztInnen und 132 FachärztInnen niedergelassen (Stand 2018). Laut Gesundheitsatlas BW kommen auf eine/n HausarztIn im Mittelbereich Biberach 1567 EinwohnerInnen, im Mittelbereich Laupheim 1769 EinwohnerInnen und im Mittelbereich Riedlingen 1596 EinwohnerInnen. Während in Baden-Württemberg 30334 EinwohnerInnen auf eine/n ArztIn insgesamt kommen, sind es im Landkreis Biberach 38177.

Im Landkreis Biberach finden sind 27 Einrichtungen für Menschen mit Pflege- und Unterstützungsbedarf mit 1.679 Plätzen und 23 Einrichtungen für Menschen mit Behinderungen mit 511 Plätzen. Hinzu kommen vier ambulant betreute Wohngemeinschaften für volljährige Menschen mit Unterstützungs- und Versorgungsbedarf und 34 ambulant betreute Wohngemeinschaften für Menschen mit psychischer Behinderung. Zudem finden sich mehrere Betreuungs- und Beratungsdienste für psychisch kranke Menschen und drei Tagesstätten, die tagesstrukturierende Betreuung anbieten.

Gesundheitsförderung und Prävention:

Eine wichtige Plattform zur Kooperation stellt seit 2011 die Kommunale Gesundheitskonferenz dar, in deren Rahmen bedarfsorientierte Strategien erarbeitet werden können, um in den Lebenswelten der Bewohner des Landkreises präventiv und gesundheitsfördernd zu wirken und um die medizinische und pflegerische Versorgung in allen Raumschaften zu beleuchten. Wichtige präventive Projekte, die im Setting-Ansatz in den Lebenswelten der Kinder wirken, sind „Sterne für Schulen“ und „Sterne für Kindertagesstätten“. Schulen und Kindertagesstätten sollen motiviert werden, ihrer Einrichtung ein nachhaltiges, gesundheitsförderliches Profil zu geben. Prävention soll bei allen Beteiligten einen wichtigen Stellenwert haben, der täglich gelebt wird.

Herausforderungen:

Es wird zunehmend schwieriger, NachfolgerInnen für Hausarztpraxen zu finden. Eine Herausforderung ist es auch, die fachärztliche Versorgung in allen Regionen bedarfsgerecht aufrecht zu erhalten. Zwei der drei stationären Angebote im Landkreis Biberach bestehen noch bis zur Fertigstellung des Klinikneubaus in Biberach (geplant 2019). Derzeit finden intensive Planungen zum zukünftigen medizinischen Angebot an den Klinikstandorten Riedlingen und Laupheim statt. Hier sollen innovative sektorenübergreifende Versorgungsstrukturen entwickelt werden.

Der Landkreis Ravensburg

Der Landkreis Ravensburg liegt im Herzen Oberschwabens. Mit 1.632 km² ist er einer der größten Landkreise Baden-Württembergs (Siedlungs- und Verkehrsfläche: 174,4 km², Landwirtschaftsfläche 942,2 km², Waldfläche: 455,2 km²)¹. In ihm leben rund 283.000 Einwohner² (davon männlich: 49,8%³; 173 Einwohner/km²⁴) in 39 Städten und Gemeinden. Der Flächenlandkreis ist weitgehend ländlich

¹ <https://www.statistik-bw.de/BevoelkGebiet/GebietFlaeche/015152xx.tab?R=KR436>

² <https://www.statistik-bw.de/BevoelkGebiet/Bevoelkerung/01035055.tab?R=KR436>

³ <https://www.statistik-bw.de/BevoelkGebiet/Bevoelkerung/01035055.tab?R=KR436>

⁴ <https://www.statistik-bw.de/BevoelkGebiet/Bevoelkerung/01515020.tab?R=KR436>

geprägt und wird zu großen Teilen landwirtschaftlich genutzt. Im Schussental findet sich durch die nebeneinanderliegenden Städte Ravensburg und Weingarten ein Verdichtungsraum.

Der Jugendquotient liegt mit 34,1% leicht über, der Altenquotient mit 31,8% leicht unter dem Landesdurchschnitt (31,6% bzw. 32,5%)⁵. Der Landkreis Ravensburg gehört damit zu den „jüngeren“ Landkreisen. Trotzdem wird bei einem insgesamt prognostizierten Bevölkerungsrückgang die Zahl der unter 20-Jährigen wie in den letzten Jahren weiter abnehmen. 2030 werden die 60- bis 85-Jährigen die zahlenmäßig größte Bevölkerungsgruppe darstellen. Dies ist insbesondere relevant für die zukünftige Gestaltung der gesundheitlichen Versorgung.

Die Oberschwabenklinik GmbH, in kommunaler Trägerschaft, mit dem St. Elisabethen-Klinikum in Ravensburg (über 500 Betten)⁶, dem Westallgäu-Klinikum in Wangen (200 Betten)⁷ sowie dem Krankenhaus Bad Waldsee (85 Betten)⁸ und das Krankenhaus 14 Nothelfer des kommunalen Klinikverbands Medizin Campus Bodensee (133 Betten)⁹ sichern die akutstationäre Versorgung im Landkreis Ravensburg. Vom Krankenhaus der Grund- und Regelversorgung 14 Nothelfer bis zum Zentralversorger mit Elementen der Maximalversorgung (u.a. Onkologisches Zentrum, überregionales Traumazentrum, Schlaganfallzentrum, Darmzentrum) St. Elisabethen-Klinikum wird eine große Bandbreite abgedeckt.

Die stationäre psychiatrische Versorgung wird durch die Zentren für Psychiatrie Südwürttemberg (ZfP) mit den Standorten Ravensburg, Weissenau, Wangen und Aulendorf gewährleistet. Daneben ist ein gemeindepsychiatrisches Zentrum (GPZ) des ZfP in Ravensburg etabliert.

Die Fachkliniken Wangen der Waldburg-Zeil Kliniken halten einen überregionalen Schwerpunkt der Beatmungsmedizin und eine Rehabilitationsklinik für Kinder- und Jugendliche vor.

Daneben finden sich im Landkreis ca. 15 weitere Rehabilitationseinrichtungen mit knapp 3.000 Betten sowie über 100 Altenpflege-, Behinderten- und Komplexeinrichtungen.

Laut kassenärztlicher Vereinigung sind im Landkreis Ravensburg 220 Hausärzte und 340 Fachärzte niedergelassen (Stand 2018), davon 14 Fachärzte für Neurologie und Psychiatrie, elf Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie sowie zehn Fachärzte für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie¹⁰. Im Jahr 2016 kamen 511 Einwohner auf einen Vertragsarzt (Baden-Württemberg: 537) und 1.451 Einwohner (Baden-Württemberg: 1.512) auf einen Hausarzt¹¹.

Im Landkreis Ravensburg kommen auf einen niedergelassenen Arzt oder Krankenhausarzt durchschnittlich deutlich weniger Einwohner als im gesamten Bundesland. Auch ist eine flächendeckende gesundheitliche Versorgung derzeit trotz der verhältnismäßig geringen Bevölkerungsdichte im Landkreis gewährleistet. Dennoch – so hebt auch der Gesundheitsbericht des Landkreises aus dem Jahr 2012¹² hervor – weisen die prognostizierten demografischen Veränderungen auch für den Landkreis Ravensburg auf einen Handlungsbedarf bei der gesundheitlichen Versorgung hin.

Ein Prognoseszenario der Versorgungssituation mit Nervenärzten unter Berücksichtigung bestimmter Annahmen zu demografischen Aspekten, der Morbidität der Demenz und der Anzahl der Nervenärzte 2013 zeigt eine ungünstige Entwicklung: Während im Jahr 2013 noch 1.1853 Einwohner auf einen Nervenarzt kommen, werden für das Jahr 2030 fast 2.000 Einwohner je Nervenarzt prognostiziert.

⁵ <http://www.gesundheitsatlas-bw.de/dataviews/tabular?viewId=56&geoId=1&subsetId=>

⁶ <https://www.oberschwabenklinik.de/unsere-haeuser/st-elisabethen-klinikum-in-ravensburg.html>

⁷ <https://www.oberschwabenklinik.de/unsere-haeuser/st-elisabethen-klinikum-in-ravensburg.html>

⁸ <https://www.oberschwabenklinik.de/unsere-haeuser/bad-waldsee.html>

⁹ <http://www.14-nothelfer.de/einzelansicht/presse2014/zusammenarbeit-mit-krankenhaus-14-nothelfer.html>

¹⁰ <https://www.arztsuche-bw.de/>

¹¹ <http://www.gesundheitsatlas-bw.de/profiles/profile?profileId=5&geoTypeld=>

¹² https://www.landkreis-ravensburg.de/site/LRA-RV/get/params_E-988428666/2630850/Gesundheitsbericht-2012-gesamt-Internetversion.pdf

Mit der Kommunalen Gesundheitskonferenz besteht seit 2012 eine wichtige Austausch- und Kooperations-Plattform zur Erarbeitung bedarfsorientierter Handlungsempfehlungen in den Bereichen Gesundheitsförderung und Prävention, medizinische Versorgung und Pflege. Ein beispielhaftes Ergebnis ist die Umsetzung des Projekts Siegel „Gesunde Schule“ in Kooperation mit dem Bodenseekreis, das den Setting-Ansatz zur Gesundheitsförderung verfolgt.

Eine wichtige Kooperation besteht zudem mit der Hochschule Ravensburg-Weingarten, z.B. in Bezug auf die Themen Alkoholkonsum, Impfen, Kinder- und Jugendgesundheit. Im Interreg V-Projekt „Kinder im seelischen Gleichgewicht“ (KIG 3) agiert ein internationales und interdisziplinäres Netzwerk rund um den Bodensee, mit dem Landkreis Ravensburg als führendem Partner, um die institutionelle Zusammenarbeit im Bereich der seelischen Gesundheit von Kindern und Jugendlichen zu fördern¹³.

Der Landkreis Reutlingen

Der baden-württembergische Landkreis Reutlingen erstreckt sich über eine Fläche von 1028 km² vom Albvorland über die mittlere Schwäbische Alb bis fast an die Donau und hat 284 082 EinwohnerInnen (4. Quartal/2016). Er bildet zusammen mit dem Landkreis Tübingen und dem Zollernalbkreis die Region Neckar-Alb.

Dem Landkreis Reutlingen gehören 26 Gemeinden an. Darunter sieben Städte, hiervon wiederum zwei große Kreisstädte (Reutlingen und Metzingen). Im Landkreis liegen etwa 185 Orte. Der höchste Punkt des Landkreises liegt bei 881 m ü. NN auf dem Bolberg bei Willmandingen auf der Schwäbischen Alb, der tiefste Punkt liegt im Neckartal mit 290 m ü. NN. Die größte Stadt ist die Kreisstadt Reutlingen mit 115 006 Einwohnern (4. Quartal/2016). Das entspricht 40% der Gesamtbevölkerung. Die 19 Gemeinden haben zwischen 1 394 (Mehrstetten) und 11 202 (Eningen) EinwohnerInnen.

Der Landkreis mit dem industriell geprägten Albvorland und der ländlich geprägten Albhochfläche ist Teil des ersten Biosphärengebiets in Baden-Württemberg und Modellregion für eine nachhaltige Regionalentwicklung. Im Landkreis Reutlingen gehören 70% der Fläche zum ländlichen Raum, auf der aber lediglich 20% der EinwohnerInnen des Landkreises leben. Die städtischen und ländlichen Bereiche des Landkreises unterscheiden sich stark in ihren Strukturen. Ländliche Gebiete sind in zunehmender Weise in den Fokus der Politik und Regionalplanung gerückt und werden wegen unterschiedlicher Problematiken vermehrt auch von der Öffentlichkeit wahrgenommen. Von Vergreisung und Landflucht ist die Rede, von zurückgebauten Versorgungsstrukturen und auch von nicht besetzten Arztpraxen. Neben wirtschaftlichen Problemzonen, infrastrukturellen Unterversorgungen und den besonderen Auswirkungen des demographischen Wandels weisen diese Zonen auch enormen Erholungswert und ein wichtiges Potential an positiven Lebensbedingungen auf.

Zur Bewältigung der Zukunft muss der Landkreis Reutlingen diese beiden sehr unterschiedlichen Regionen miteinander verbunden halten. Es zählt zu den Aufgaben des Landkreises, die Lebensqualität und die Versorgung der Bevölkerung auf der Albhochfläche zu gewährleisten. Der Landkreis Reutlingen hat sich auf der politischen Ebene mit einer "Kommunalen Gesundheitsstrategie" und der Etablierung einer Kommunalen Gesundheitskonferenz bereits frühzeitig dieser Aufgabe angenommen. Ziel ist, Gesundheit in allen Lebensphasen und Lebenswelten zu fördern und Strukturen zu schaffen, die dies ermöglichen.

Die Best-practice-Beispiele „Gesunde Gemeinde - Gesunde Stadt im Landkreis Reutlingen“ und „PORT-Gesundheitszentrum in Hohenstein“ zeigen mit ihren gemeindenahen Ansätzen beispielhaft

¹³ <https://www.kinder-im-seelischen-gleichgewicht.eu/>

die direkte Auswirkung des Wirkens der Kommunalen Gesundheitskonferenz im Landkreis Reutlingen.

Alle im Landkreis getroffenen Maßnahmen tragen zur Stärkung der Gesundheitskompetenz der gesamten Bevölkerung bei, denn die PatientInnen mit ihren Angehörigen bzw. die NutzerInnen stehen bei allen Projekten im Vordergrund. Das Vorgehen ist nicht nur krankheitsorientiert, sondern gesundheitsorientiert ausgerichtet.

1.2. Wissenschaftlicher Hintergrund und Ziele des Modellprojekts

Hintergrund und Rahmen des Modellprojekts bilden vor allem zwei Gutachten des Sachverständigenrats für die Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (SVR) sowie das Gesundheitsleitbild Baden-Württemberg. Im Jahr 2009 stellte der SVR ein Zukunftskonzept für eine koordinierte, populationsorientierte, sektorenübergreifende Versorgung mit regionalem Bezug vor, das sich „an generationenspezifischen Bedürfnissen und Bedarfen orientiert und eine veränderte, zielorientierte Arbeitsteilung der Leistungssektoren vorsieht“ (siehe Abbildung 2). „Diese reicht von der Primärversorgung unter Einbeziehung präventiver Maßnahmen bis zur Pflege. Dabei verliert die sektorale Abgrenzung an Bedeutung und regionale Gegebenheiten entscheiden über Ort und Struktur der Leistungserbringung“ [1]. Das Gutachten basiert auf wissenschaftlichen Studien, die belegen, dass Länder mit einer gut entwickelten primärmedizinischen Basisversorgung der Bevölkerung eine qualitativ hochwertigere Versorgung und niedrigere Gesundheitskosten aufweisen als Länder ohne ein starkes Hausarztssystem [2]. Darüber hinaus bezieht es verschiedene Konzepte ein, die zentrale Elemente für eine zukunftsfähige Gesundheitsversorgung beschreiben, wie z.B. das Chronic Care Modell [3] und das Patient-Centered Medical Home [4]. Eckpunkte des Zukunftskonzepts sind eine

- Qualitativ hochwertige Primärversorgung als Fundament
- Erprobung und Evaluation wohnortnaher Primärversorgungspraxen (PVP)
- Patientenzentrierte Versorgung mit einer Ausrichtung an den Bedürfnissen und am Bedarf individueller, insbesondere chronisch Kranker
- Kontinuierliche Versorgung (long-term continuity), die Informationsverluste und diskontinuierliche Betreuung (v.a. bei chronisch Kranken) vermeidet
- Umfassende, horizontal und vertikal (sektorenübergreifend) koordinierte Grundversorgung aus einer Hand (comprehensive, co-ordinated care)
- Gute Zugänglichkeit/Zugangsgerechtigkeit (available, accessible, equitable): Niedrigschwellige Erreichbarkeit nach objektivem Bedarf und subjektiven Bedürfnissen für alle Bevölkerungsgruppen
- Regionale bzw. lokale Adaptation: Anpassung an existierende Versorgungsstrukturen und lokale Erfordernisse/Präferenzen, möglichst viele Entscheidungen sollten vor Ort/in der Region getroffen werden können
- Definierte Population (defined population) als Grundvoraussetzung für populationsbezogene Ansätze (Einschreibung von PatientInnen)
- Weiterentwicklung der Vergütungs-/Honorierungssysteme (payment mix): Umfassende risiko-adjustierte kontaktunabhängige Kopfpauschale (capitation) kombiniert mit qualitätsbezogenen Anreizen.

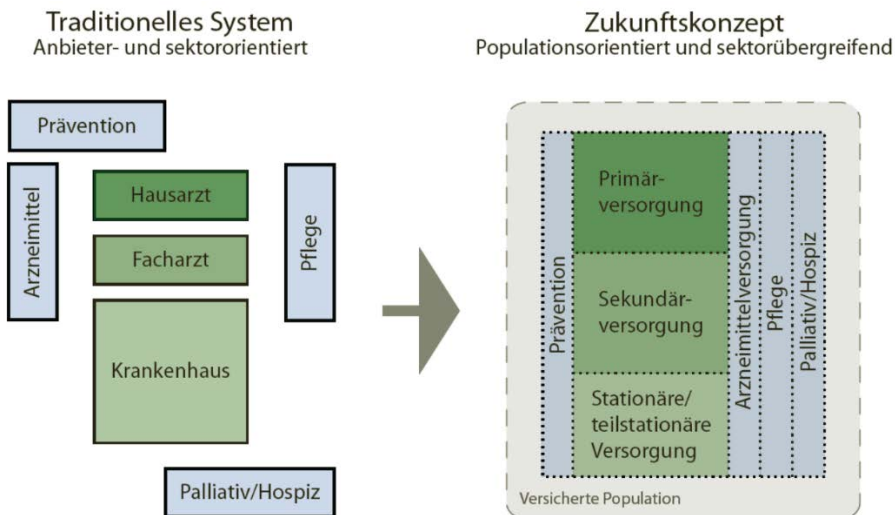


Abbildung 2: Von der sektoralen zur populationsorientierten Versorgung: Die sektorale Abgrenzung verliert an Bedeutung, die regionalen Strukturen entscheiden über den Ort der Leistungserbringung [1]

In seinem Sondergutachten 2014 [5] stellte der SVR ein Modell für eine regional vernetzte Gesundheitsversorgung vor und resümierte: „Bereits mit seinem im Sondergutachten 2009 veröffentlichten Zukunftskonzept einer sektorenübergreifend koordinierten und populationsbezogenen Versorgung mit regionalem Bezug hat sich der Rat für eine gezielte Weiterentwicklung des deutschen Gesundheitssystems insbesondere durch verbesserte Koordination, verbesserte regionale Abstimmung und eine auf die Bedürfnisse der Generationen bezogene Versorgung ausgesprochen [1]. Die vorgestellten Projekte zeigen hier inzwischen vielversprechende Ansätze. Um die notwendige Neuorganisation der Gesundheitsversorgung insbesondere in ländlichen Gebieten zu erleichtern, erscheint es sinnvoll, ein kontinuierliches Versorgungsmonitoring zu etablieren. Im Falle der Feststellung einer (drohenden) Unterversorgung sollte ein zu beauftragendes Gremium regelmäßig mit der Planung und Umsetzung einer datengestützten, sektorenübergreifenden, umfassenden, multiprofessionell ausgerichteten und auf die jeweilige Region abgestimmten Versorgungsplanung betraut werden. Hierfür kommen z.B. mit erweiterten Kompetenzen ausgestattete gemeinsame Landesgremien nach § 90a SGB V, aber auch regionale bzw. kommunale Gesundheits- und Pflegekonferenzen in Betracht [5].

Als Kernelement und Basis für die Versorgung wird ein lokales Gesundheitszentrum für Primär- und Langzeitversorgung empfohlen (siehe Abbildung 3). Das Gesundheitszentrum soll auf den regionalen Bedarf abgestimmt und kommunal gut eingebunden sein. Entscheidend ist eine Patientenzentrierung und der/die PatientIn sollte im Umgang mit seiner/ihrer Erkrankung unterstützt werden. In diesem Zentrum arbeitet ein multiprofessionelles Team unterschiedlicher Gesundheits-, Sozial- und anderer Berufe zusammen, dem sowohl HausärztInnen als auch TherapeutInnen (Physio-, Ergo-, Psychotherapie), AkteurInnen aus dem Bereich der Pflege und der Sozialarbeit angehören. Weitere lokale professionelle und ehrenamtliche Angebote in den Bereichen Gesundheit (Gesundheitsnetze, z.B. für Demenzerkrankungen, Diabetes, Palliativmedizin), Gesundheitsförderung und Prävention, Wohnen im Alter, häusliche Versorgung älterer Menschen, aber auch Mobilitätsangebote (Bürgerbusse, Mobile Gesundheitsdienste) sollen an das Zentrum angeschlossen und von hier aus organisiert werden. Dabei betrachtet das Zentrum die gesamte von ihm versorgte Bevölkerung und bietet zielgruppenspezifische Behandlungs- und Präventionsangebote für verschiedene Bevölkerungsgruppen an.

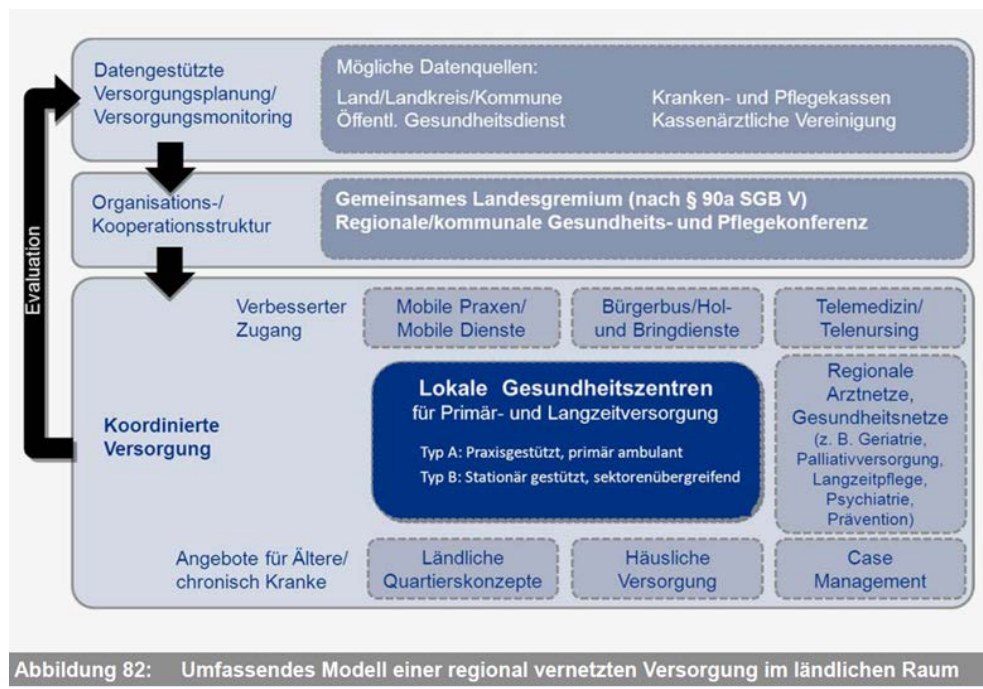


Abbildung 82: Umfassendes Modell einer regional vernetzten Versorgung im ländlichen Raum

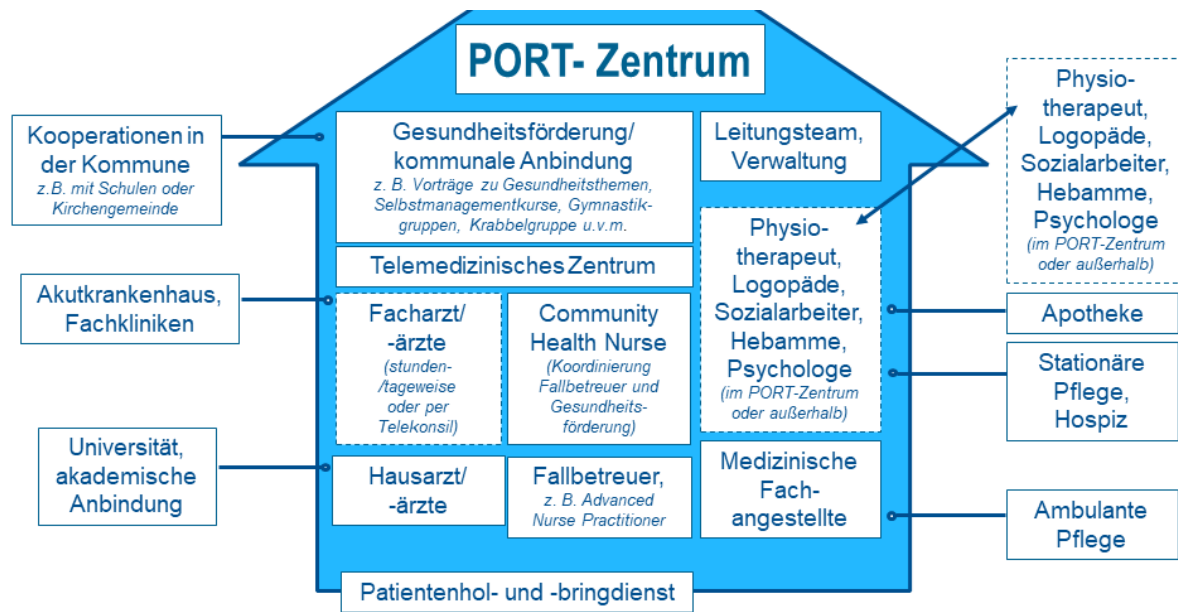
(GA 2014, RZ 554 – 558 und 708 bis 710 Seite 448 - 451 und 612 – 614)

Quelle: Eigene Darstellung

Abbildung 3: Umfassendes Modell einer regional vernetzten Gesundheitsversorgung im ländlichen Raum [5]

Die Robert Bosch Stiftung hat das Modell aufgegriffen und fördert seit Frühjahr 2017 bundesweit fünf Initiativen, die in den kommenden Jahren lokale Gesundheitszentren etablieren („Patientenorientierte Zentren zur Primär- und Langzeitversorgung (PORT)“, siehe Abbildung 4¹⁴). Die PORT-Gesundheitszentren sollen die umfassende Grundversorgung der Bevölkerung in einer Region gewährleisten und eine bessere Versorgung von chronisch kranken Menschen aus einer Hand ermöglichen [6]. Zwei dieser Projekte (PORT Calw und PORT Hohenstein) befinden sich in Baden-Württemberg; das PORT Hohenstein wird in der Modellregion im Landkreis Reutlingen umgesetzt. Neben dem Modell des SVR basiert das Konzept der Patientenorientierten Zentren für Primär- und Langzeitversorgung auf den in Kanada, den USA und in Skandinavien bereits in den sechziger und siebziger Jahren eingeführten „Community Health Centers“. Diese kommunalen Gesundheitszentren bieten eine gesundheitliche und pflegerische Basisversorgung, die an den lokalen Bedarf der Bevölkerung angepasst ist und häufig von dieser mitgeplant wird, z.B. in Form eines Lenkungsgremiums, in dem die Bürgerschaft vertreten ist („community board“). Gesundheitsförderung und Prävention in den Lebenswelten sowie die Vermittlung von Gesundheitskompetenzen („health literacy“) stellen einen wesentlichen Teil der Versorgung dar. Entsprechende Angebote werden häufig zielgruppenspezifisch durch die AkteurlInnen im Gesundheitszentrum entwickelt, nachdem eine persönliche Befragung der geplanten Zielgruppe erfolgt ist. Im Verlauf wird evaluiert, wie gut die Angebote angenommen werden und anhand der Rückmeldungen der Teilnehmenden erfolgt eine stetige Verbesserung oder auch die Schaffung neuer Angebote.

¹⁴ Siehe auch <http://www.bosch-stiftung.de/content/language1/html/59803.asp>



Quelle: Klapper, B. (2017). Zusammenarbeit für den Patienten – noch keine Selbstverständlichkeit. G+G Wissenschaft

Grundfunktion/-verbindung

Funktion nach Bedarf und Verfügbarkeit

Abbildung 4: Patientenorientierte Zentren für Primär- und Langzeitversorgung (PORT) der Robert Bosch Stiftung [6]

Anregungen für das PORT-Modell lieferten außerdem die in der kanadischen Provinz Ontario im Jahr 2005 eingeführten „Family Health Teams (FHT)“. Wie das SVR-Modell der lokalen Gesundheitszentren basieren FHT auf den Prinzipien des Patient-centered Medical Home (PCMH). Sie bestehen aus multiprofessionellen Teams von HausärztInnen, Pflegekräften, TherapeutInnen und SozialarbeiterInnen, die gemeinsam und unter einem Dach eine definierte Bevölkerung versorgen. „Das Kernteam eines FHT besteht aus mehreren Hausärzten (Family Physicians), einer auf Master-Niveau akademisch ausgebildeten Pflegekraft (Nurse Practitioner) und einer examinierten Pflegekraft (Registered Nurse). Neben diesen können noch weitere Professionen Bestandteil des Teams sein. Die genaue Zusammensetzung ist von Team zu Team unterschiedlich, da sie abgestimmt ist auf den jeweiligen Bedarf der regional zu versorgenden Population. Die Aufgaben in einem FHT reichen von präventiven und gesundheitsfördernden Tätigkeiten bis hin zur medizinischen Versorgung und können zum Teil eigenverantwortlich von den einzelnen Mitgliedern erbracht werden. Darunter fallen auch Aufgaben, die in Deutschland nur ÄrztInnen vorbehalten sind (z.B. Verordnung verschreibungspflichtiger Medikamente)“ [7].

Schaeffer et al. [8] analysierten unterschiedliche Modelle der Gesundheitsversorgung in Kanada und Finnland (u. a. FHT) und konstatierten, dass in diesen Ländern mehrdimensionale und multiprofessionelle Versorgungsmodelle etabliert wurden, die „wie von der WHO seit mehr als 30 Jahren postuliert wird [9] [10] - aus einem Kontinuum an unterschiedlichen, eng aufeinander abgestimmten und bedarfsgerecht abgestimmten Hilfen [bestehen], die eine hinreichend umfassende, lückenlose und integrierte Versorgung garantieren“ [8]. Die Autoren empfehlen folgende Strategien als Anregungen für die Gestaltung einer nachhaltigen und zukunftsfähigen Gesundheitsversorgung in Deutschland:

1. Stärkung der Primärversorgung

- Entwicklung multiprofessioneller Gesundheits-/Versorgungszentren mit Public Health-Bezug und Populationsorientierung
- Multiprofessionelle Teams (collaborative care) mit gemeinsamer Verantwortung und Aufgabenteilung

- Integration von Gesundheitsförderung, Prävention und Rehabilitation
 - Umfassende Versorgung, welche die gesamte Lebensspanne abdeckt (comprehensive care), ermöglicht „gelebte Anamnese“ und die Nutzer haben nur eine Anlaufstelle
2. Patientenzentrierung
 - Bürgerbeteiligung und Partizipation (Patient-centered care) als Leitmaxime, im Mittelpunkt steht der/die PatientIn, der/die Ausgangspunkt für alle Versorgungsprozesse ist
 - Information und Gesundheitskompetenz schaffen (health literacy) als Voraussetzung für informierte Entscheidungen, die von den professionellen AkteurInnen auch akzeptiert werden
 - Konsequente Ausrichtung/Anpassung der Gesundheitsleistungen an Bedarf und Bedürfnissen der BürgerInnen und Betroffenen, Mitwirkung und Mitbestimmung
 - „Community health assessment“, um lokalen Bedarf zu erheben
 3. Qualifizierung für alle Gesundheitsprofessionen
 - Teamarbeit, Patientenzentrierung und Aufgabenerweiterung erfordern andere Aus-/Fort-/Weiterbildung, medizinische Generalisten sind nötig
 - Attraktive Arbeitsbedingungen für den Nachwuchs in allen Gesundheitsberufen müssen geschaffen werden
 - Einführung einer konsekutiven dreistufigen Studiengangstruktur für Pflege und Therapieberufe (nurse practitioner), sowie von interprofessionellen Lernangeboten
 4. Sektorenübergreifende, integrierte Versorgung
 - Aufhebung der Trennung von Gesundheitsförderung und Prävention, Kuration, Rehabilitation, Pflege und Gesundheits- und sozialer Versorgung durch multiprofessionelle und umfassende Versorgung
 - Vertikale und horizontale Integration über Organisationen und Sektoren hinweg
 5. Regionale Organisation von Gesundheitsleistungen
 - Gemeinsam geteilte Werte (z.B. Patientenzentrierung)
 - Organisatorische Bündelung und Versorgung „aus einer Hand anbieten“ reduziert Schnittstellen, was sich in Deutschland aufgrund des sektorierten und korporatistisch organisierten Sozialversicherungssystem schwierig gestaltet
 6. Koordination und Steuerung der in einer Kommune angesiedelten Einrichtungen der Akut-/Reha-/Langzeitversorgung
 - Populationsorientierte Abstimmung von Leistungsprofilen
 - Fall- und Versorgungssteuerung (Case, Care und Disease Management)
 - Versorgungspfade
 7. Technische Unterstützung, Telemedizinnetzwerk¹⁵
 8. Datengestützte systematische partizipative Implementationsprozesse, capacity building

Das Gesundheitsleitbild Baden-Württemberg [11] wurde im Jahr 2014 gemeinsam von BürgerInnen sowie ExpertInnen des baden-württembergischen Gesundheitssystems erarbeitet. Zielsetzung des Gesundheitsleitbildes ist es, Orientierung für die zukünftige Gestaltung der Gesundheitsversorgung

¹⁵ Im Weiteren wird der Begriff „Telematik“ genutzt für die Beschreibung von Techniken zur Verknüpfung von Telekommunikation und Informatik. Die „Telemedizin“ wird dabei als ein Teilbereich der Telematik im Gesundheitswesen gesehen und beschreibt Diagnostik und Therapie unter Überbrückung einer räumlichen oder auch zeitlichen Distanz zwischen den Behandelnden.

im Land zu bieten. Für die Entwicklung sich abzeichnender Versorgungsprobleme kann es als Orientierung für die Entwicklung von Lösungsansätzen dienen. Wichtige Inhalte sind:

- Eine regionale, vernetzte und partizipative Weiterentwicklung und Umsetzung aller Schritte zur zukünftigen Ausgestaltung des Gesundheitssystems, wobei die BürgerInnen im Mittelpunkt stehen
- Zielgerichtete Weiterentwicklung der Gesundheitsförderung und Prävention durch stetige Vernetzung mit Kuration, Rehabilitation und Pflege sowie Förderung von Strukturen zur Stärkung von Lebenswelten, z.B. betriebliche Gesundheitsförderung und regionale Vernetzung, partizipativ ausgerichtet
- Datengestützte Gesundheitsförderung und Prävention (GBE, Gesundheitsatlas)
- Stärkung von Health Literacy
- Gute geografische Erreichbarkeit ambulanter und stationärer Grundversorgung
- Zentralisierung von Hochleistungsmedizin auf einzelne Standorte
- Bedarfsgerechte Verfügbarkeit ambulanter und stationärer Angebote (z.B. Sicherstellung der ärztlichen Versorgung auf dem Land, zielgruppenspezifische Pflege)
- Weiterentwicklung der Versorgungsstrukturen auf regionaler Ebene (Kreise, Kommunen)
- Förderung der Vernetzung der AkteurInnen (Pflege, Gesundheitsförderung, Prävention)
- Sektorenübergreifende Versorgungsstrukturen
- Sozialraumorientierung
- Anpassung von Qualifizierungsangeboten an z.B. sektorenübergreifende Versorgung, Anpassung an Belange besonderer Patientengruppen
- Ermöglichung einer möglichst selbstbestimmten Lebensführung
- Stärkung der ambulanten Pflege/Menschen sollen möglichst lange in ihrer häuslichen Umgebung gepflegt werden (breites Angebot von wohnortnahen und dezentralen Wohnformen schaffen)
- Die Bürger- und Patientenorientierung soll als wichtiges Qualitätsmerkmal eine große Rolle spielen. Zielgruppen- und bedarfsorientierte, auf wissenschaftlichen Erkenntnissen basierende Angebote versprechen den bestmöglichen gesundheitlichen Nutzen für jeden einzelnen Patienten und für die Bevölkerung insgesamt.

Vor dem Hintergrund der beschriebenen theoretischen Überlegungen war das Ziel des vorliegenden Modellprojekts die (datengestützte) Entwicklung eines sektoren- und kreisübergreifenden Versorgungskonzepts für die Modellregion unter Berücksichtigung der aktuellen Rechtslage. Dabei sollten die an der Versorgung beteiligten AkteurInnen sowie die BürgerInnen vor Ort einbezogen sowie das Aufgabenprofil des Öffentlichen Gesundheitsdienstes im Sinne von Public Health weiterentwickelt werden. Außerdem sollte die Übertragbarkeit des Ansatzes auf andere Regionen berücksichtigt werden, sowie aus den Ergebnissen in der Modellregion ggf. Parameter für eine sektorenübergreifende Planung im Land Baden-Württemberg abgeleitet werden können. Die Arbeitsschritte während der Projektphase und die Erfahrungen bei der Entwicklung des sektoren- und kreisübergreifenden Versorgungskonzepts sollten dabei als eine Art „Blaupause“ für andere Regionen dienen, als Unterstützung und „Fahrplan“ auf ihrem eigenen Weg hin zu einer sektorenübergreifenden Versorgung.

2. Methodik

Die Umsetzung des Modellprojekts erfolgte in drei aufeinander abgestimmten Teilprojekten (TP): Im ersten Teilprojekt (TP 1) wurde durch die Abteilung Allgemeinmedizin und Versorgungsforschung des Universitätsklinikums Heidelberg anhand quantitativer Analysen von Routinedaten der IST-Zustand der Gesundheitsversorgung sowie der Patientenströme für ganz Baden-Württemberg und für die Modellregion beschrieben und die Entwicklung des zukünftigen Versorgungsbedarfs eingeschätzt. Dabei wurden auch Daten an den Schnittstellen zur Pflege und der Gesundheitsförderung und Prävention einbezogen. Das zweite Teilprojekt hatte einen qualitativen Ansatz und beleuchtete die Versorgungssituation in der Modellregion mittels Arbeits- bzw. Fokusgruppen aus Sicht von GesundheitsakteurInnen (TP 2a, Institut für Allgemeinmedizin der Goethe-Universität Frankfurt) und Betroffenen bzw. BürgerInnen (TP 2b, Zentrum für Interdisziplinäre Risiko- und Innovationsforschung der Universität Stuttgart). Dabei wurden Versorgungsprobleme identifiziert und Optimierungsvorschläge erarbeitet, die als Bausteine für ein sektorenübergreifendes Versorgungskonzept dienen können. Methodisch wurden also quantitative und qualitative Datenerhebungen im Sinne eines mixed method-Ansatzes [12] kombiniert, um die Versorgungssituation aus unterschiedlichen Perspektiven möglichst vollständig zu erfassen (siehe Abbildung 5).

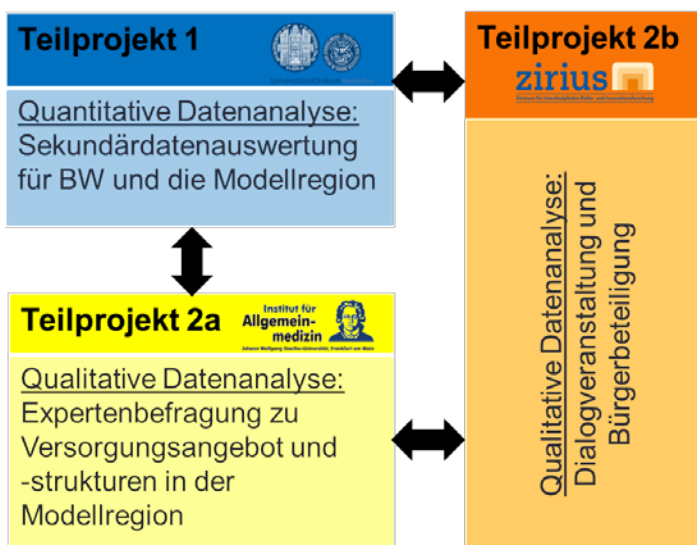


Abbildung 5: Methodischer Aufbau des Modellprojekts

Die Ergebnisse aus den drei Teilprojekten flossen gemeinsam in die Auswertung ein. Auf Basis der Projektergebnisse sowie einer Analyse der relevanten Literatur wurden Handlungsempfehlungen für die drei Landkreise und ein erster Entwurf für ein sektoren- und kreisübergreifendes Versorgungskonzept entwickelt, das sowohl den ambulanten und stationären Bereich besser miteinander verzahnt als auch die Bereiche Gesundheitsförderung, Prävention und Pflege mit einbezieht. Wichtige Bausteine des Konzepts wurden anschließend in einer Dialogveranstaltung der Öffentlichkeit vorgestellt und ihre Praxisrelevanz sowie Umsetzbarkeit mit BürgerInnen und GesundheitsakteurInnen diskutiert (siehe Abbildung 6). Anhand der Ergebnisse der Veranstaltung wurde der Konzeptentwurf

modifiziert (siehe Kapitel 4) und endgültige Empfehlungen für zukünftige Versorgungsstrukturen und ihre Implementierung abgeleitet.

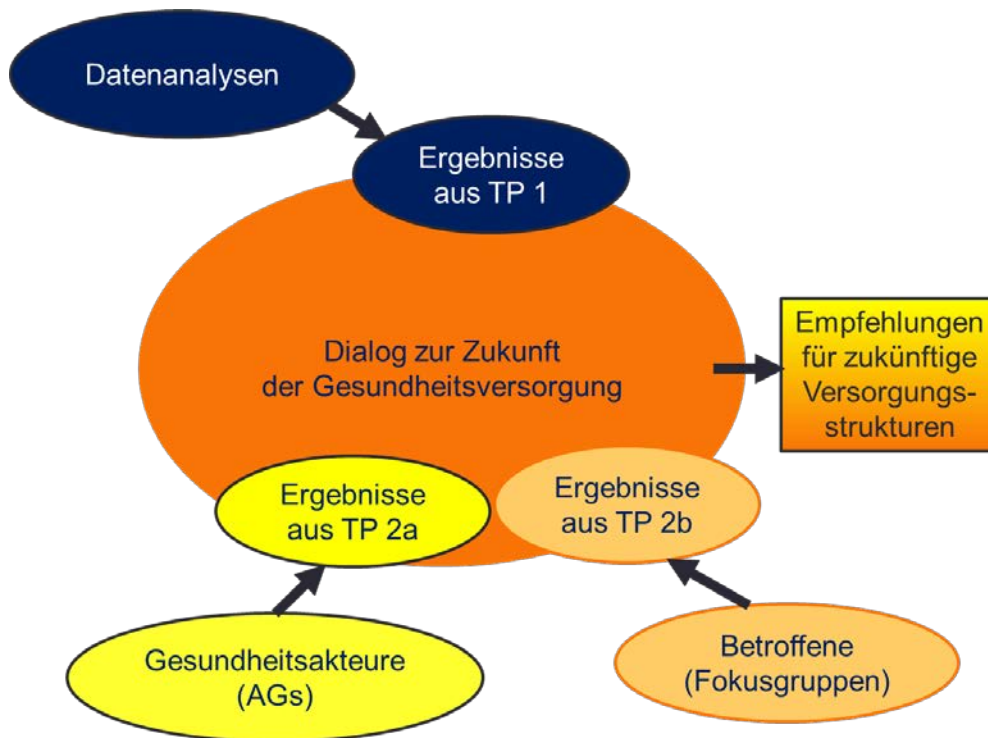


Abbildung 6: Triangulation der Ergebnisse aus den drei Teilprojekten als Basis für die Entwicklung eines zukünftigen Versorgungskonzepts

2.1. Projektsteuerung

Zur Steuerung des Projektes wurde eine landkreisübergreifende Koordinierungsgruppe (LÜK) gegründet, die sich regelmäßig in vier- bis sechswöchigen Abständen traf und aus ProjektkoordinatorInnen der Landkreise, VertreterInnen der Universitäten, des Landesgesundheitsamtes und des Ministeriums für Soziales und Integration bestand. Im Verlauf des Projektes fanden insgesamt 20 Treffen der LÜK statt; für jedes dieser Treffen wurden eine Agenda sowie ein Protokoll erstellt. Inhaltlich wurden projektrelevante Arbeitsschritte besprochen, z.B. das Vorgehen bei den Expertenarbeitsgruppen, die Planung der Bürgerbeteiligung sowie die zu analysierenden Daten.

Bei einmal pro Quartal stattfindenden Netzwerktreffen mit VertreterInnen des Ministeriums für Soziales und Integration wurde der jeweilige Projektstatus präsentiert und weitere Fragen und Vorgehensweisen abgestimmt. Die Vorbereitung der hierfür erforderlichen Unterlagen erfolgte jeweils durch die Universitäten in Abstimmung mit den Landkreisen, insbesondere mit dem regionalen Projektkoordinator. Die regionale Projektkoordination lag beim Landkreis Reutlingen.

2.2. Teilprojekt 1: Auswahl der Krankheitsbilder und Sekundärdatenanalyse zur Versorgungssituation in Baden-Württemberg und in der Modellregion

2.2.1. Auswahl der Krankheitsbilder

Eine der Hauptfragestellungen in Teilprojekt 1 ist die Frage nach der aktuellen Morbidität in Baden-Württemberg. Für eine effiziente Untersuchung dieser Fragestellung wurde die Fokussierung einzelner Krankheitsbilder als notwendig angesehen. Dementsprechend stehen die ausgewählten Krankheitsbilder nicht stellvertretend für den Gesundheitszustand der Bevölkerung in Baden-Württemberg. Sie sollen in erster Linie die Beantwortung der an Teilprojekt 1 gestellten Fragestellungen erlauben. Es wurde jedoch versucht, möglichst verschiedenartige Krankheitsbilder auszuwählen, die möglichst viele Lebensphasen bzw. Altersgruppen umfassen.



Abbildung 7: Ausgewählte Krankheitsbilder und Krankheitsgruppen für das Modellprojekt

Um die verschiedenen Anforderungen an die Krankheitsbilder zu berücksichtigen, wurden diese in einem mehrstufigen Prozess im Netzwerk erarbeitet.

Ziel des Auswahlprozesses war die Identifikation von fünf bis sieben Krankheitsbildern als Grundlage für die Bearbeitung der Projektfragestellungen und umfasste die folgenden Schritte:

- a) Formulierung von Auswahlkriterien
- b) Auswahl von Krankheitsbildern (lebensphasenunspezifische Auswahl)
- c) Auswahl eines Krankheitsbildes des Kindes- und Jugendalters

Zunächst wurden Auswahlkriterien formuliert. Die Auswahl eines kinder- und jugendspezifischen Krankheitsbildes ergab sich als Konsequenz aus der lebensphasenunspezifischen Auswahl von Krankheitsbildern, die meist erst im Erwachsenenalter auftreten (chronischer Kreuzschmerz, Demenz, De-

pression, Diabetes mellitus Typ 2, Kolonkarzinom und Schlaganfall) und die Betrachtung der Gesundheitsversorgung von Kindern und Jugendlichen im Modellprojekt unberücksichtigt gelassen hätten. Das Ergebnis des strukturierten Auswahlprozesses sind sieben Krankheitsbilder, die anschließend um drei Krankheitsgruppen ergänzt wurden (siehe Abbildung 1), um die Morbidität möglichst weiter Bevölkerungsteile zu erfassen, zusätzlich zur Fokussierung auf die ausgewählten Krankheitsbilder. Für die Krankheitsgruppen erfolgt die Bearbeitung aus methodischen Gründen für einzelne Fragestellungen, etwa bei der Analyse von Krankheitshäufigkeiten.

Für die Krankheitsbilder Diabetes mellitus Typ 1 und Anorexie wird die Versorgungssituation von Kindern (Diabetes mellitus Typ 1) und Jugendlichen/jungen Erwachsenen (Anorexie) analysiert.

2.2.1.1. Formulierung von Auswahlkriterien

Um sicherzustellen, dass die betrachteten Krankheitsbilder für die Beantwortung der Projektfragestellungen geeignet sind, wurden zu Beginn des Auswahlprozesses Kriterien definiert. Ausschlaggebend bei der Formulierung der Auswahlkriterien waren verschiedene Vorüberlegungen. Besonders wichtig war zum einen die sektorenübergreifende Perspektive des Modellprojektes. Das heißt, an der Behandlung der betroffenen PatientInnen sollten AkteurInnen aus der ambulanten und stationären Versorgung sowie aus der Pflege beteiligt sein. Zudem sollten die fünf bis sieben Krankheitsbilder ein weites Spektrum verschiedenartiger Krankheiten darstellen (Herz-Kreislaufkrankungen, Bösartige Neubildungen, psychische, neurologische und andere Erkrankungen), häufig in Baden-Württemberg auftreten, die dort lebenden Menschen in ihren verschiedenen Lebensphasen betreffen und durch Maßnahmen der Prävention und Gesundheitsförderung beeinflussbar sein. Außerdem sollte über die Auswahlkriterien gewährleistet werden, dass sich die Fragestellungen über eine Sekundärdatenanalyse in Teilprojekt 1 operationalisieren ließen.

Aus diesen Vorüberlegungen wurden Auswahlkriterien abgeleitet, im Folgenden als Muss-Kriterien bezeichnet, da sie für jedes Krankheitsbild, das für die Betrachtung im Modellprojekt ausgewählt wird, zutreffen müssen. Sie werden nachfolgend vorgestellt und erläutert (siehe Tabelle 1).

Tabelle 1: "Muss-Kriterien" bei der Auswahl der Krankheitsbilder

Auswahlkriterien („Muss-Kriterien“)
<u>Kriterium 1</u> : Es bestehen Nationale Versorgungsleitlinien (NVL) oder Leitlinien der Entwicklungsstufe S3 für das Krankheitsbild.
<u>Kriterium 2</u> : Das Krankheitsbild hat eine hohe Relevanz für die Morbidität der Bevölkerung in Baden-Württemberg.
<u>Kriterium 3</u> : Es sind Morbiditätsdaten aus verschiedenen Datenquellen zum Krankheitsbild vorhanden.
<u>Kriterium 4</u> : Daten zum Krankheitsbild sind mindestens auf Ebene der Land- und Stadtkreise vorhanden.

Kriterium 1: Dieses Kriterium leitet sich vor allem von der Operationalisierung der Projektfragestellungen ab. Um Aussagen über die Qualität der Gesundheitsversorgung treffen zu können, ist eine Referenz notwendig. Eine solche Referenz – unter Berücksichtigung von Einschränkungen – können Leitlinien sein. Sie werden mit dem vorrangigen Ziel entwickelt, die optimale Qualität der Gesund-

heitsversorgung zu definieren. S3-Leitlinien stellen die höchste Entwicklungsstufe von Leitlinien in Deutschland dar und bedeuten, dass Empfehlungen sowohl auf wissenschaftlicher Evidenz als auch auf dem Konsens einer repräsentativen Expertengruppe beruhen. Nationale Versorgungsleitlinien sind ebenfalls S3-Leitlinien und haben darüber hinaus das Ziel, versorgungsbereichsübergreifende Empfehlungen zu geben. Für Teilprojekt 2 ist das Vorhandensein einer qualitativ hochwertigen Leitlinie zu Krankheitsbildern außerdem notwendig für die Erstellung von Versorgungs- und Patientenpfaden.

Kriterium 2: Das Kriterium der Relevanz setzt sich aus verschiedenen Komponenten zusammen. Aufgrund ihrer hohen Verbreitung und gesundheitsökonomischen Relevanz in Industriestaaten wie Deutschland sollte es sich bei den betrachteten Krankheitsbildern um überwiegend chronische Erkrankungen handeln. Für die Betroffenen sind derartige Krankheiten mit teils schweren gesundheitlichen Folgen verbunden, die oft eine dauerhafte Einschränkung der Lebensqualität und eine höhere Sterblichkeit bedeuten. Relevant heißt im Kontext der Krankheitsbilderauswahl für das Modellprojekt außerdem, dass an der Versorgung von Betroffenen AkteurInnen verschiedener Sektoren sowie Versorgungsbereiche (z.B. allgemeinmedizinische Versorgung, Pflege, medizinische Akutversorgung, Rehabilitation, Palliativversorgung) beteiligt sind und Maßnahmen der Gesundheitsförderung und Prävention Krankheitshäufigkeiten und -verläufe beeinflussen können.

Kriterium 3: Eine der Hauptfragestellungen in Teilprojekt 1 ist die Häufigkeit der ausgewählten Krankheiten in Baden-Württemberg. Zur Beantwortung der Frage sollen Sekundärdaten, d. h. bereits erhobene Daten, herangezogen werden können. Da ein weiteres Projektziel die kleinräumige Analyse von Krankheitshäufigkeiten auf Ebene der Landkreise und kreisfreien Städte war, sollten Routinedaten als Berechnungsbasis dienen. Routinedaten entstehen primär durch die alltägliche Gesundheitsversorgung und sind nicht für wissenschaftliche Zwecke erhoben worden. Sie bieten den Vorteil, dass ein großes Analysekollektiv zur Verfügung steht, z.B. das Gesamtkollektiv einer Krankenkasse, wodurch kleinräumige Analysen möglich sind. Für eine bessere Abschätzung von Verzerrungen in der verwendeten Datenquelle sollten weitere Datenquellen oder Auswertungen herangezogen werden können (z.B. Krankheitsregister oder Surveydaten).

Kriterium 4: Wie bereits erwähnt ist ein weiteres Projektziel die kleinräumige Darstellung der Gesundheitsversorgung in Baden-Württemberg. Zudem werden in Teilprojekt 1 zusätzliche Auswertungen für die Landkreise der Modellregion erstellt. Die herangezogenen Sekundärdaten sollten sich demnach für Analysen mindestens auf Ebene der Stadt- und Landkreise eignen bzw. für die ausgewählten Krankheitsbilder auf dieser Ebene vorliegen.

2.2.1.2. Auswahl von Krankheitsbildern (lebensphasenunspezifische Auswahl)

Erarbeitung einer ersten Vorauswahl

Im ersten Schritt wurde in einem strukturierten Prozess eine Vorauswahl erarbeitet, die in einem zweiten Schritt vom Netzwerk diskutiert werden sollte. Zunächst wurde eine umfassende Liste von Krankheitsbildern anderer Morbiditätsstudien und administrativer Listen der gesetzlichen Krankenversicherung erstellt.

Tabelle 2: Quellen bei der Zusammenstellung einer Ausgangsliste von Krankheitsbildern

Quellen von Krankheitsbildern für die Zusammenstellung der Ausgangsliste
Bundesversicherungsamt (2015). Bekanntgabe der für das Ausgleichsjahr 2016 zu berücksichtigenden Krankheiten und Diagnosen nach § 31 Abs. 2 RSAV, 15.04.2015.
Bauer et al. (2013). Übergangszeiten und –raten von stationär nach ambulant in der Versorgung psychisch kranker Menschen in Baden-Württemberg. <i>Psychiat Prax</i> , 41, pp. 439–444.
Projektbeschreibung – Teilprojekt 1: Ist-Analyse und Prognose der Morbidität in Baden-Württemberg und in den drei ausgewählten Landkreisen.
Laux et al. (2015). Hausarztzentrierte Versorgung in Baden-Württemberg - Ergebnisse einer qualitativen und querschnittlich quantitativen Evaluation. <i>Bundesgesundheitsbl</i> , 58, pp. 398–407.
Freund et al.(2014). Krankenhausfälle für ambulant behandelbare Erkrankungen in Deutschland. <i>Z. Evid.Fortbild.Qual.Gesundh.wesen</i> ,108, pp. 251-257.
DEGS1 (Gesundheit Erwachsener in Deutschland) – Studie des Robert Koch-Instituts.
GEDA 2012 (Gesundheit in Deutschland aktuell) – Studie des Robert Koch-Instituts.
KiGGS Welle 1 (2009-2012) (Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland) – Studie des Robert Koch-Instituts.
Bundesministerium für Gesundheit (2015). Internetquelle: http://www.bmg.bund.de/themen/krankenversicherung/zusatzleistungen-wahltarife/integrierte-versorgung.html .
IGES (2014). Neurologische und psychiatrische Versorgung aus sektorenübergreifender Perspektive – Studienbericht.
Sundmacher, Schüttig, Faisst (2015). Krankenhausaufenthalte infolge ambulant-sensitiver Diagnosen in Deutschland - Endbericht, München.
Nationale Versorgungsleitlinien: http://www.leitlinien.de/nvl/

Aufgrund dieser teils umfangreichen und verschiedenen Quellen (siehe Tabelle 2) enthielt die Ausgangsliste unterschiedliche Definitionssysteme und -ebenen von Krankheitsbildern. Insgesamt ergab sich eine Ausgangsliste von 122 Positionen, die mit jedem weiteren Schritt reduziert und strukturiert wurde. Zunächst wurde die Ausgangsliste durch Anwendung des Kriterium 1 reduziert auf Positionen, denen mindestens eine S3-Leitlinie oder NVL zugeordnet werden konnte. Dabei wurden einer Positi-

on auch mehrere Leitlinien zugeordnet. Anschließend wurde Kriterium 2 auf die verbliebenen Positionen angewendet, indem die verbliebenen Positionen in mindestens einer der folgenden vier Quellen benannt sein mussten:

(a) Sterbefälle in Baden-Württemberg im Jahr 2014 nach ausgewählten Todesursachen, Statistisches Landesamt Baden-Württemberg.

(b) Gesundheitsberichterstattung des Bundes (2015): Gesundheit in Deutschland, Statistisches Bundesamt und Robert Koch-Institut.

(c) Peters et al. (2010): Demografischer Wandel und Krankheitshäufigkeiten.

(d) Direkte medizinische Krankheitskosten ausgewählter Krankheiten 2008 in Deutschland, Statistisches Bundesamt.

Die verbliebenen 35 Positionen ließen sich aufgrund der reduzierten Anzahl nun einfacher auf Dubletten und Redundanzen überprüfen und wurden durch diesen Arbeitsschritt auf 15 Krankheitsbilder und –gruppen verringert (siehe Abbildung 8). Diese stellten schließlich eine erste Vorauswahl für das Netzwerk da.

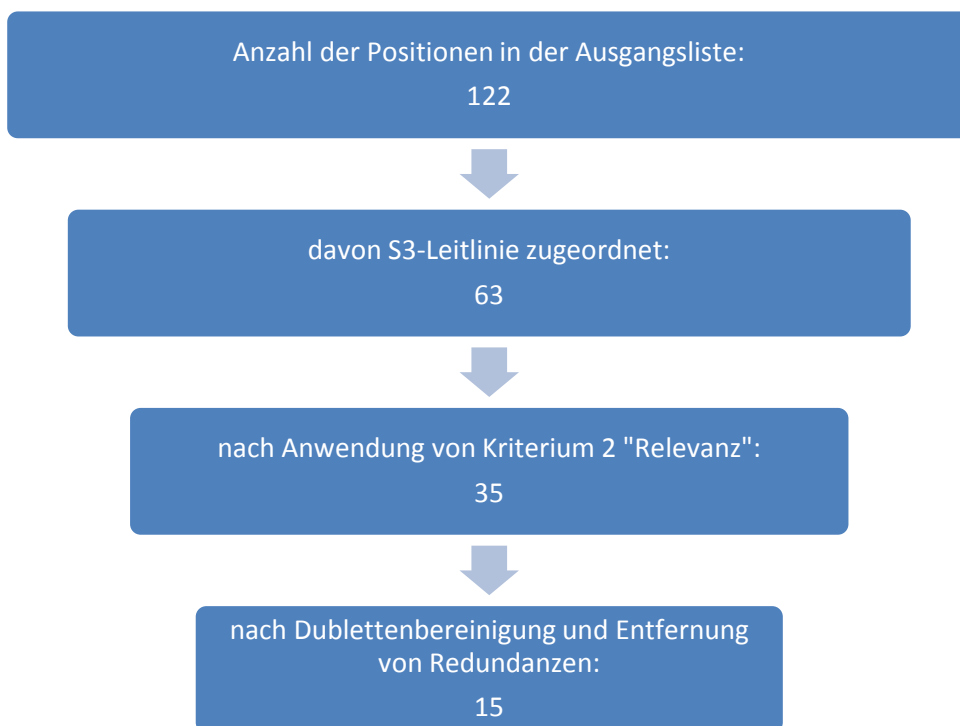


Abbildung 8: Erarbeitung einer Vorauswahl von Krankheitsbildern

Netzwerkrückmeldungen und Auswahl

Im nächsten Schritt konnte die Vorauswahl durch das Netzwerk beim zweiten Netzwerktreffen am 14.01.2016 auf zwölf Krankheitsbilder und –gruppen reduziert werden. Ausgeschlossen wurden Osteoporose, Schilddrüsenerkrankungen und Heuschnupfen (siehe Abbildung 9). Angesichts der notwendigen Reduktion der Krankheitsbilder auf maximal sieben, erschienen Erkrankungen wie z.B. Darmkrebs, Demenz, Diabetes mellitus Typ 2, Schlaganfall, Koronare Herzkrankheit (KHK), COPD, chronischer Schmerz und Depression besser geeignet für die Beantwortung der Projektfragestellungen.

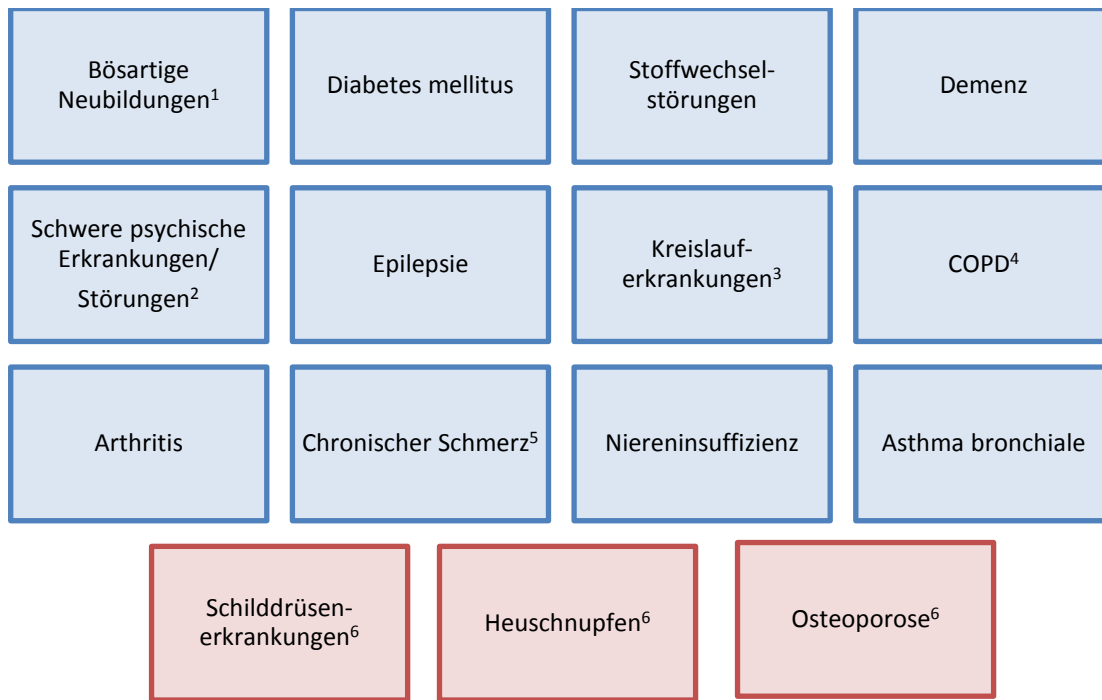


Abbildung 9: Durch Netzwerk überarbeitete Vorauswahl von Krankheitsbildern und -gruppen

¹ Gemeint sind bösartige Neubildungen der Verdauungsorgane, Atmungsorgane, Knochen, Haut, Brustdrüse und Leukämien.

² Gemeint sind folgende Erkrankungen: Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol oder Opioide, Angststörung, Schizophrenie, Depression, Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen.

³ Gemeint sind folgende Erkrankungen: Koronare Herzkrankheit (KHK), Schlaganfall, Herzinfarkt, Hypertonie, Ischämische Herzkrankheit.

⁴ COPD: Chronisch obstruktive Lungenerkrankung.

⁵ Gemeint ist chronischer Schmerz, der nicht durch bösartige Neubildungen verursacht wird.

⁶ Rot markierte Krankheitsbilder wurden beim zweiten Netzwerktreffen am 14.01.2016 für den weiteren Auswahlprozess ausgeschlossen.

Ein erster Konsens wurde bezüglich der zu betrachtenden Krankheitsgruppen getroffen, die durch mindestens ein Krankheitsbild vertreten sein sollten und zu denen Häufigkeitsauswertungen in Teilprojekt 1 zusätzlich zu den Krankheitsbildern erstellt werden (Bösartige Neubildungen, Kreislauferkrankungen sowie psychische und Verhaltensstörungen). Für die übrigen zwölf Positionen wurde nun geprüft, inwiefern die Muss-Kriterien 3 (Datenverfügbarkeit aus verschiedenen Quellen) und 4 (Daten auf kleinräumiger Ebene) zutreffen. Über Routinedaten der Gesetzlichen Krankenkassen, kassenärztlichen Vereinigung Baden-Württemberg und der Krankenhausstatistik des Statistischen Landesamtes Baden-Württemberg lassen sich Häufigkeiten zu den Krankheitsbildern kleinräumig schätzen. Zu einzelnen existieren zudem auf Landesebene Krankheitsregister (z.B. Epidemiologisches Krebsregister Baden-Württemberg, Schlaganfallregister/Geschäftsstelle Qualitätssicherung im Krankenhaus (GeQIK), Diabetesregister Tübingen – für Diabetes mellitus im Kindesalter). Die übrigen zwölf Krankheitsbilder schienen nach dem bisherigen Vorgehen alle Muss-Kriterien gleichermaßen zu erfüllen. Auf der Grundlage weiterer Recherchen zu Morbiditätskennzahlen und gründlicher Sichtung von S3-Leitlinien konnte die Liste der verbliebenen zwölf Krankheitsbilder auf die folgenden sechs reduziert

bzw. konkretisiert werden: (chronischer) Rückenschmerz, Demenz, Depression, Diabetes mellitus Typ 2, Kolonkarzinom und Schlaganfall. Die Erläuterung zur Auswahl der Krankheitsbilder des Kinder- und Jugendalters erfolgt im nachfolgenden Abschnitt 2.2.1.3.

Im Einzelnen stehen folgende Überlegungen hinter der Festlegung:

- Die ursprüngliche Position „Chronischer Schmerz“ wurde aufgrund des Leitlinienkriteriums umgeändert in (Chronischer) Kreuzschmerz, da nur für diese Form chronischer Schmerzen eine S3-Leitlinie existiert. Rückenschmerzen zählen zu den am häufigsten genannten Schmerzen [13]. Im Rahmen des RKI-Surveys „GEDA - Gesundheit in Deutschland aktuell“ im Jahr 2009 gaben circa 21% der Befragten an in den letzten 12 Monaten unter chronischen Rückenschmerzen gelitten zu haben [14]. Unter den häufigsten Diagnosen für Arbeitsunfähigkeit bzw. Fehltag bei Versicherten der Techniker Krankenkasse waren Rückenschmerzen im Jahr 2013 die dritthäufigste Diagnose [15].
- Bei der Festlegung auf Darmkrebs waren folgende Überlegungen ausschlaggebend: Um möglichst verschiedene Krankheitsbilder zu betrachten, sollte maximal ein Krankheitsbild der bösartigen Neubildungen ausgewählt werden. Sowohl unter den Männern als auch unter den Frauen weist Darmkrebs nach Prostata- (bei Männern) und Brustkrebs (bei Frauen) die höchste Zahl der Neuerkrankungen im Jahr 2013 in Baden-Württemberg mit 6.462 neuen Betroffenen (Frauen: 2.813; Männer: 3.649) (Angaben des Epidemiologischen Krebsregisters Baden-Württemberg, 2016) auf. Um der Anforderung gerecht zu werden, die Gesundheit möglichst vieler Bevölkerungsgruppen (in diesem Fall Männer und Frauen) darzustellen, wurde entschieden, Darmkrebs in das Modellprojekt aufzunehmen. Des Weiteren ist Darmkrebs auch exemplarisch für die Behandlung bzw. den Umgang mit anderen Tumorformen zu sehen. Das heißt hier findet Prävention, ambulante und stationäre Behandlung, Palliation, Rehabilitation, Pflege und Gesundheitsförderung statt. Damit werden die gleichen Wege durch das Gesundheitssystem durchlaufen wie bei anderen Tumorformen und es ist eine sektorenübergreifende Versorgung notwendig.
- Ähnliche Überlegungen waren relevant bei der Auswahl des Schlaganfalls als Krankheitsbild aus der Gruppe der Herzkreislauferkrankungen. Auch hier durchlaufen Patienten verschiedene Versorgungsbereiche (z.B. Prävention, Notfallversorgung, stationäre und ambulante Versorgung, Rehabilitation und Pflege). Eine sektorenübergreifende Versorgung ist auch hier notwendig. Zudem ist der Schlaganfall eine der Hauptursachen bleibender Behinderung im Erwachsenenalter und nach KHK die zweithäufigste Todesursache in Deutschland. Im Jahr 2013 starben in Baden-Württemberg 7.129 [16] Menschen an einer zerebrovaskulären Erkrankung, von denen der Schlaganfall die bedeutendste ist. Die absolute Zahl der Menschen mit Schlaganfall hat zugenommen, vor allem durch die Alterung der Gesellschaft [17]. Für das Jahr 2014 zählte das Statistische Landesamt Baden-Württemberg 41.483 Behandlungsfälle mit der Diagnose „Zerebrovaskuläre Krankheit“ (ICD-10 I60 – I69) in baden-württembergischen Krankenhäusern [18]. Zudem existiert ein Schlaganfallregister.
- Für die Festlegung auf das Krankheitsbild Demenz war ausschlaggebend, dass aufgrund der Alterung der Gesellschaft mit einer deutlichen Zunahme der Häufigkeit gerechnet wird. In Abhängigkeit der Prognosetechnik und der zugrunde gelegten Annahmen wird die Zunahme von 1 Million Fälle in Deutschland heute auf circa 1,5 bis 3,5 Millionen geschätzt. Der schlei-

chende Verlust der Selbstständigkeit bei Menschen mit Demenz ist zudem mit einem hohen Pflegebedarf verbunden, der oft von Angehörigen geleistet wird. Für pflegende Angehörige birgt diese Pflegeunterstützung Risiken für die eigene Gesundheit, woraus sich zusätzlicher Bedarf an Unterstützungsangeboten für pflegende Angehörige ergibt [19].

- Nach Einschätzungen der Weltgesundheitsorganisation (WHO) gelten Depressionen, unter Berücksichtigung von Häufigkeit, Dauer, Schwere sowie damit verbundenen Behinderungen, zu der meist belastenden Erkrankungsform für die Gesellschaft. Im hausärztlichen Sektor stellen Depressionen die häufigsten psychischen Störungen dar. Laut GEDA-Studie 2012 des Robert Koch-Instituts litten im Jahr 2012 schätzungsweise 6,4% [20] der erwachsenen Bevölkerung in Baden-Württemberg an einer Depression. Menschen mit Depression leiden zudem häufig an weiteren Erkrankungen. Im Bundesgesundheitsurvey wurde bei 60% der Befragten Personen mit einer depressiven Episode und bei 80% mit einer Dysthymie eine weitere psychische Erkrankung festgestellt [21]. Die Bertelsmann Stiftung stellte in ihrem Faktencheck Depression¹⁶ u.a. in Baden-Württemberg regionale Unterschiede in der Versorgung von Patienten mit Depressionen fest, z.B. in der leitlinienorientierten Therapie und der Versorgungsangebotsdichte im ambulanten und stationären Bereich.
- Diabetes mellitus Typ 2 ist eine häufige chronische Stoffwechselerkrankung, die zu einer erhöhten Sterblichkeit und schwerwiegenden Folgeerkrankungen (z.B. Herzinfarkt, Schlaganfall und Nierenfunktionsstörungen) führen kann, die u.a. mit Erblindung, Fußamputationen und Dialysepflicht verbunden sein können. Für das Jahr 2010 wurde in Deutschland eine Prävalenz des Diabetes mellitus Typ 2 von 7,1% festgestellt [22]. Durch eine angemessene gesundheitliche Versorgung von Menschen mit Diabetes mellitus können schwerwiegende Verläufe teilweise verhindert werden. Interdisziplinär gut vernetzte Versorgungsstrukturen und Präventionsmaßnahmen können hierzu einen Beitrag leisten.

2.2.1.3. Auswahl eines Krankheitsbildes des Kindes- und Jugendalters

Da die betrachteten Krankheitsbilder im Modellprojekt für möglichst viele Altersgruppen relevant sein sollten, wurde in einem separaten Schritt ein Krankheitsbild des Kindes- und Jugendalters ermittelt. Eine wichtige Quelle zur wissenschaftlichen Erfassung der Gesundheitssituation in Deutschland stellt das Gesundheitsmonitoring des Robert Koch-Instituts (RKI) dar. In diesem Rahmen untersucht das RKI in der Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland (KiGGS) folgende chronische Krankheitsbilder[23]:

- Allergische:
 - Heuschnupfen/allergischer Schnupfen/allergische Bindehautentzündung
 - Neurodermitis/atopische Dermatitis/endogenes Ekzem
 - Asthma bronchiale
 - Insektenstichallergie
 - allergisches Kontaktekzem

¹⁶ <https://www.bertelsmann-stiftung.de/de/publikationen/publikation/did/faktencheck-depression/> [letzter Zugriff am 27.04.18]

- Somatische:
 - Epileptische Anfälle
 - Fieberkrämpfe
 - Diabetes
 - Wirbelsäulenverkrümmung (Skoliose)
 - Migräne
 - Herzkrankheiten
- Psychische:
 - Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS)
 - Essstörungen

Kriterium 1: Sucht man für die oben genannten Krankheitsbilder nach aktuellen S3-Leitlinien und NVL, die sich explizit auf das Krankheitsbild und dessen Auftreten im Kindes- und Jugendalter beziehen, reduziert sich die oben genannte Auswahl der Krankheitsbilder auf die Krankheitsbilder in Tabelle 3.

Tabelle 3: Krankheitsbilder nach Überprüfung von Auswahlkriterium 1

Krankheitsbild	S3-Leitlinie	Gültigkeit
Heuschnupfen	Allergieprävention	Stand: 31.07.2014, gültig bis 31.07.2019
Neurodermitis/atopische Dermatitis		
Epileptische Anfälle	Blitz-Nick-Salaam Epilepsie (West-Syndrom): Therapie	Stand: 31.10.2014, gültig bis 30.10.2019
Diabetes mellitus	Diagnostik, Therapie und Verlaufskontrolle des Diabetes mellitus im Kindes- und Jugendalter	Stand: 23.10.2015, gültig bis 22.10.2020
Asthma bronchiale	Nationale Versorgungsleitlinie Asthma	Stand: 01.07.2011 (in Überarbeitung), gültig bis 31.12.2014
Essstörungen	Essstörungen, Diagnostik und Therapie	Stand: 12.12.2010 (in Überarbeitung), gültig bis 12.12.2015
Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitäts-Störung (ADHS)	ADHS bei Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen	Anmeldedatum: 01.01.2012, geplante Fertigstellung: 30.06.2016

Einzelne der oben aufgeführten Leitlinien sind in ihrer Nutzbarkeit gegenüber anderen eingeschränkter oder zum Teil noch gar nicht vorhanden. So bezieht sich die Leitlinie „Blitz-Nick-Salaam Epilepsie (West-Syndrom): Therapie“ auf eine spezielle Form der Epilepsie und laut Angabe der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e.V. (AWMF) zielt diese Leitlinie

nie nur auf die Gesundheit von Säuglingen. Kinder und Jugendliche sind über eine solche Leitlinie nicht ausreichend repräsentiert. Für die Krankheitsbilder Heuschnupfen und Neurodermitis/atopische Dermatitis bezieht sich die Leitlinie auf die Prävention dieser Krankheitsbilder, während die Leitlinien der übrigen Krankheitsbilder umfassendere Empfehlungen beinhalten. Die ADHS-Leitlinie war zum Zeitpunkt der Krankheitsbildauswahl für das Modellprojekt Leitlinienvorhaben und lag zu dem Zeitpunkt nicht vor. Berücksichtigte man diese Limitationen, so blieb die Wahl zwischen *Diabetes mellitus, Asthma bronchiale oder Essstörungen*.

Kriterium 2: Mit Blick auf die verbliebenen drei Krankheitsbilder *Diabetes mellitus, Asthma bronchiale und Essstörungen* liegt laut den Ergebnissen der KiGGS Welle 1 (2009-2012) die Lebenszeitprävalenz eines Diabetes mellitus bei 7- bis 17-Jährigen in Deutschland bei 0,2% [24], unter den 0- bis 17-Jährigen wurde eine Lebenszeitprävalenz des Asthma bronchiale von 6,3% gemessen [25]. Ein Verdacht auf eine Essstörung wurde in der KiGGS Basiserhebung (2003-2006) bei 21,9% der 11- bis 17-Jährigen festgestellt. Dieser steigt innerhalb dieser Altersspanne mit zunehmendem Alter bei Mädchen und sinkt bei Jungen [26]. Generell ist der Vergleich von Häufigkeitsschätzungen vielen Limitationen unterworfen. Z.B. ist von einer Überschätzung der Häufigkeit von Essstörungen in der KiGGS-Studie durch das Erhebungsdesign auszugehen. Dennoch lässt sich feststellen, dass Diabetes mellitus im Kindes- und Jugendalter deutlich seltener auftritt als Asthma bronchiale und Essstörungen. Doch die Häufigkeit des Diabetes mellitus nimmt seit Jahrzehnten zu. Das Diabetes-Inzidenzregister Baden-Württemberg beobachtete zwischen 1987 und 2006 eine Zunahme der Diabetes mellitus Typ 1 Neuerkrankungen von 4,4% bei Kindern im Alter zwischen 0 bis 14 Jahren [27]. Neben der zunehmenden Häufigkeit des Diabetes mellitus im Kindes- und Jugendalter müssen auch zahlreiche und gravierende Spätfolgen wie Nierenfunktionsstörungen, Erblindung und Fußamputationen mitbedacht werden. Die aktuelle Häufigkeitsentwicklung des Asthma bronchiale in Deutschland ist nicht eindeutig. Es gibt Hinweise für eine Stagnation bis leichten Anstieg der Häufigkeit. Während der Diabetes mellitus in vielen Fällen mit einer dauerhaften Behandlung mit Insulin oder Medikamenten einhergeht, bilden sich die Symptome des Asthma bronchiale bei circa der Hälfte der betroffenen Kinder im Jugendalter wieder zurück [28]. Zu den Essstörungen zählen hauptsächlich Anorexia nervosa bzw. Magersucht, Bulimia nervosa bzw. Ess-/Brechsucht, Binge-Eating-Störung bzw. Episoden von „Fressanfällen“ ohne gewichtsregulierende Gegensteuerung und mit einem Anteil von 60% unter den Essstörungen nicht näher bezeichnete Essstörungen [29]. Bei den Essstörungen ging die Zahl der vollstationär behandelten Fälle mit Bulimie in Deutschland zurück, gleichzeitig stieg die Zahl der Anorexia nervosa-Fälle. Bei der Anorexia nervosa wurde unter den psychischen Erkrankungen eine der höchsten Mortalitätsraten beobachtet [30]. Bei letzterem Krankheitsbild wird in der S3-Leitlinie Essstörungen zudem eine besondere Notwendigkeit sektorenübergreifender Versorgung für eine erfolgreiche Behandlung gesehen.¹⁷

Kriterien 3 und 4: Für Diabetes mellitus Typ 1 und 2 im Kindes- und Jugendalter existiert in Baden-Württemberg ein Inzidenzregister, das an der Uniklinik Tübingen angesiedelt ist. Weitere Datenquellen für Diabetes mellitus, Asthma bronchiale und Essstörungen sind die KiGGS-Studie des RKI und Routinedaten der Leistungserbringer (z.B. Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg, Fallpauschalenbezogene Krankenhausstatistik des Statistischen Landesamtes Baden-Württemberg) und Kostenträger (z.B. gesetzliche und private Krankenkassen). Baden-Württembergische Krankheitsregister

¹⁷ Vgl. http://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/051-026l_S3_Diagnostik_Therapie_Esstörungen_2010-abgelaufen.pdf [letzter Zugriff am 27.04.18]

zu Essstörungen und Asthma bronchiale wurden nicht gefunden. Mit den oben genannten Datenquellen bis auf die KiGGS-Studie ist die Abbildung von Häufigkeiten mindestens auf Ebene der Landkreise und kreisfreien Städte möglich.

Unter Abwägung der Auswahlkriterien schiene Anorexia nervosa und Diabetes mellitus Typ 1 am besten geeignet für die Betrachtung im Modellprojekt. Diabetes mellitus Typ 2 wurde bereits im ersten Auswahlschritt ausgewählt. Eine separate Betrachtung des Diabetes mellitus Typ 1 für die Gruppe der Kinder und Jugendlichen erlaubte die Hinzunahme eines weiteren kinder- und jugendspezifischen Krankheitsbildes. Um neben einem primär als somatisch geltenden Krankheitsbild eine psychische Erkrankung betrachten zu können, bot sich das Krankheitsbild Anorexia nervosa am besten an. Mit dieser Auswahl werden Krankheitsbilder untersucht, die vor allem für Kinder aufgrund ihrer Häufigkeitszunahme (Diabetes mellitus) immer relevanter werden und für die Gruppe der Jugendlichen und jungen Erwachsenen (Anorexia nervosa) aufgrund ihres gehäuften Neuauftretens in dieser Lebensphase bedeutsam sind.

2.2.2. Fragenkatalog

In einem ersten Schritt wurde mit den Netzwerkpartnern ein Fragenkatalog für Teilprojekt 1 erarbeitet. Ausgangsbasis hierzu waren die im Vorfeld formulierten Hauptfragestellungen in Teilprojekt 1:

1. Wie ist die Morbidität in Baden-Württemberg 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? (etwa in Bezug auf die Delegation von Aufgaben oder Anforderungen an die intersektorale Kommunikation)

Der Fragenkatalog in Tabelle 4 bietet eine erste Übersicht zu den Themen, die in Teilprojekt 1 bearbeitet wurden und sich im Ergebnisteil wiederfinden. Zudem bildeten sie eine Grundlage für die Erarbeitung des Indikatoren-Basissets.

Tabelle 4: Fragenkatalog Teilprojekt 1 untergliedert nach Hauptfragestellungen

<p>1. Wie ist die Morbidität in Baden-Württemberg aktuell und in Zukunft?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Wie stellt sich die Morbidität großer Erkrankungsgruppen dar? • Wie ist der aktuelle Gesundheitszustand der Bevölkerung in Baden-Württemberg? • Wie wird sich der Gesundheitszustand der Bevölkerung in Baden-Württemberg entwickeln? • Gibt es Unterschiede in der Morbidität zwischen städtischen und ländlichen Regionen?
<p>2. Wie wirkt sich die Morbiditätsentwicklung auf die Planung der Versorgung aus?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Wie stellt sich der Weg von PatientInnen durch das Versorgungssystem dar? • Wie sind ambulante und (teil-)stationäre Angebote vernetzt mit der Pflege und Prävention & Gesundheitsförderung? • Wie verlaufen Patientenströme zwischen verschiedenen Regionen bei der Inanspruchnahme des Gesundheitssystems?
<p>3. Welche Konsequenzen sind damit für die Gestaltung von Versorgungsangeboten verbunden?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Welche Versorgungsstrukturen bestehen momentan? • Sind die derzeitigen Versorgungsstrukturen ausreichend für die zukünftige Morbidität? • Wie müssten Versorgungsstrukturen angepasst oder verändert werden, um den zukünftigen Versorgungsbedarf zu decken? • Welche Schwierigkeiten gibt es derzeit bei der Leistungsfähigkeit des Gesundheitssystems und welche sind zukünftig zu erwarten? • Wo gibt es Potenziale für die Veränderung des Versorgungsbedarfs insbesondere durch den Einsatz von Telemedizin?

2.2.3. Entwicklung eines Indikatoren-Basissets

2.2.3.1. Frameworkentwicklung

Ziel des Teilprojektes 1 ist die Analyse der gegenwärtigen und Projektion der zukünftigen Versorgungssituation und Morbidität in Baden-Württemberg und in drei ausgewählten Landkreisen. Dies geschieht in erster Linie anhand geeigneter Indikatoren. Doch wie lässt sich ein Indikatorenset zusammenstellen, mit dem am Ende das Ziel erreicht wird? Eine bewährte Möglichkeit ist die Wahl eines *Rahmenkonzeptes bzw. Frameworks* für Indikatoren als Ausgangspunkt. Hierbei wird der Betrachtungsgegenstand (in unserem Projekt ist dies die Gesundheitsversorgung und Morbidität in Baden-Württemberg) in einem Kategoriensystem dargestellt. Die einzelnen Kategorien werden anhand unserer Projektziele bzw. Projektfragestellungen, verfügbarer Datenquellen und bestehender theoretischer Konzepte zu Gesundheitsversorgung und Morbidität gebildet. Auf diese Weise können wir gezielt Projektindikatoren ermitteln, die wir den einzelnen Kategorien zuordnen. Ein Indikatorenframework erleichtert zudem die Abstimmung von Indikatoren innerhalb des Gesamtnetzwerkes für unser Projekt. Für einen strukturierten Prozess der Zusammenstellung eines Indikatorensets, etwa in Anlehnung an die Methodik des aQua -Instituts [31] bzw. die Methodik zur Entwicklung von Indikatoren für den Rettungsdienst in Baden-Württemberg [32] ist ein Framework ein transparenter Ausgangspunkt.

Welche Frameworks gibt es?

Viele Staaten sind motiviert, ihre Gesundheitssysteme zu evaluieren und gezielt weiterzuentwickeln. So lassen sich formulierte Versorgungsziele besser erreichen und verschiedene Entwicklungen besser bewältigen. Gemeint sind Entwicklungen wie der Kostenanstieg im Gesundheitswesen, technologi-

scher Fortschritt, alternde Gesellschaft und Veränderungen des Versorgungsgeschehens [33]. Für die Leistungsmessung im Gesundheitswesen haben einige Staaten Frameworks für Indikatoren entwickelt. Vorteil eines solchen Frameworks ist, dass es verdeutlicht, wie die Leistung eines Gesundheitssystems über dessen verschiedene Dimensionen hinweg gemessen werden kann und wie diese Dimensionen mit dem Ziel eines Gesundheitssystems zusammenhängen [34]. Somit kann die Leistungsmessung von Gesundheitssystemen bzw. Messung der Erreichung von Versorgungszielen transparenter und strukturierter durchgeführt werden. Bei der praktischen Umsetzung der Leistungsmessung kann ein Framework außerdem Orientierung für die Indikatorenauswahl geben.

Einen Überblick über Frameworks zur Leistungsmessung des Gesundheitssystems und der Gesundheitsversorgung hat die OECD im Zuge der Entwicklung seines eigenen erarbeitet (siehe Tabelle 5). Dabei wurde unterschieden zwischen Frameworks, die sich auf das Gesundheitssystem und solche, die sich nur auf die Gesundheitsversorgung als Teil des Gesundheitssystems beziehen.

Tabelle 5: Übersicht existierender Frameworks zu Gesundheitssystem und Gesundheitsversorgung

	Framework zur Leistungsmessung im Gesundheitssystem	Framework zur Leistungsmessung in der Gesundheitsversorgung
Vereinigtes Königreich (UK)	✓	✓
Kanada	✓	
Australien	✓	
USA		✓
European Community Health Indicators Project (ECHI)	✓	
The Commonwealth Fund's International Health Indicators Project		✓
World Health Organization	✓	
Organization for Economic Cooperation and Development (OECD)	✓	

Quelle: Eigene Darstellung in Anlehnung an [35].

Erstere beinhalten neben der Gesundheitsversorgung weitere Einflussfaktoren der Gesundheit, wie z.B. Gesundheitsverhalten und zielen auf eine breitere Darstellung der öffentlichen Gesundheit [35]. Vorteil eines weit gefassten Ansatzes ist eine realistischere Abbildung der Einflussfaktoren von Gesundheit. Des Weiteren lassen sich hierdurch Interaktionen zwischen Sektoren, Institutionen und Menschen aufzeigen, die Gesundheit beeinflussen können. Möchte man aus einem solchen Framework Schlüsse zur Weiterentwicklung des Gesundheitssystems ziehen, zeigen sich Schwierigkeiten. Denn nicht alle abgebildeten Faktoren sind kurzfristig veränderbar. Dies und unklare Rollen der GesundheitsakteurInnen bei einer solchen Weiterentwicklung erschwert die Verteilung von Verantwortung zwischen den AkteurInnen. Mit einem Framework, das nur die Gesundheitsversorgung in Bezug zum Gesundheitszustand einer Bevölkerung setzt, reduziert sich die Verantwortungskonfusion innerhalb der AkteurInnen. Handlungsfelder der entsprechenden AkteurInnen lassen sich deutlicher aufzeigen. In einem solchen Framework fehlen jedoch viele Einflussfaktoren der Gesundheit, sodass sich die Abgrenzung von Effekten dieser Einflussfaktoren und der Gesundheitsversorgung schwierig gestaltet [36].

Methodik

Tabelle 6 enthält eine Auflistung einiger Frameworks und darin enthaltene Leistungsdimensionen der Gesundheitsversorgung. Aus der Auflistung der Dimensionen wird deutlich, dass sie sich oft nicht scharf voneinander abgrenzen lassen. Im Framework der Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD) wird z.B. „Nachhaltigkeit“ nicht als eigene Dimension geführt, sondern als Teilaspekt von Effizienz gesehen.

Tabelle 6: Dimensionen der Leistungsfähigkeit der Gesundheitsversorgung

Dimensionen	UK	Kanada	Australien	USA	ECHI	Commonwealth Fund	WHO	OECD
Akzeptanz		✓				✓		✓ ³
Zugang	✓	✓	✓	✓ ⁶		✓		✓
Angemessenheit		✓	✓			✓		✓ ⁴
Kompetenz oder Capability	✓	✓	✓					
Kontinuität		✓	✓			✓		✓ ³
Effektivität oder Verbesserung der Gesundheit oder Klinischer Fokus	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Effizienz		✓	✓	✓ ²			✓ ⁷	✓
Equity/Verteilungsgerechtigkeit		✓ ¹	✓ ¹	✓ ¹			✓	✓
Patientenorientierung oder Patientenfokus oder Responsiveness	✓	✓ ⁸	✓	✓			✓	✓
Sicherheit		✓	✓	✓				✓
Nachhaltigkeit			✓					✓ ⁵
Aktualität	✓ ⁹			✓				✓ ¹⁰

¹Querschnittsdimension

²Noch nicht operationalisierte Dimension des USA Frameworks des Institute of Medicine

³Enthalten in Patientenorientierung

⁴Enthalten in Effektivität

⁵Enthalten in Effizienz

⁶Operationalisiert als Dimension von Equity/Verteilungsgerechtigkeit

⁷Enthalten in der Berechnung und Definition der Erzielungsindikatoren

⁸Enthalten in der Operationalisierung von „Akzeptanz“

⁹Enthalten in der Operationalisierung von „Patientenfokus“ und der Verwendung von wichtigen Zielen

¹⁰Enthalten in Zugang

Quelle: Eigene Darstellung in Anlehnung an [35].

Besonderheiten ausgewählter Frameworks

Das Health Care Quality Indicators (HCQI) Framework der OECD fokussiert auf die Messung von Qualität der Gesundheitsversorgung. Dabei wird die Qualität in einem breiten Rahmen aus Versorgungszielen und Einflussfaktoren von Gesundheit eingebettet.

Das Canadian Institute for Health Information hat für das kanadische Gesundheitssystem zwei Frameworks erarbeitet mit unterschiedlichen Zielstellungen: Das Health Indicators- und das Health System Performance Framework.

Das Health Indicators Framework ist ein Klassifikations-Framework für Leistungsindikatoren des Gesundheitssystems und Indikatoren der Bevölkerungsgesundheit. Es zielt auf die Abbildung des Gesundheitszustands, dessen Determinanten medizinische Versorgung und nicht-medizinische Deter-

minanten - sowie Kontextinformationen ab. Equity (Verteilungsgerechtigkeit) ist als Querschnittsdimension enthalten. Das Framework wurde international mehrfach adaptiert und modifiziert (z.B. Australien und OECD).

Das Health System Performance Framework basiert auf dem Health Indicators Framework. Ziel ist zu erfassen, inwieweit im Gesundheitssystem definierte Zwischen- (Outputs) und Endziele (Outcomes) erreicht werden. Auf diese Weise kann z.B. die Umsetzung von Prioritäten der Rechtsprechung unterstützt werden.

Das australische National Health Performance Framework ist angelehnt an das kanadische Health Indicators Framework. Es dient als allgemeine Unterstützung zur Performance-Bewertung, Planung und Benchmarking im Gesundheitssektor.

Die European Core Health Indicators (ECHI) Shortlist unterstützt die Gesundheitsberichterstattung in der Europäischen Union. Eines der Ziele ist die Definition von Indikatoren, die zukünftig in allen EU-Mitgliedstaaten erhoben werden sollen um schließlich die Gesundheitssysteme besser vergleichen zu können.

Der Commonwealth Fund bietet zwei Frameworks an: Die aktuellere Scorecard on State Health System Performance und die Core Goals and Priorities for Performance Improvement.

Die Scorecard on State Health System Performance ist ausgerichtet auf einen internationalen Vergleich von Gesundheitssystemen und ihrer Performance. Die Dimensionen der Scorecard stellen dabei Ziele dar, deren Erreichung mit Indikatoren gemessen wird.

Die Basis für ein Framework zur Bewertung des US-amerikanischen Gesundheitssystems aus dem Jahr 2006 sind die Core Goals and Priorities for Performance Improvement. Wie die Scorecard besteht dieses Framework aus Zielen des Gesundheitssystems.

Framework für Indikatoren im Modellprojekt

Bei der Erstellung des projektspezifischen Frameworks (siehe Abbildung 10) diene hauptsächlich das kanadische Health Indicators Framework als Vorbild. Wie bereits ausgeführt, ist es ausgelegt für den Zweck einer umfassenden Beschreibung des Gesundheitssystems. Dies deckte sich mit dem Ziel des ersten Teilprojektes, der Beschreibung von Morbidität und Versorgungsstrukturen.

Einzelne Begriffe des kanadischen Frameworks wurden übernommen, i.e. die Bereiche „Gesundheitszustand“, „Nicht-medizinische Determinanten“ und „Leistungsfähigkeit des Gesundheitssystems“. Der Bereich „Versorgungsangebot“ ist im kanadischen Framework als Unterpunkt von „Gemeinde- und Gesundheitssystemcharakteristika“ zu finden.

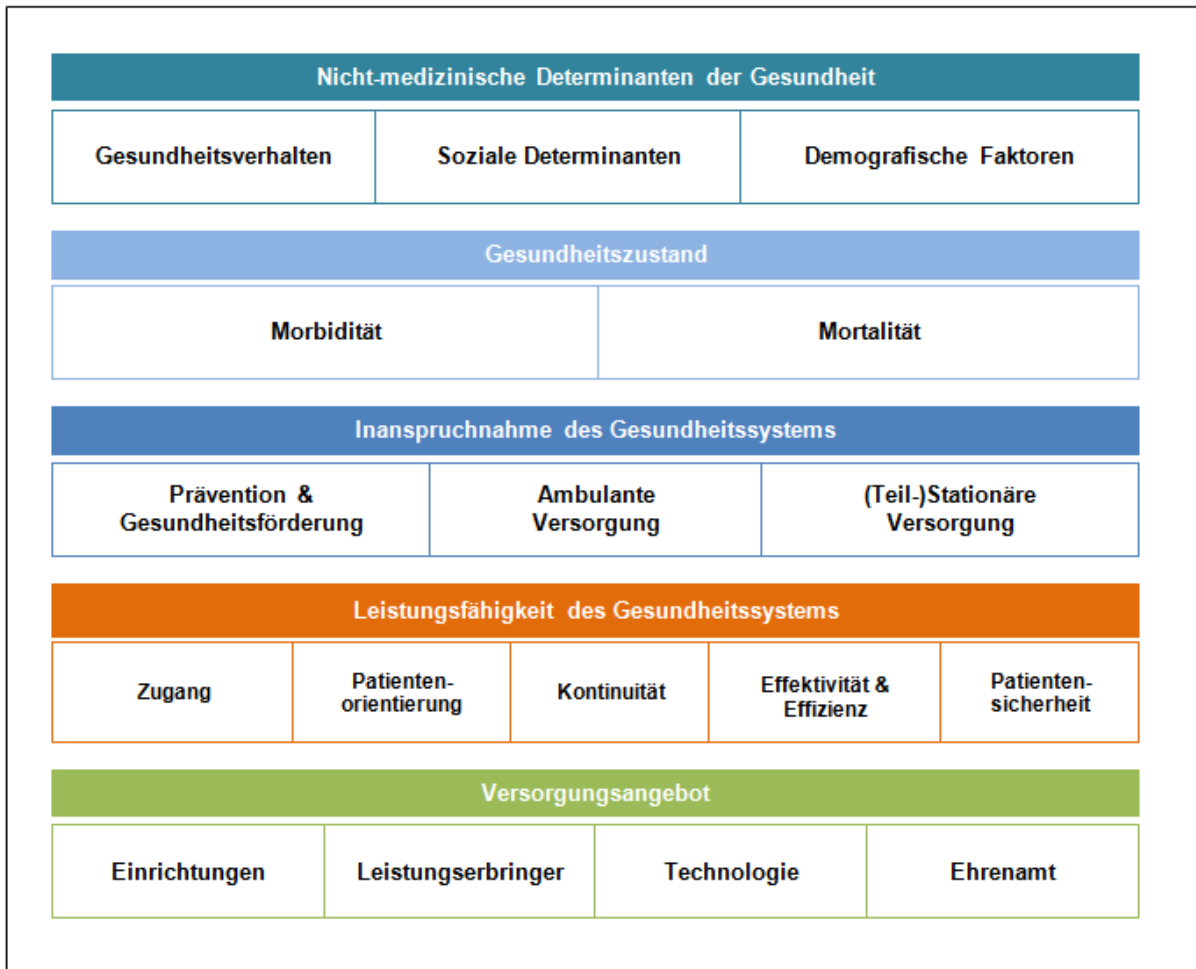


Abbildung 10: Framework für Indikatoren zur Beschreibung von Gesundheitssystemen

Nachfolgend werden die einzelnen Dimensionen des Frameworks im Hinblick auf ihre Umsetzung im Modellprojekt erläutert.

Gesundheitsverhalten: In Anlehnung an das Framework für Gesundheitsindikatoren des CIHI kann diese Dimension Indikatoren für riskantes und positives Gesundheitsverhalten enthalten. Indikatoren dieser Dimension stellen Interventionsziele für Maßnahmen der Primär- und Verhaltensprävention sowie Gesundheitsförderung dar.

Soziale Determinanten: Diese Dimension fasst die Dimensionen „Living and Working conditions“ und „Environmental factors“ des CIHI-Frameworks zusammen. Sie ist bewusst allgemein gehalten entsprechend der ganzheitlichen Definition sozialer Determinanten der WHO. Hiernach sind soziale Determinanten der Gesundheit Bedingungen, unter denen Menschen geboren werden, heranwachsen, leben, arbeiten und altern. Auf diese Weise konnte auf breiter Basis nach Indikatoren dieser Gruppe recherchiert werden.

Demografische Faktoren: Hierunter fallen für die Analyse und Projektion wichtige Bevölkerungsmerkmale.

Morbidität: Hierüber wird die Häufigkeit der ausgewählten Krankheitsbilder und -gruppen abgebildet.

Mortalität: Informationen zur Mortalität bzw. Letalität wurden erhoben v.a. in Hinblick auf Indikatoren der Versorgungsqualität. Zudem sollte die Darstellung von Sterblichkeitsdaten mit Bezug zu ausgewählten Erkrankungen erfolgen.

Prävention & Gesundheitsförderung: Über diese Dimension soll die Inanspruchnahme von Leistungen der Prävention und Gesundheitsförderung abgebildet werden. Die Schwierigkeit hierbei liegt vor allem in der Abbildung der Inanspruchnahme verhältnispräventiver Leistungen. Hier besteht eine enge Verknüpfung zur Dimension Soziale Determinanten.

Ambulante Versorgung: Hierunter fällt das Versorgungsgeschehen, das in ambulanten Einrichtungen wie Arztpraxen oder in der häuslichen Umgebung von Patienten stattfindet. Dazu zählen u.a. die vertragsärztliche Versorgung, ambulante Pflege (auch durch Angehörige), Rehabilitation und ambulante palliative Angebote.

(Teil-)Stationäre Versorgung: Dieser Dimension wurde die Inanspruchnahme aller Versorgungsbereiche zugeordnet, die im stationären oder teilstationären Setting stattfinden. Dies sind z.B. die akut-stationäre Versorgung in Krankenhäusern, Notfallversorgung, Versorgung in Pflegeeinrichtungen, Rehabilitation und Palliativversorgung.

Zugang: In Anlehnung an das Health Care Quality Indicators Framework der OECD wurde diese Dimension definiert als die Leichtigkeit, mit der Leistungen der Gesundheitsversorgung zugänglich sind. Zugang kann hierbei physischer, finanzieller oder psychologischer Art sein und erfordert, dass Leistungen der Gesundheitsversorgung à priori verfügbar sind.

Patientenorientierung: Patientenorientierung liegt vor, wenn sich das Gesundheitssystem und dessen Leistungserbringer an den Wünschen, Erwartungen und der Zufriedenheit der PatientInnen orientieren.

Kontinuität: Kontinuität beschreibt den Grad, in dem die Gesundheitsversorgung für bestimmte Nutzer zwischen Leistungserbringern und Institutionen koordiniert wird.

Effektivität & Effizienz: Effektivität beschreibt den Grad, in dem eine Versorgungsleistung ein erwünschtes Ergebnis erreicht. Dabei werden Leistungen auf evidenzbasierte Weise und nur für diejenigen erbracht, für die ein potenzieller Nutzen zu erwarten ist. Mit Effizienz ist die optimale Nutzung verfügbarer Ressourcen gemeint, wodurch ein maximaler Nutzen bzw. Ergebnisse erreicht werden.

Patientensicherheit: Patientensicherheit beschreibt den Grad, in dem Versorgungsprozesse unerwünschte Ereignisse vermeiden, ihnen vorbeugen und verbessern, die aus Prozessen der Gesundheitsversorgung selbst stammen.

Einrichtungen: Gemeint sind Einrichtungen sämtlicher Versorgungsbereiche sofern Daten hierzu vorliegen – öffentlicher Gesundheitsdienst, Gesundheitsförderung, akut-stationäre Versorgung, ambulante Versorgung, Notfallversorgung, Pflege, Rehabilitation, Palliativmedizin sowie pharmazeutische

Versorgung. Fokussiert wurden Einrichtungen, die für die Versorgung von Betroffenen der ausgewählten Erkrankungen relevant sind.

Professionelle Leistungserbringer: Mit dem Begriff „Professionelle Leistungserbringer“ sind die verschiedenen Berufsgruppen des Gesundheitswesens gemeint, die an der Gesundheitsversorgung beteiligt sind (Ärzte/Zahnärzte, Psychotherapeuten, Psychiater, Krankenpflege, Altenpflege, Physiotherapeuten, Ergotherapeuten, Logopäden, Apotheker, etc.). Fokussiert wurden Leistungserbringer, die in direktem Kontakt zu PatientInnen und ihren Angehörigen stehen.

Technologie: Unter Technologie fallen alle gesundheitsrelevanten Maßnahmen und Produkte wie medizinische Behandlungen, Telemedizin, Arzneimittel und Medizinprodukte.

2.2.3.2. Indikatorenrecherche

Das Framework diente als Grundlage für die Indikatorenrecherche. Obwohl bei der Erstellung des Frameworks die Projektfragestellungen berücksichtigt wurden, war es notwendig diese separat mit zu berücksichtigen. Denn die Kategorien des Frameworks haben eine inhaltlich gröbere Auflösung als die Fragestellungen dahinter. Des Weiteren wurden Indikatorenquellen für die Recherche festgelegt. Bei der Recherche von Indikatoren wurde sowohl nach Indikatoren gesucht, die sich derzeit mit Sekundärdaten abbilden lassen und nach solchen, bei denen dies derzeit nicht flächendeckend möglich ist. Letztere umfassen vor allem Indikatoren aus dem Bereich *Leistungsfähigkeit des Gesundheitssystems*, die in Leitlinien gefunden wurden. „Messbar“ bedeutet für das Projekt, dass die Daten zu den Indikatoren auf Ebene Landkreise und kreisfreien Städte in Baden-Württemberg verfügbar sind. Der Einbezug von derzeit mit Sekundärdaten messbaren und nicht messbaren Daten wurde bei den recherchierten Indikatoren gemacht, um zum einen aufzeigen zu können, wo bisher Daten fehlen und zum anderen um mögliche Themenfelder für eine qualitative Zusatzerhebung in Teilprojekt 2 aufzuzeigen. Insgesamt wurden 374 Indikatoren recherchiert. Diese wurden in den nachfolgend dargestellten Quellen gefunden (siehe Tabelle 7).

Tabelle 7: Anzahl gefundener Indikatoren je Quelle

Indikatorquelle	Anzahl Indikatoren
Literatur	24
Indikatorendatenbank	25
Indikatoren(sets) nationaler und internationaler Institutionen oder Agenturen	222
Leitlinien	50
Datenquellen	35
Bedarfserhebung in Teilprojekt 2a bei VertreterInnen der Modellregion (sofern nicht über andere Quellen bereits abgedeckt)	18

2.2.3.3. ExpertInnenbefragung

Die Auswahl des Indikatoren-Basissets wurde durch eine Online-ExpertInnenbefragung unterstützt. Ziel war eine Reduktion der recherchierten Indikatoren auf die relevantesten.

Für die Auswahl und Bewertung von Qualitätsindikatoren hat das aQa-Institut im Rahmen der sektorenübergreifenden Qualitätssicherung im Gesundheitswesen nach §137a SGB V eine Methode entwickelt, die als Orientierung für die Vorgehensweise in Teilprojekt 1 diente [31].

Im Sinne einer pluralistisch organisierten Gesundheitsversorgung in Baden-Württemberg war es wünschenswert, ExpertInnen aus möglichst allen Beteiligengruppen der Gesundheitsversorgung für die Bewertung der Indikatoren zu gewinnen. Für die Befragung wurden VertreterInnen der folgenden fünf Gruppen eingeladen: PatientInnen/BürgerInnen, öffentliche Hand (Öffentlicher Gesundheitsdienst u. Ä.), Kostenträger, Leistungserbringer und Qualitätssicherung/Krankheitsregister/amtliche Statistik (siehe Tabelle 8). An der Befragung nahmen TeilnehmerInnen aus 24 (44%) der eingeladenen Institutionen teil. Ein Indikator wurde im Durchschnitt von rund 16 Institutionen bewertet, mindestens von 7, maximal von 22.

Tabelle 8: TeilnehmerInnen der ExpertInnenbefragung zur Auswahl relevanter Indikatoren.

Anzahl Institutionen je Stakeholdergruppe		
	Anzahl	Prozent
Öffentliche Hand (Öffentlicher Gesundheitsdienst u.Ä.)	6	25,0
Kostenträger	7	29,2
Leistungserbringer	5	20,8
Patienten/Bürger	2	8,3
Qualitätssicherung, Register, amtliche Statistik	4	16,7
Gesamt	24	100,0

Befragungsmodus: Das aQa-Institut orientiert sich hierbei an der sogenannten Appropriateness Method (RAM) der Arbeitsgruppe „Research and Development“ (RAND) an der Universität von Los Angeles (UCLA). Im Wesentlichen werden bei diesem Konsensusverfahren sowohl explizite Verfahren zur Entscheidungsfindung (schriftliche Befragung) als auch persönliche Treffen der Experten miteinander kombiniert. Im Rahmen des Modellprojektes erwies sich für die umfassende Auswahl von Indikatoren ein vereinfachtes Online-Delphi-Verfahren über eine Runde als angemessen. Dabei wurden die ExpertInnen zunächst postalisch eingeladen und über die Befragung informiert. Circa drei Tage zeitversetzt wurde dann eine E-Mail-Anfrage mit Zugangsdaten für die Online-Befragung und nochmals einer Kurzbeschreibung des Vorhabens verschickt. Da es in dem Befragungsprozess nur eine Runde gab, wurde die Rückmeldung des Ergebnisses an die Teilnehmer optional angeboten. Als wesentliche Herausforderungen für die Teilnahme der ExpertInnen wurden die hohe Anzahl zu bewertender Indikatoren mit 374 und das breite Themenspektrum gesehen. Eine lange Bearbeitungsdauer hätte z.B. zum Abbruch der Teilnahme führen können. Das breite Themenfeld hätte dazu führen können, dass ExpertInnen viele der Indikatoren nicht bewertet hätten, da sie nicht mit der Thematik vertraut sind. Um diesen Risiken beizukommen, wurde den angefragten Experten angeboten mit bis zu vier weiteren Personen innerhalb der jeweiligen Institution die Bewertung der Indikatoren vorzunehmen. So konnte die Bewertung untereinander aufgeteilt werden, im Idealfall nach Themengebieten, die dem jeweiligen Experten vertraut sind.

Bewertungskategorien: Da der primäre Zweck dieser Expertenbefragung eine Reduktion der recherchierten Indikatoren war, sollte die Relevanz eine Bewertungskategorie sein. Eine andere Bezeichnung der Relevanz ist die Validität. Im Kontext des Modellprojektes war ein Indikator dann relevant, wenn er valide Informationen für eine sektorenübergreifende und bedarfsgerechte Versorgungsplanung bereitstellen kann. Neben der Datenverfügbarkeit sollte dieses Kriterium entscheidend für die Beibehaltung eines Indikators im Indikatoren-Basisset sein. Als „nicht relevant“ bewertete Indikatoren sollten verworfen werden. Als weiteres Kriterium wurde die Verständlichkeit des Indikators bewertet.

Auswertung und Auswahl: Nachdem die Relevanz eines Indikators anhand einer 9-stufigen Likert-Skala bewertet wurde, wurden die Bewertungen in Anlehnung an das Verfahren des aQua-Instituts ausgewertet. Hierzu wurde der Median der Bewertungen je Indikator herangezogen.

- Median in [6,5–9]: relevant
- Median in [4–6]: fraglich relevant
- Median in [1–3]: nicht relevant

Ein Indikator galt als relevant, wenn er einen Median zwischen 6,5 bis 9 aufwies.

2.2.3.4. Ausgewählte Indikatoren

In den Bereich relevant (Median in [6,5-9]) fielen 212 (57%) von 374 Indikatoren (siehe Tabelle 9).

Tabelle 9: Ergebnis der Indikatorenauswahl nach den Dimensionen des Projektindikatoren-Frameworks.

Framework-Kategorie	Anzahl Indikatoren			
	alle	relevant (Median = 6,5-9)	fraglich relevant (Median = 4-6)	nicht relevant (Median = <4)
Gesundheitsverhalten	4	4	0	0
Soziale Determinanten	23	9	12	2
Demografische Faktoren	14	7	7	0
Morbidität	22	20	2	0
Mortalität	8	5	3	0
Prävention & Gesundheitsförderung	4	3	1	0
Ambulante Versorgung	4	3	1	0
(Teil-)Stationäre Versorgung	48	28	20	0
Zugang	17	9	8	0
Patientenorientierung	13	7	5	1
Kontinuität	14	13	1	0
Effektivität & Effizienz	118	57	55	6
Patientensicherheit	6	1	5	0
Einrichtungen	30	23	7	0
Leistungserbringer	33	19	14	0
Technologie	13	4	9	0
Ehrenamt	3	0	3	0
Summe	374	212	153	9

2.2.4. Aufbau einer Projektdatenbank

2.2.4.1. Aufbau

Ein weiteres Ziel des Teilprojekts 1 war der Aufbau einer Projektdatenbank, die auf Ebene der Landkreise und kreisfreien Städte in Baden-Württemberg Daten zu den abbildbaren ausgewählten Indikatoren sowie zur Beantwortung des Fragenkatalogs enthält.

Bei der Suche nach möglichen Datenquellen wurden folgende Kriterien herangezogen:

- Daten auf Kreisebene verfügbar
- möglichst Daten, die Informationen zu verschiedenen Versorgungsbereichen bieten
- Daten, die regelmäßig erhoben werden
- Daten aus demselben Berichtsjahr

Zum Zeitpunkt der Datenquellensuche stellte das Jahr 2013 „den größten gemeinsamen Nenner“ dar bezüglich der Datenverfügbarkeit. Ausschlaggebend war hier die Verfügbarkeit von Daten der Pflegestatistik. Die Datenquellen, die zum Aufbau der Projektdatenbank herangezogen wurden, sind in Tabelle 10 dargestellt.

Tabelle 10: Verwendete Datenquellen für den Aufbau der Projektdatenbank.

Datenquelle	Datenhalter
Nicht-aggregierte Datenquellen (Mikrodaten)	
AOK-Routinedatensatz zur Evaluation der hausarztzentrierten Versorgung (HZV) in Baden-Württemberg	AOK Baden-Württemberg (AOK-BW)
Daten der Externen Stationären Qualitätssicherung nach §112 SGB V (ESQS) zur Schlaganfallversorgung	Geschäftsstelle Qualitätssicherung im Krankenhaus (GeQiK) bei der Baden-Württembergischen Krankenhausgesellschaft
Krankenhausstatistik	Statistisches Landesamt Baden-Württemberg
Mikrozensus	Statistisches Bundesamt
Pflegestatistik	Statistisches Landesamt Baden-Württemberg
Qualitätsberichte nach §108 SGB V zugelassener Krankenhäuser	Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA)
Statistik der Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen	Statistisches Landesamt Baden-Württemberg
Todesursachenstatistik	Statistisches Landesamt Baden-Württemberg
Aggregierte Datenquellen (auf Kreisebene)	
Bevölkerungsfortschreibung	Statistisches Landesamt Baden-Württemberg
Statistische Daten 04/2016, Regionalisierte Bevölkerungsvorausrechnung in Baden-Württemberg	Statistisches Landesamt Baden-Württemberg

Gesundheitsatlas Baden-Württemberg	Landesgesundheitsamt Baden-Württemberg
Indikatoren und Karten zur Raum- und Stadtentwicklung (INKAR)	Bundesinstitut für Bau-, Stadt- und Raumforschung (BBSR)
Regionaldatenbank Deutschland	Statistische Ämter des Bundes und der Länder

Die Projektdatenbank enthält auf Ebene der Landkreise und kreisfreien Städte aggregierte Daten für Baden-Württemberg, hauptsächlich für das Beobachtungsjahr Jahr 2013. Sie enthält zum einen Ergebnisse tiefergehender Analysen, die in Abschnitt 3.1. vorgestellt werden. Dies sind in erster Linie Auswertungsergebnisse, die auf Analysen des Datensatzes zur Evaluation der hausarztzentrierten Versorgung (HZV-Evaluationsdatensatz) der AOK-BW beruhen und Daten zur Abschätzung des Versorgungsbedarfs 2013 und dessen Projektion auf das Jahr 2023 beinhalten. Ein weiterer Bestandteil der Projektdatenbank sind Daten zum Indikatoren-Basisset, die nicht bereits in Abschnitt 3.1. präsentiert werden. Eine genaue Übersicht zu allen mit Daten befüllten Indikatoren des Basissets findet sich im Anhang des Teilprojekts 1 (3. Indikatorenübersicht). Für Indikatoren, die nicht mit Daten gemessen wurden, findet sich hier eine Übersicht. Dort ist zudem dokumentiert, warum die Indikatoren nicht mit Daten abgebildet wurden. Drei wesentliche Gründe dafür, dass ein als relevant bewerteter Indikator nicht abgebildet wurde, waren zum einen fehlende Daten. Dies bezog sich vor allem auf Indikatoren der Leistungsfähigkeit, die in Behandlungsleitlinien gefunden wurden. Zum anderen war die Abbildung von Indikatoren auf Ebene der Landkreise und kreisfreien Städte oft aufgrund von datenschutzrechtlichen Bestimmungen, wie z.B. im Fall von krankenhausbezogenen Merkmalen der Krankenhausstatistik, nicht möglich aufgrund von datenschutzrechtlichen Bestimmungen, wie z.B. im Fall von krankenhausbezogenen Merkmalen der Krankenhausstatistik. Ein weiterer Grund waren geringe Fallzahlen auf Ebene der Landkreise und kreisfreien Städte, wodurch ein Indikator an Aussagekraft verlor.

2.2.4.2. Wichtigste Datenquellen tiefergehender Analysen

Für die Bearbeitung des Fragenkatalogs wurden tiefergehende Analysen durchgeführt, hauptsächlich auf Basis des HZV-Evaluationsdatensatzes. Für die Projektion von Krankheitsprävalenzen und Inanspruchnahmeraten wurde die regionalisierte Bevölkerungsvorausrechnung des Statistischen Landesamtes Baden-Württemberg (04/2016) verwendet. Diese beiden Datenquellen werden nachfolgend vorgestellt.

HZV-Evaluationsdatensatz

Die Grundgesamtheit des HZV-Evaluationsdatensatzes bilden alle AOK-Versicherten in Baden-Württemberg, die im Beobachtungsjahr eine Leistungsanspruchnahme aus einem der Leistungsbereiche der gesetzlichen Kranken- oder Pflegeversicherung aufwiesen. Somit umfasst der Datensatz Informationen über das Abrechnungsgeschehen von rund 97% der AOK-Versicherten in Baden-Württemberg. Bei einer Bevölkerungszahl von rund 10,6 Millionen¹⁸ zum Stichtag des 31.12.2013 in Baden-Württemberg lag der Gesamtanteil der AOK-Versicherten (unabhängig von einer Leistungsanspruchnahme) an der Wohnbevölkerung in Baden-Württemberg bei circa 37%. Eine Übersicht zum Anteil der AOK-Versicherten auf Kreisebene für das Jahr 2013 bietet Abbildung 11.

¹⁸ Bevölkerungsfortschreibung des Statistischen Landesamtes Baden-Württemberg, Stuttgart. <https://www.statistik-bw.de/> [letzter Zugriff am 27.04.18].

Die Sicherung der Datenqualität gemäß aktueller Standards (GPS 2012) erfolgte durch das aQua-Institut. Im Rahmen der HZV-Evaluation wurden diese Daten anschließend über sichere Verbindungen an die Abteilung Allgemeinmedizin und Versorgungsforschung des Universitätsklinikums Heidelberg übermittelt. Für das Leistungsgeschehen im Jahr 2013, das für den vorliegenden Bericht herangezogen wurde, waren neben pseudonymisierten Versichertenstammdaten Informationen aus den Bereichen der vertragsärztlichen Versorgung, Krankenhausversorgung, der stationären medizinischen Rehabilitation, Heil- und Hilfsmittelverordnungen, ambulante Arzneimittelverordnungen, Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen und der gesetzlichen Pflegeversicherung verfügbar (einen detaillierten Überblick zu Daten der gesetzlichen Krankenversicherung gibt [37]). Für die Bildung von Nennern wurden ergänzend zum HZV-Evaluationsdatensatz auf Kreisebene aggregierte Daten zur Grundgesamtheit der AOK-BW-Versicherten durch die AOK-BW bereitgestellt.

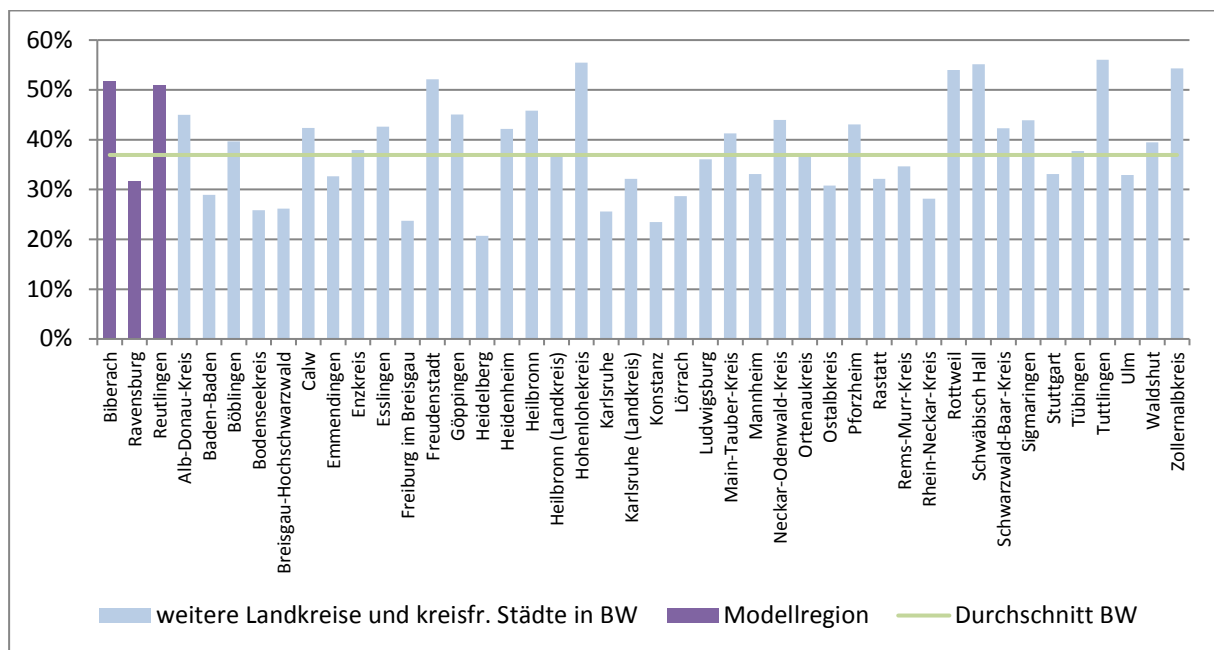


Abbildung 11: Anteil der AOK-BW-Versicherten an der Wohnbevölkerung im Jahr 2013 in den Landkreisen und kreisfr. Städten Baden-Württembergs

Bei der Nutzung des Datensatzes und zur Beantwortung von versorgungsepidemiologischen Fragestellungen ist zu berücksichtigen, dass es sich bei Daten der gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherung zum einen um Daten für den primären Zweck der Leistungsabrechnung handelt und, dass Daten einer einzelnen Krankenkasse umfasst sind. Der letztgenannte Aspekt fällt im Vergleich der AOK BW mit anderen gesetzlichen Krankenkassen in Baden-Württemberg weniger stark ins Gewicht, da die AOK BW dort die größte Krankenkasse darstellt und bereits Versorgungsinformationen über einen Großteil der Bevölkerung bietet. Dennoch ist mit historisch entstandenen Unterschieden zwischen der AOK Versichertenpopulation und der Gesamtbevölkerung in Baden-Württemberg zu rechnen, die die Repräsentativität der Daten limitieren können [38]. Über verfügbare Versichertenstammdaten lassen sich Adjustierungen nach Alter und Geschlecht vornehmen. Die Adjustierung nach weiteren sozioökonomischen Variablen wie dem sozioökonomischen Status, der in Zusammenhang mit gesundheitsrelevanten Aspekten steht, ist aufgrund der verfügbaren Daten eher schwierig [39]. Dass GKV Routinedaten primär für die Leistungsabrechnung erhoben werden, sollte durch Validierung und bei der Interpretation von Analyseergebnissen berücksichtigt werden, z.B. werden zwar

Diagnosen erfasst, nicht aber klinische Parameter, die z.B. Aussagen über Schweregrade einer Erkrankung unterstützen können. Genauere Informationen für die Arbeiten zum vorliegenden Bericht sind in Abschnitt 2.2.5. Analysemethoden bereitgestellt.

Regionalisierte Bevölkerungsvorausrechnung

Das Statistische Landesamt Baden-Württemberg führt regelmäßig regionalisierte Bevölkerungsvorausrechnungen durch. Die aktualisierte und im vorliegenden Bericht verwendete Vorausberechnung wurde im Jahr 2016 veröffentlicht und anlässlich des besonders hohen Zuzugs von Flüchtlingen im Jahr 2015 für die Jahre 2014 bis 2060 auf Landesebene und bis zum Jahr 2035 in der regionalisierten Variante [40] erstellt. Berücksichtigte Parameter in der Vorausberechnung beziehen sich auf natürliche Wanderungsbewegungen (Geburten, Sterbefälle), Wanderungsbewegungen innerhalb des Landes und mit dem Ausland. Je nach Parameter wurden unterschiedlich lange Stützzeiträume verwendet, deren Obergrenze das Jahr 2014 bildet. Bis zu diesem Jahr lagen auf dem Zensus 2011 basierende Statistiken zum fortgeschriebenen Bevölkerungsstand vor. Für verschiedene Berechnungsvarianten mit jeweils verschiedenen Annahmen, wurden auf Gemeinde- und Landesebene verschiedene Entwicklungskorridore berechnet, die sich jedoch nicht auf andere Ebenen, wie die Kreisebene, aggregieren lassen. Für diese regionale Gliederungsebene wurde ausschließlich die Hauptvariante gewählt, der folgende Annahmen zugrunde liegen:

- Bei der Lebenserwartung der Frauen wird von einer weiteren Zunahme um 2,1 Jahre bis zum Jahr 2035 ausgegangen, bei den Männern leicht höher mit 2,4 Jahren.
- Es wird von einem leichten Anstieg der Geburtenrate ausgegangen von 1,46 auf 1,5. Hierzu wird ferner für die nächsten 10 Jahre angenommen, dass sich der Trend, Kinder später zu bekommen, fortsetzt und dann konstant bleibt.
- Es wird ein Wanderungsgewinn von 125.000 Personen angenommen für das Land Baden-Württemberg, der für jedes Folgejahr abnimmt.

Die Wanderung innerhalb Baden-Württembergs wurde über eine Typisierung von Regionen gelöst. Stadtkreise, Oberzentren und sonstige größere Hochschulstandorte wurden manuell Typen zugewiesen. Die übrigen Gemeinden wurden über eine Clusteranalyse zu verschiedenen Wandertypen zugeordnet. Hauptvariablen der Clusteranalyse waren der Einfamilienhausanteil, die Erreichbarkeit sozialversicherungspflichtiger Arbeitsplätze und die Pflegeplatzdichte. Für die Stadt Karlsruhe gibt das Statistische Landesamt zu bedenken, dass für diese Region aufgrund der dort befindlichen Landeserstaufnahmeeinrichtung für Flüchtlinge Vorausberechnungen „überzeichneten“ Bevölkerungsdynamiken führten.¹⁹

2.2.5. Analysemethoden

Je nach Fragestellung des Fragenkatalogs erwiesen sich verschiedene Datenquellen als geeignet. Für die Darstellung der Versorgungssituation in Baden-Württemberg und der Modellregion in Abschnitt 3.1.1. wurden ausgewählte Indikatoren des Indikatoren-Basissets herangezogen. Diese beziehen sich auf verschiedene Datenquellen. Ihre genaue Operationalisierung ist dokumentiert in Form von Indikatorendatenblättern im Anhang von Teilprojekt 1 (4. Indikatorendokumentation). Für die in Ab-

¹⁹ Ausführliche Informationen zur Methodik der regionalisierten Bevölkerungsvorausrechnung des Statistischen Landesamtes Baden-Württemberg: <https://www.statistik-bw.de/> [letzter Zugriff am 27.04.18].

schnitt 3.1.2. bis 3.1.12. vorgestellten Ergebnisse bildete der umfassende HZV-Evaluationsdatensatz der AOK-BW für das Jahr 2013 eine wichtige Grundlage.

Ziel der durchgeführten Analysen sind Aussagen zur Versorgungssituation der Gesamtbevölkerung in Baden-Württemberg. Daher wurden Analysen, die auf Aussagen auf die Gesamtbevölkerung zielen, adjustiert nach Alter und Geschlecht der jeweils betrachteten Wohnbevölkerung, was einer üblichen Vorgehensweise bei der Analyse von Routinedaten der gesetzlichen Krankenversicherung entspricht [41]. Als Orientierung für die Durchführung tiefergehender Analysen diente die GPS (Version 2012).

2.2.5.1. Administrative Prävalenz

Durchgeführte Prävalenzschätzungen zu den acht Krankheitsbildern im Modellprojekt und weiteren Krankheitshäufigkeiten basieren auf dem HZV-Evaluationsdatensatz der AOK-BW. Bei Prävalenzschätzungen, die auf der Grundlage von Routinedaten durchgeführt wurden, spricht man auch von der administrativen Prävalenz. Damit wird u. a. betont, dass nur diejenigen „Fälle“ erfasst werden, bei denen eine Erkrankung zu einer Inanspruchnahme von Leistungen - im vorliegenden Fall – der gesetzlichen Krankenversicherung führte. Berechnungen zur administrativen Prävalenz der acht Krankheitsbilder und drei ausgewählter Krankheitsgruppen wurden zudem adjustiert nach Altersjahren und Geschlecht mittels Daten der Bevölkerungsfortschreibung des Statistischen Landesamtes Baden-Württemberg. Die Gruppe der 90-Jährigen ging aufgrund der Datenverfügbarkeit nicht in Altersjahren sondern als eine Altersgruppe in die Adjustierung mit ein. Für die Prävalenzberechnung von Krankheitsbildern und –gruppen wurden ICD-10-Kodes herangezogen, die entweder bereits in anderen Prävalenzschätzungen auf der Grundlage von Routinedaten verwendet wurden oder in S3-Leitlinien aufgeführt sind. Im Falle der Krankheitsbilder Anorexia nervosa, Darmkrebs, Demenz, Depression, chronischer Kreuzschmerz und Schlaganfall wurde eine Diagnose dann gezählt, wenn Sie aus dem ambulanten Bereich kommend als gesichert gekennzeichnet war und in mindestens zwei Quartalen im Jahr 2013 auftrat oder aus dem stationären Bereich kommend als Hauptdiagnose vergeben wurde. Im Fall von Diabetes mellitus Typ 1 und Typ 2 orientierte sich die Falldefinition an dem Vorschlag der Expertenarbeitsgruppe *Indikatoren zum Diabetes mellitus Typ 2* beim Landesgesundheitsamt Baden-Württemberg [42]. Eine ausführliche Darstellung der verwendeten ICD-10-Kodes ist im Anhang des Teilprojektes 1 (1. Definition der Studienpopulationen für tiefergehende Analysen) aufgeführt.

2.2.5.2. Inanspruchnahme

Tiefergehende Analysen zur Inanspruchnahme für das Jahr 2013 erfolgten krankheitsbildspezifisch, sodass auch hierfür der HZV-Evaluationsdatensatz der AOK-BW als Grundlage diente. Analog zur administrativen Prävalenz erfolgte auch hier eine Adjustierung ermittelter Raten an die Wohnbevölkerung in den Stadt- und Landkreisen. Zum Zeitpunkt der Durchführung der Analysen konnten Daten der ambulanten ärztlichen und stationären Versorgung, Arzneimittelverordnungen, Heil- und Hilfsmittelverordnungen und Pflege nach SGB XI genutzt werden. Für die Schätzung der Inanspruchnahme ambulanter ärztlicher Leistungen wurden die Ziffern des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes (EBM) ausgewertet, die über Informationen zur ärztlichen Fachgruppe einem ambulanten Versorgungsbereich zugeordnet werden konnten. Die Inanspruchnahme stationärer Leistungen wurde im Bereich der Krankenhausversorgung hauptsächlich über Daten aus dem DRG-Abrechnungsverfahren

gemessen. Für die Inanspruchnahme von Leistungen der stationären medizinischen Rehabilitation wurden entsprechend Daten des Vergütungsverfahrens dieses Versorgungsbereichs herangezogen.

2.2.5.3. Analyse intersektoraler Schnittstellen

Die Analyse intersektoraler Schnittstellen basiert auf der Inanspruchnahme ausgewählter Leistungen. Je Krankheitsbild wurde jede Kombination der betrachteten Leistungen berücksichtigt, die innerhalb eines Jahres erfolgte. Diese Auswertungen beziehen sich auf die AOK-BW-Versicherten und wurden nicht adjustiert.

2.2.5.4. Interregionale Inanspruchnahme der Krankenhausversorgung

Die krankheitsbildspezifischen untersuchten Kohorten für die Analyse der interregionalen Inanspruchnahme von Krankenhausleistungen wurden auf Fallebene zusammengestellt. Ein Fall lag vor, wenn die jeweilige Diagnose (ICD-10-Kodierung) als Hauptdiagnose im Beobachtungsjahr vorlag. In der Ergebnisdarstellung werden nur Pfade dargestellt, wenn PatientInnen in einem Krankenhaus behandelt wurden, das sich in einem anderen Stadt- oder Landkreis befand als der Wohnort der/des PatientIn. Ferner werden nur Pfade bei einer Mindestfallzahl von drei angezeigt. Für die Visualisierung der Pfade wurde das Programm NetDraw [43] verwendet.

2.2.5.5. Stadt-Land-Vergleich der administrativen Prävalenz

Als städtische Regionen für den Stadt-Land-Vergleich der administrativen Prävalenz wurden die neun Stadtkreise (Stuttgart, Heilbronn, Baden-Baden, Karlsruhe, Heidelberg, Mannheim, Pforzheim, Freiburg und Ulm) herangezogen, analog gingen 35 Landkreise Baden-Württembergs als ländliche Regionen ein. Die durchgeführten Analysen erfolgten so, wie in den Abschnitten ‚Prävalenz‘ und ‚Projektion‘ beschrieben.

2.2.5.6. Projektion

Die Projektion von Prävalenzen und Inanspruchnahmeraten erfolgte in zwei wesentlichen Schritten. In einem ersten Schritt wurden für jede Alters- und Geschlechtsgruppe (Alter nach Jahren bis zum Alter von 89, danach eine Gruppe für die Altersjahre 90+) jeweils Prävalenz- oder Inanspruchnahmeraten auf Grundlage des HZV-Evaluationsdatensatzes der AOK-BW ermittelt. Anschließend wurden die alters- und geschlechtsspezifischen Raten mit dem Anteil der vorausberechneten Alters- und Geschlechtsgruppe im jeweiligen Stadt- oder Landkreis multipliziert. Die Daten zur vorausberechneten Bevölkerungsstruktur wurden vom Statistischen Landesamt Baden-Württemberg bereitgestellt.

2.2.5.7. Abgleich des Versorgungsangebots mit der zukünftigen Inanspruchnahme

Für den Abgleich des hausärztlichen und ambulanten fachärztlichen Versorgungsangebots wurden für das Versorgungsangebot die Zahl der ambulant tätigen Ärzte in einem Stadt- oder Landkreis herangezogen und der (projizierten) Inanspruchnahme (s. o.) gegenübergestellt. Im Bereich der Kran-

kenhausversorgung wurden Krankenhaustage für den Abgleich herangezogen. Auf der Inanspruchnahme-seite werden Krankenhaustage infolge der acht Krankheitsbilder erfasst. Insgesamt verfügbare Krankenhaustage in einem Stadt- oder Landkreis wurden berechnet anhand des Produktes aus der Anzahl aufgestellter Betten und 365 Tagen. Die Auslastung von Plätzen der vollstationären Dauerpflege durch PatientInnen mit Demenz oder Schlaganfall wurde wie die Inanspruchnahme (s. o.) ermittelt. Darüber hinaus wird der Anteil verfügbarer Plätze der vollstationären Dauerpflegeplätze dargestellt. Die Anzahl verfügbarer Plätze der vollstationären Dauerpflege und deren Auslastung insgesamt basiert auf Daten der Pflegestatistik des Statistischen Landesamtes Baden-Württemberg.

2.3. Teilprojekt 2a: Versorgungssituation aus der Perspektive der GesundheitsakteurInnen vor Ort

2.3.1. Datenerhebung

Um die Versorgungssituation vor Ort zu analysieren, wurde für Teilprojekt 2a ein Vorgehen gewählt, bei dem unterschiedliche an der Versorgung beteiligte AkteurInnen als „ExpertInnen“ zu Arbeitsgruppen eingeladen wurden. Die Zusammensetzung dieser Arbeitsgruppen wurde für jedes Krankheitsbild anhand der relevanten krankheitsspezifischen Leitlinien vorab in der LÜK beschlossen, um alle an der Versorgung beteiligten AkteurInnen zu berücksichtigen und in allen drei Landkreisen einen möglichst einheitlichen TeilnehmerInnenkreis zu gewährleisten. Zu jedem Krankheitsbild gab es in jedem Landkreis jeweils drei landkreisinterne sowie eine landkreisübergreifende Arbeitsgruppensitzung. Auswahl und Rekrutierung der TeilnehmerInnen sowie Ziel und Inhalte der AG-Sitzungen werden im Folgenden beschrieben.

2.3.2. Zusammensetzung der Arbeitsgruppen und Rekrutierung der TeilnehmerInnen

Gemäß Abstimmung in der LÜK sollten in den Arbeitsgruppen folgende Berufsgruppen vertreten sein:

- Niedergelassene ÄrztInnen (HausärztInnen = FachärztInnen für Allgemeinmedizin/hausärztlich tätige InternistInnen...)
- ÄrztInnen aus Akut- und Fachkliniken
- Pflegepersonal
- ApothekerInnen
- Behandlungsergänzendes Fachpersonal
- Fachkräfte aus Rehabilitationseinrichtungen
- Fachkräfte aus dem Sozialdienst und aus Wohlfahrtsverbänden
- Vertreter der Kassenärztlichen Vereinigung
- Vertreter der Kostenträger
- Personal aus Einrichtungen zur Prävention und Gesundheitsförderung
- PatientenvertreterInnen
- Sonstige Berufsgruppen, bezogen auf die einzelnen Krankheitsbilder

Diese Auswahl beruhte sowohl auf der Durchsicht von Leitlinien als auch aufgrund der während der Recherchen durchgeführten Gespräche mit ExpertInnen.

Die Rekrutierung der ExpertInnen für die jeweiligen Arbeitsgruppen wurde von jedem Landkreis selbstständig durchgeführt. Für jede der in der LÜK festgelegten Berufsgruppen wurden VertreterInnen angesprochen und eingeladen, die AkteurInnen wurden sowohl durch Empfehlungen als auch aufgrund von Recherchen rekrutiert.

Im **Landkreis Biberach** erfolgte die Vorstellung des Modellprojekts im Rahmen der Kommunalen Gesundheitskonferenz (KGK). Die Mitglieder der KGK benannten die aus ihrer Sicht wichtigen ExpertInnen für die Arbeitsgruppen, sofern sie nicht bereits von den Verantwortlichen des Modellprojektes vorgeschlagen worden waren.

Im **Landkreis Ravensburg** wurden Mitglieder der KGK angeschrieben, in persönlichen Gesprächen über das Modellprojekt informiert und gebeten, aus der eigenen Institution ArbeitsgruppenteilnehmerInnen zu benennen. Diese wurden dann persönlich von der regionalen Projektkoordinatorin kontaktiert. Weitere Berufsgruppen, die seitens der LÜK als wesentlich angesehen worden waren, wurden explizit angefragt. Dazu griff die Projektkoordinatorin ebenfalls auf Rückmeldungen aus der KGK zurück. Als besonders hilfreich in der Phase der Rekrutierung erwies sich das Selbsthilfenetzwerk im Landkreis Ravensburg, das aufgrund der engen Zusammenarbeit mit Angehörigen und Betroffenen gezielt einzelne Vertreter verschiedenster Berufsgruppen für die Arbeit in den AGs vorschlagen konnte.

Im **Landkreis Reutlingen** wurde das Modellprojekt sektorenübergreifende Versorgung im Rahmen der KGK vorgestellt. Zunächst wurden durch die Projektkoordination „Key-Player“ für die jeweiligen Krankheitsbilder aus dem Landkreis ermittelt, mit denen im Vorfeld persönliche Einzelgespräche geführt wurden. In diesen Gesprächen konnte bereits ein erster Eindruck zu den Versorgungsstrukturen im Landkreis gewonnen sowie weitere AkteurInnen identifiziert werden, die durch die Koordinatorin zu den Arbeitsgruppensitzungen eingeladen wurden. Zur Rekrutierung weiterer ExpertInnen erfolgten landkreisinterne Recherchen, entsprechende AkteurInnen wurden über das Projekt informiert und eingeladen.

Zusätzlich wurde zwischen dem Ministerium für Soziales und Integration und dem stellvertretenden Vorsitzenden der Kassenärztlichen Vereinigung Baden-Württemberg (KVBW) vereinbart, dass die KV zwar nicht in allen Arbeitsgruppen vertreten ist, zumindest aber an jeder AG zu einem Krankheitsbild in allen 3 Landkreisen teilnimmt.

Insgesamt zeigte sich bei allen angefragten ExpertInnen ein großes Interesse am Projekt und an einer Verbesserung der Versorgung für PatientInnen in den Landkreisen.

Pro Arbeitsgruppe wurden jeweils 9-20 TeilnehmerInnen zu den Sitzungen eingeladen.

2.3.3. Vorgehen in den Arbeitsgruppen

Es wurde ein Vorgehen in drei Schritten gewählt: Zunächst wurde bei einem ersten Treffen eine IST-Analyse durchgeführt, bei der das Versorgungsangebot und die Versorgungsstrukturen im jeweiligen Landkreis analysiert wurden. Das zweite Treffen beinhaltete eine SOLL-Analyse, bei der die ArbeitsgruppenteilnehmerInnen aus ihrer Sicht optimale Versorgungspfade beschrieben und Behandlungsteams sowie Schnittstellen aufzeigten. Beim dritten Treffen der Arbeitsgruppe wurde ein SOLL-IST-Abgleich vorgenommen, bei dem Optimierungspotentiale und Schnittstellenprobleme benannt wur-

den. Die Materialien für alle Sitzungen wurden von der Universität Frankfurt in Absprache mit der LÜK entwickelt (siehe Anhang TP 2a). Diese orientierten sich maßgeblich an den vorliegenden Leitlinien für jedes Krankheitsbild. Die Vorbereitung und Durchführung der AG-Sitzungen erfolgte aus logistischen Gründen durch die Projektkoordinatorinnen in den Landkreisen. Hierzu zählten u. a. die Organisation von Räumlichkeiten und Catering, Einladungen, Bereitstellung der Materialien und die Moderation.

2.3.3.1. IST-Analyse (Sitzung 1)

Für die ersten AG-Sitzungen wurden jeweils 2-2,5 Stunden anberaumt. Sie hatten zum Ziel, die derzeitigen Versorgungsstrukturen für PatientInnen mit dem jeweiligen Krankheitsbild darzustellen. Hierfür wurden zunächst die laut Leitlinien an der Behandlung beteiligten AkteurInnen aufgelistet und durch die ExpertInnen ergänzt. Anschließend wurden die Aufgaben der jeweiligen AkteurInnen gemäß Leitlinien dargestellt und ebenfalls durch die ExpertInnen ergänzt.

Um Schnittstellen zwischen den AkteurInnen zu identifizieren, wurden in einer Kleingruppenarbeit von den TeilnehmerInnen bestehende Schnittstellen auf einer vorbereiteten Vorlage eingezeichnet und hinterher im Plenum diskutiert.

Außerdem wurde eine Stärken-Schwächen-Analyse durchgeführt, bei der die Arbeitsgruppenmitglieder einerseits bereits gut funktionierende Kooperationen, andererseits aber auch Versorgungsdefizite und Schnittstellenprobleme der Versorgung in ihrem Landkreis identifizieren sollten. Dabei wurden bereits erste Verbesserungsvorschläge und Lösungsansätze durch die Experten erarbeitet.

Den Abschluss der ersten Sitzungen bildeten ein kurzer Vortrag über das weitere Vorgehen in der Arbeitsgruppe und ein Ausblick auf die zweite Sitzung.

2.3.3.2. SOLL-Analyse (Sitzung 2)

Für die zweiten AG-Sitzungen wurden jeweils 2-2,5 Stunden anberaumt. Ziel war es, eine aus Sicht der ExpertInnen strukturell und inhaltlich optimale Versorgung für die PatientInnen mit dem jeweiligen Krankheitsbild zu erarbeiten. Dabei sollte berücksichtigt werden, wer idealerweise für die Behandlung zuständig sein und wie diese organisiert werden sollte, mit der Zielvorstellung einer sektorenübergreifenden Versorgung durch ein multiprofessionelles Behandlungsteam. Für die bildhafte Darstellung einer solchen sektoren- und berufsgruppenübergreifenden Versorgung wurde ein „Behandlungshaus“ entworfen, in dem der/die PatientIn ein integriertes Netzwerk an Behandelnden inklusive Angeboten zur Gesundheitsförderung und Prävention vorfindet. Für jedes Krankheitsbild wurden anhand der relevanten Leitlinien empfohlene Behandlungsbausteine für verschiedene Phasen der Erkrankung (z.B. Gesundheitsförderung/Prävention, Diagnostik, Akutphase, Stabilisierungsphase und Nachbehandlung, ggf. Palliativversorgung) identifiziert. Für jede Phase sollte durch die ExpertInnen ein Team zusammengestellt werden, das für die Versorgung, Betreuung und Behandlung des/der PatientIn in der jeweiligen Phase wichtig ist. Neben der phasenbezogenen Erstellung der Behandlungsteams wurde auf diese Weise auch ein über alle Behandlungsphasen hinweg tätiges „Kernteam“ für jedes Krankheitsbild erarbeitet. Zusätzlich wurde erfragt, welche Teammitglieder wohnortnah verfügbar sein sollten und welche ggf. auch über Landkreisgrenzen hinweg erreichbar sein könnten.

2.3.3.3. Abgleich der IST- und SOLL-Analyse (Sitzung 3)

Für die dritten AG-Sitzungen wurden jeweils ca. 2,5 Stunden anberaumt. Im Vorfeld wurden die Ergebnisse der ersten beiden Arbeitsgruppensitzungen sowie den in Teilprojekt 2b zwischenzeitlich durchgeführten Fokusgruppensitzungen mit Betroffenen ausgewertet und auf dieser Basis Handlungsempfehlungen im Hinblick auf das Versorgungskonzept entwickelt. Ziel dieser Sitzung war es, diese Handlungsempfehlungen abzustimmen, zu ergänzen und zu diskutieren. Zudem wurden durch die Universität Frankfurt zu jedem Krankheitsbild thematisch abgestimmte innovative Versorgungsprojekte recherchiert, die den ExpertInnen vorgestellt und mit ihnen hinsichtlich der Übertragbarkeit auf ihren Landkreis diskutiert wurden.

Aus dem Datenmaterial der ersten beiden Arbeitsgruppensitzungen sowie der Fokusgruppen konnten die drei Kategorien „Gesundheitsförderung und Prävention“, „Vernetzung“ sowie die Kategorie „Versorgungsangebot“ abgeleitet werden, denen die jeweiligen Ergebnisse zugeordnet wurden (siehe Abbildung 12).



Abbildung 12: Kategorisierung der Ergebnisse der ersten zwei AG-Sitzungen mit den GesundheitsakteurInnen und der Fokusgruppen mit Betroffenen

In die Kategorie „Gesundheitsförderung und Prävention“ wurden alle Ergebnisse einbezogen, die sowohl Maßnahmen und Versorgungsangebote zur Gesundheitsförderung als auch Maßnahmen und Versorgungsangebote zur Prävention zum Inhalt hatten. Die Kategorie „Vernetzung“ beinhaltet alle Ergebnisse bezogen auf Kooperationen, Kommunikation innerhalb der Sektoren, die Kontinuität der Versorgung (z.B. Ergebnisse zur Nachsorge), sowie die Ergebnisse bezogen die sektorenübergreifende Versorgung. In die Kategorie „Versorgungsangebot“ wurden Themen eingestuft, die sich auf die Struktur, Qualität und Ressourcen bezogen.

Die Präsentationen zu den jeweiligen Sitzungen wurden so aufgebaut, dass zunächst je Kategorie noch einmal die in den vorangegangenen Sitzungen erarbeiteten Stärken und Schwächen in der Versorgung präsentiert wurden. Diese sollten dann noch einmal durch die ExpertInnen ergänzt oder korrigiert werden. Im Anschluss wurden die erarbeiteten Handlungsempfehlungen je Kategorie vorgestellt, diskutiert, ergänzt oder korrigiert. Zum Schluss der Sitzung wurden Vorschläge zu landkreis-

übergreifenden Themen vorgestellt. Auch diese wurden mit den Experten besprochen und für die landkreisübergreifenden Sitzungen ausgearbeitet.

Am Ende der dritten Sitzung wurden von jeder Arbeitsgruppe VertreterInnen für die landkreisübergreifenden Sitzungen ausgewählt.

2.3.4. Entwicklung landkreisübergreifender Ansätze

Die vierte, landkreisübergreifende Sitzung fand in Stuttgart statt. Moderiert wurden die auf jeweils 3 Stunden angesetzten Sitzungen von jeweils zwei ModeratorInnen. Ein Überblick über den Aufbau der Sitzungen kann dem Anhang TP 2a entnommen werden.

Im ersten Teil der Sitzung ging es um die Vorstellung der TeilnehmerInnen untereinander und die Generierung neuer Ideen. Dieser Teil wurde von der Universität Stuttgart vorbereitet und moderiert. In einer Vorstellungsrunde nannten die TeilnehmerInnen gleich zu Beginn ein für sie wichtiges Thema in Bezug auf das Krankheitsbild. Mit Hilfe einer Methode zum schriftlichen Brainstorming wurden im darauffolgenden Schritt Ideen von allen TeilnehmerInnen weiterentwickelt, vorgestellt, bewertet und diskutiert.

Im zweiten Teil der Sitzung wurden zunächst die in den landkreisinternen Arbeitsgruppen entwickelten Handlungsempfehlungen vorgestellt und dann pro Krankheitsbild 3-4 ausgewählte Handlungsempfehlungen diskutiert und erweitert. Dabei wurden Handlungsempfehlungen ausgewählt, bei denen noch offene Fragen bestanden oder eine erneute Diskussion als besonders sinnvoll erachtet wurde. Die ausgewählten Empfehlungen wurden den TeilnehmerInnen der Arbeitsgruppe 2-3 Tage vor der Sitzung in Form eines Handouts zur Verfügung gestellt, so dass sie sich auf die Sitzung vorbereiten konnten. Das Handout wurde mit einem einheitlichen Anschreiben per Mail an alle TeilnehmerInnen verschickt. In der Sitzung wurden alle Ideen auf Metaplanwänden gesammelt und sortiert. Ein Beispiel für eine solche Gruppenarbeit zum Thema „Vernetzung“ aus der landkreisübergreifenden AG Diabetes kann dem Anhang TP 2a entnommen werden.

Weiterhin erstellte die Abteilung Allgemeinmedizin und Versorgungsforschung der Universitätsklinik Heidelberg für jedes Krankheitsbild eine Übersichtskarte sowie einige Datenauswertungen über die tatsächliche Versorgungssituation im Landkreis. Für jede AG wurde eine Karte der Versorger auf A0 ausgedruckt und für die Gruppendiskussion zur Verfügung gestellt. Die erstellte Karte wurde den TeilnehmerInnen auch im Handout zur Verfügung gestellt und ist dem Anhang TP 2a zu entnehmen.

2.3.5. Datenauswertung

Sämtliche Ergebnisse aus den Experten- und Fokusgruppen sowie der Dialogveranstaltung wurden qualitativ ausgewertet und in eine Übersichtstabelle übertragen. Dabei wurden die Protokolle sämtlicher Sitzungen durchgegangen und alle Hinweise der ArbeitsgruppenteilnehmerInnen extrahiert und dann thematisch geclustert. Für jedes Krankheitsbild ergab sich so eine umfassende Tabelle mit den Ergebnissen aus jedem Landkreis sowie der landkreisübergreifenden Sitzung. Die Ergebnisse der Fokusgruppen wurden dieser Tabelle hinzugefügt.

In einem nächsten Schritt wurde eine Mindmap mit allen Ergebnissen erstellt, um die Ergebnisse krankheitsunabhängig zu sortieren und weiter zusammenzufassen. In einem ersten Schritt wurden zunächst alle Inhalte der Tabelle übertragen, dann wurden Doppelungen zusammengefasst. Bei diesem Arbeitsschritt wurde das Krankheitsbild, dem dieses Ergebnis zugeordnet war, nur genannt, wenn es zwingend notwendig war. In einem weiteren Schritt wurden Kategorien gebildet und die

verschiedenen Themen wurden sortiert, so dass sich 5 Kategorien herausbildeten: Information und Aufklärung, Lebenswelten, Vernetzung, Versorgung in gute Qualität und Transparenz über das Versorgungsangebot. Die Tabellen sind dem Anhang TP 2a zu entnehmen.

2.4. Teilprojekt 2b: Methodik der PatientInnen-Fokusgruppen sowie der Dialogveranstaltung mit allen Projektteilnehmenden sowie der Öffentlichkeit

Das Teilprojekt 2b, geleitet vom Zentrum für interdisziplinäre Risiko- und Innovationsforschung der Universität Stuttgart (ZIRIUS), bringt die Sichtweise von PatientInnen sowie deren Angehörigen in das Modellprojekt ein. Dazu wurde eine Serie von moderierten Gruppendiskussionen, sogenannten Fokusgruppen durchgeführt.

Dazu wurden in den Modelllandkreisen Biberach, Ravensburg und Reutlingen Personen über die in den AG-Sitzungen beteiligten AkteurInnen angesprochen, die eine Erkrankung aufweisen, die mit einem der sieben Krankheitsbilder des Modellprojekts verknüpft ist. Dabei sollten die Fokusgruppen grundsätzlich alle Themen analog zu den AG-Sitzungen der GesundheitsexpertInnen aus Teilprojekt 2a ansprechen. Da der zeitliche - und für die Reise zu gemeinsamen Sitzungen körperliche - Aufwand für die PatientInnen minimiert werden musste, wurden diese Fokusgruppen so gestaltet, dass IST- und SOLL-Analyse des Zustands sowie die Entwicklung von Ideen für eine alternative Patientenversorgung in eine Veranstaltung integriert wurden.

Dabei wechselten sich die Teilnehmenden intensiv befragende Formate, wie die Bearbeitung von Arbeitsblättern (siehe folgendes Kapitel zur genaueren Darstellung des Fokusgruppenablaufs) ab mit interaktiven Diskussions- und Fragerunden, die typisch für das Format der Fokusgruppe sind. Diese ermöglichen das Erfassen der intersubjektiven Rationalität, also der Klärung der Frage, warum ein Befragter etwas wie bewertet, bzw. wieso er einen bestimmten Wunsch oder eine Handlungsempfehlung formuliert.

Damit ermöglicht die Fokusgruppe einen tiefen, verstehenden Einblick in die Sichtweise einer Gruppe von Befragten, die dem Modellprojekt die nötige Erweiterung um die Perspektive der Betroffenen gibt. So können inhaltlich verbesserte und auch demokratisch besser gerechtfertigte Handlungsempfehlungen für die zukünftige Gesundheitsplanung entwickelt werden.

2.4.1. Methodik und inhaltlicher Aufbau der Fokusgruppen

Durchführung der Rekrutierung der Betroffenen bzw. deren Angehörigen

Die Anforderungen an die Rekrutierung der TeilnehmerInnen waren hoch, da es schwierig ist, Betroffene - beziehungsweise bei einigen Krankheitsbildern, wie Demenz oder Kinder- und Jugend-Anorexie, Angehörige - zu finden, die an einer Fokusgruppe zur Patientenversorgung teilnehmen. Da es sich bei dieser Zielgruppe um eine Spezialpopulation handelt, fällt auch die Möglichkeit weg, die Aufgabe der Rekrutierung nach außen an ein Unternehmen zu vergeben. Auch die Datenschutzbestimmungen zu Krankenakten sorgen in diesem Fall dafür, dass kein ansprechbares Zentralregister als Rekrutierungsoption gegeben ist.

Daher wurde für die sieben Fokusgruppen des Teilprojekts 2b eine „Schneeball“-Rekrutierung über die bereits angesprochenen ExpertInnen bzw. in medizinischen Berufen arbeitenden Personen, die in Teilprojekt 2a teilnehmen, angewendet. Die ÄrztInnen und TherapeutInnen wurden angesprochen, ob sie einen Flyer, der PatientInnen über Sinn, Thema und Ablauf der Fokusgruppen informierte, in

Ihrer Praxis auslegen könnten oder ihrer Meinung nach geeignete (vom Krankheitsbild betroffene) PatientInnen direkt auf die Fokusgruppen ansprechen könnten.

Da dies nicht bei allen Krankheitsbildern bereits zu gefüllten Fokusgruppen führte, wurden zusätzlich noch von den Kreisgesundheitsämtern bekannte Selbsthilfe- bzw. Angehörigengruppen kontaktiert, um mehr potentielle Interessenten zu erreichen. Auch wurden Pressemitteilungen herausgegeben, um auf die Fokusgruppentermine aufmerksam zu machen.

Ablauf der Fokusgruppen

Die Fokusgruppen begannen mit einem Kurzreferat, das den Teilnehmenden den Auftrag, die Methode und die Zielsetzung des Projekts sowie der gemeinsamen Fokusgruppe darstellte. Anschließend erfolgten die Datenschutzerklärung sowie die Frage nach der Einwilligung der TeilnehmerInnen in die Audioaufzeichnung der Fokusgruppe. Diese Audioaufzeichnung ist zusammen mit den bearbeiteten Arbeitsblättern Basis der Auswertung für das Projekt.

Dabei konnten durch die Transkription der Audioaufzeichnung einerseits die Projektergebnisse direkt auch von den Kollegen des Teilprojekts 2a genutzt werden, andererseits konnte die Qualität der Auswertungsergebnisse durch Intercoder-Reliabilität verbessert werden.

Die darauffolgende Betrachtung des IST-Zustands der Patientenversorgung aus Sicht der Teilnehmenden erfolgte mittels eines Arbeitsblatts. Diese stimulierte die Retrospektive der genutzten Dienste und Ansprechpartner der Gesundheitsversorgung.

Die Teilnehmenden wurden gebeten, auf einem Arbeitsblatt (Beispiel siehe unter 1.1. in Anhang Teilprojekt 2b) anhand von Pfeilen zu notieren, welche Angebote der Gesundheitsversorgung genutzt wurden. Dabei gehen die Pfeile immer von dem/der AkteurIn aus, der den/die PatientIn aktiv zu einer anderen Stelle vermittelt hat. Somit ergibt sich ein Netzwerkabbild, welches auch Aufschluss darüber gibt, wer entscheidend die Versorgungsorganisation übernommen hat – solche AkteurInnen fallen durch eine Vielzahl von ihnen ausgehenden Pfeilen auf; dies sind zumeist der/die PatientIn (bzw. Angehörige) oder der/die HausärztIn. Die auf dem Blatt „Patientenpfad“ abgebildeten AkteurInnen sind dabei thematisch in Gruppen zusammengestellt, um den Teilnehmenden die Übersicht zu erleichtern, und dürfen durch eigene Nennungen ergänzt werden.

Daran anschließend wurde in einer offenen Gesprächsrunde erfasst, welches die Stärken und Schwächen der vom/von der PatientIn erlebten Versorgung waren, und diese stichwortartig auf Karten festgehalten (siehe Abbildung 1.2. im Anhang Teilprojekt 2b). Typischerweise entwickeln die Teilnehmenden hierbei oftmals schon erste Ideen, wie die verbesserte, zukünftige Versorgung aussehen kann. Diese Ideen werden dann ebenfalls paraphrasiert aufgeschrieben und wie die Stärken und Schwächen angepinnt.

Danach erfolgte die Betrachtung des SOLL-Zustands der Patientenversorgung. Dabei wurden die Teilnehmenden neben dem Formulieren eigener Vorstellungen oder Wünsche an das Gesundheitssystem gebeten, in einem auf einem zweiten Arbeitsblatt dargestellten „Angebotshaus“ (siehe Abbildung 1.3 im Anhang Teilprojekt 2b), diejenigen zu markieren, die aus ihrer Sicht besonders wichtig sind.

Diese Arbeitsblätter orientieren sich an denen der Diskussionsrunden der ExpertInnen, stellen allerdings alle Angebote und AkteurInnen nicht nach Etagen getrennt, sondern gemeinsam dar. Zusätzlich wurde, um deren große Bedeutung besser darzustellen, der Bereich der Lebens(um)welt der PatientInnen direkt in dieses Blatt mit aufgenommen, auch wenn diese nicht einen Teil der (planbaren)

zukünftigen medizinischen Patientenversorgung darstellt (siehe Abbildung 1.3. im Anhang Teilprojekt 2b).

Der dritte Teil der Fokusgruppe beschäftigte sich mit der Frage, wie man den projizierten SOLL-Zustand erreichen kann. Dies wird aus der Audioaufzeichnung bzw. deren Transskript heraus analysiert.

Je nachdem, ob die Teilnehmenden hier eigenständig viele eigene Ideen und Vorschläge entwickelten oder sich bei einer solchen Zukunftsgestaltung schwertaten – hierbei treten deutliche Unterschiede der Gruppendynamik, je nach Besetzung der Fokusgruppe auf - wurde den Teilnehmenden noch ein drittes Arbeitsblatt als Stimulus vorgelegt. Dieses Blatt beschrieb in einem kurzen Text die Aufgaben und den Angebotsumfang eines kanadischen Health-Centers sowie ein konkretes Beispiel eines solchen Zentrums aus einem Stadtteil Torontos.

Dabei waren die Informationen wertneutral, anonymisiert und so dargestellt, als ob es sich um ein Gedankenexperiment, nicht um eine Beschreibung eines Elements des kanadischen Gesundheitssystems handelt. Dies ist wichtig, um eine möglichst neutrale Bewertung der Wirksamkeit und Sinnhaftigkeit eines solchen Gesundheitszentrums aus Sicht der Befragten zu erhalten. Nur so wird das Beispiel auch dahingehend hinterfragt, ob dies ein möglicher Ansatz sein kann, und nicht ein verzerrender Zustimmungseffekt gegenüber einem bestehenden Gesundheitssystem erzeugt, welcher dann gemessen wird. Diese Hinterfragung stimuliert dann ein systematisches Denken über mögliche Zukunftsszenarien der Patientenversorgung, die dann wieder in ihrer Argumentstruktur aus dem Transskript heraus analysiert werden.

Die Abbildung 1.4. (siehe Anhang Teilprojekt 2b) stellt die realisierten Fallzahlen trotz größerer Probleme bei der Rekrutierung dar. Bei Krankheitsbildern wie bspw. chronischem Kreuzschmerz stellte sich heraus, dass Betroffene aufgrund der verschriebenen Medikamente abends nicht Autofahren dürfen, um an einer Fokusgruppe teilnehmen zu können. Angehörige von Jugendlichen, die an Anorexie erkrankt sind, sind wiederum Vollzeit eingebunden in die Betreuung ihrer Kinder, etc. Jugendliche, die von Anorexie betroffen sind, sollten davon getrennt in Interviews befragt werden, um den besonderen Schutz der Jugendlichen zu gewährleisten. Leider wurden trotz mehrerer Versuche, Jugendliche hierfür zu rekrutieren, alle Interviewanfragen abgelehnt, und bereits vereinbarte Interviews kurzfristig abgesagt. Daher muss sich dieser Bericht auf die Sichtweisen der Erziehungsberechtigten anorektischer Jugendlicher stützen. Die starke Belastung aller Familienangehörigen, die bei diesem Krankheitsbild typisch ist, ist ein klares Hemmnis für eine direkte Befragung. Eine Angehörige drückte es so aus, dass während der Erkrankung alle Zeit und Aufmerksamkeit zur Bekämpfung der Krankheit verwendet werden muss und nach dem Überwinden alle Familienangehörigen ausgebrannt sind und daher kein gesteigertes Interesse haben, an Befragungen mitzuarbeiten.

Bei der Rekrutierung von Demenzpatienten bzw. deren Angehörigen wurde daher die Chance genutzt, das Projekt in der Reutlinger Selbsthilfegruppe erneut vorzustellen und so einen zweiten Termin zur Datenerhebung zu nutzen.

Die Diskussionen in allen Fokusgruppen wurden audioaufgezeichnet und anschließend transkribiert. Diese Verschriftlichungen wurden dann mittels einer Analyse-Software (MaxQDA Version 10) gesichtet. Dabei wurden die Zitate entsprechend eines Code-Baumes (siehe Abbildung 1.5. im Anhang Teilprojekt 2b) in den Transkripten markiert (das so genannte „codieren“). Dieses Vorgehen ermöglicht zwei Dinge:

1. Es ermöglicht Häufungen identischer oder ähnlicher Argumente/Sachverhalte/Antworten der Teilnehmenden über die verschiedenen Veranstaltungen zu erkennen. Die so identifizierten Strukturen ergeben schließlich einen Eindruck des Gesamtbildes des Zustands der Gesundheitsversorgung aus PatientInnen-sicht sowie der PatientInnenwünsche.
2. Der schnelle Zugriff auf die so markierten Zitate der Teilnehmenden ermöglicht es, die Aussagen zu Themengebieten schnell zu finden, miteinander zu vergleichen und vor allem durch mehrere Durchläufe mit geschulten Kodierern objektiv vergleichbar zu machen (sog. Inter-Coder-Reliabilität).

Der Codebaum (siehe Abbildung 2.1.5. im Anhang) wird dabei einerseits vor dem Codieren durch methodische Überlegungen strukturiert angelegt, andererseits entwickelt er sich in seinen Verzweigungen und Unterkategorien im Verlauf des Codierens ähnlich einer Mindmap. Dies ist erforderlich, da der Verlauf jedes diskursiven Verfahrens, wie die Fokusgruppe eines ist, nicht vollständig durch die Strukturierung seitens der Moderation vorgegeben werden kann.

Die Ergebnisse der Fokusgruppenanalyse werden im folgenden Kapitel dargestellt. Dabei wurden die sieben Einzelperspektiven aus den an einem Krankheitsbild orientierten Fokusgruppen zu einem übergreifenden Blick auf das gesamte Gesundheitssystem aus Sicht der PatientInnen bzw. deren Angehörigen integriert.

Wörtliche Zitate der Teilnehmenden aus den Fokusgruppen sind dabei als Beispiele und Belege mit angeführt. Diese werden in Anführungszeichen gesetzt, *kursiv hervorgehoben* und mit einem Kurzbeleg (z.B.: F5T3) markiert, welcher beispielsweise für Fokusgruppe #5, Teilnehmender #3 steht. Aus Datenschutzgründen werden alle Zitate so dargestellt, dass Rückschlüsse auf die Identität des Sprechers /der Sprecherin nicht möglich sind. Auch wird der Schlüssel der Zuordnungen diesem Bericht nicht angefügt, ist aber entsprechend der Datenschutzrichtlinien bei der Universität Stuttgart, im Archiv des Forschungszentrums ZIRIUS, hinterlegt.

2.4.2. Methodisches Konzept und Ablaufplanung Dialog-Veranstaltung

Der das Projekt „Sektorenübergreifende Versorgung“ abschließende Dialog hatte nach der Verschiebung vom 30. September 2017 auf den 3. Februar 2018 ein geändertes Anforderungsprofil, da die Auswertung der Experten- und Fokusgruppen deutlich fortgeschritten war. Das Hauptaugenmerk lag nun auf der Rückkopplung der erarbeiteten Thesen für eine zukünftige sektorenübergreifende Versorgung.

Da die Veranstaltung als Teilnehmendenkreis alle ExpertInnen der sieben Krankheitsbilder, die Teilnehmenden der sieben (bzw. acht) Fokusgruppen sowie bisher projektexterne Personen aus dem Gesundheitswesen und interessierte BürgerInnen umfassen sollte, wurde sie so konzipiert, dass alle Gruppen gleichberechtigt und auf Augenhöhe miteinander in einen Dialog treten konnten.

Daher wurden direkt nach der Begrüßung der Teilnehmenden in einem Vortrag die grundlegenden Ziele und Aufgaben des Modellprojekts „Sektorenübergreifende Versorgung“ vorgestellt. Anschließend wurde das Plenum in fünf thematische Arbeitsgruppen à 20-30 Personen aufgespalten, da eine tiefere Beschäftigung mit den Vorschlägen, die aus der Auswertung der vorangegangenen Veranstal-

tungen gewonnen wurden (siehe Kapitel 3.4.), nur in kleineren Gruppen möglich ist. Ein Überblick über den Ablauf der Veranstaltung ermöglicht Abbildung 1.6. im Anhang Teilprojekt 2b.

Die Themen der Arbeitsgruppen waren so konzipiert, dass erstens alle Teilnehmenden unabhängig ihres Hintergrundes eine gemeinsame Arbeitsebene fanden. Und zweitens wurde die zuvor herrschende Trennung entlang der sieben Krankheitsbilder aufgelöst, um die Diskussion hin zu einem krankheitsbilder- und sektorenübergreifenden Diskussionsforum zu öffnen.

Anhand dieser Vorüberlegungen wurden als Titel bzw. Schwerpunkte für die fünf Arbeitsgruppen gewählt:

- A) Angebote der Behandlung psychischer Krankheiten
- B) Angebot eines neutralen, kreis- und krankheitsübergreifenden Patientenlotsen
- C) Bessere Verzahnung zwischen stationärer und ambulanter Behandlung
- D) Gesundheitsförderung und Prävention – neu denken und gestalten
- E) Gesundheitsversorgung in der Zukunft

Diese Themen stellten aufgrund der Auswertungen der anderen Veranstaltungen wichtige Handlungsbereiche dar, die einerseits die verschiedenen Teilnehmendengruppen einluden, ihr (Erfahrungs-)Wissen einzubringen, andererseits hatten die Projektpartner zu all diesen Themen bereits klare Vorschläge in Form von Thesen für die zukünftige Gesundheitsversorgung entwickelt, die im Rahmen der Veranstaltung präsentiert und diskutiert wurden. Die vollständigen Thesenpapiere der fünf Arbeitsgruppen sind im Anhang Teilprojekt 2b unter 2.1. bis 2.5. dargestellt.

Um diese Themen in einer vertrauensvollen Atmosphäre gemeinschaftlich diskutieren zu können, wurde nach der Anmoderation erst eine Vorstellungsrunde aller Teilnehmenden durchgeführt.

Außerdem wurden die Gruppen nach einem Tandem-Moderationskonzept geführt: Neben der klassischen Moderation, die das Gespräch leitet und strukturiert, sowie neutral zwischen den Teilnehmenden vermittelt, gab es in jeder der Gruppen auch einen Projektmitarbeitenden, der der Gruppe die Thesen vorstellte und diese bei Rückfragen erläuterte. Diese Person wurde von den projektinternen Gesundheitsämtern gestellt, um Expertise für fachliche Rückfragen oder auch zur Begründung der aufgestellten Thesen bereit zu stellen.

Die während der Diskussion vorgebrachten Argumente wurden dabei von der Moderation auf Karten notiert und an einer Pinnwand den zuvor angebrachten Thesen zugeordnet. Dieses Vorgehen dient der Strukturierung der Ergebnisse, andererseits der Transparenzerwartung der Teilnehmenden, da sie diesen Vorgang überwachen und gegebenenfalls einschreiten können. Fotos der Ergebniswände sind im Anhang Teilprojekt 2b unter 4.1. bis 4.5. zu finden.

Um allen an der Dialogveranstaltung Teilnehmenden die Arbeit in den Gruppen vorzustellen, wurden die Ergebniswände im zweiten Teil der Veranstaltung ins Plenum transportiert und entweder vom Moderationstandem oder, wenn sich unter den Teilnehmenden Freiwillige fanden, durch Teilnehmende und Moderation vorgestellt.

Das letzte Element der Veranstaltung war eine Podiumsdiskussion, die mit VertreterInnen von Patientengruppen, Kliniken und Sozialverbänden zusammen mit dem Minister für Soziales und Integrati-

Methodik

on, Herrn Manne Lucha, durchgeführt wurde. Die Podiumsmitglieder wurden zunächst zu den in den Arbeitsgruppen erlebten Diskussionen befragt, danach wurde das Podium für Fragen aus dem Publikum (d.h. allen Teilnehmenden) geöffnet.

3. Ergebnisse

In den folgenden Kapiteln werden die Ergebnisse der drei Teilprojekte detailliert und für jeden Landkreis einzeln dargestellt. In Kapitel 3.5. werden die Gesamtergebnisse noch einmal zusammengefasst.

3.1. Teilprojekt 1: Ergebnisse der Datenanalysen für Baden-Württemberg und die Modellregion

In diesem Abschnitt werden die Analyseergebnisse für das Land Baden-Württemberg und alle 44 Kreise dargestellt, von denen 9 als Stadt- und 35 als Landkreise eingestuft werden [44].

Besondere Auswertungen für die Modellregion werden hier ebenfalls vorgestellt. Zunächst erfolgt eine Beschreibung der Versorgungssituation anhand der Dimensionen nicht-medizinischer Determinanten der Gesundheit, Gesundheitszustand, Inanspruchnahme des Gesundheitssystems, Leistungsfähigkeit des Gesundheitssystems und Versorgungsangebot. Dabei werden in erster Linie ausgewählte Indikatoren herangezogen, die im Rahmen des Modellprojekts auf Ebene der Landkreise und kreisfreien Städte für das Beobachtungsjahr 2013 abbildbar waren. Anschließend folgt eine krankheitsbildspezifische Ergebnisdarstellung für die im Projekt ausgewählten Krankheitsbilder Anorexia nervosa, chronischer Kreuzschmerz, Darmkrebs, Demenz, Depression, Diabetes mellitus Typ 1 und 2 sowie Schlaganfall zu folgenden Analysen:

- Prävalenz im Basisjahr 2013 und Projektion für 2023
- Intersektorale Inanspruchnahme im Basisjahr 2013
- Interregionale Inanspruchnahme im Basisjahr 2013²⁰
- Inanspruchnahme im Basisjahr 2013 und Projektion für 2023

Im letzten Teil dieses Abschnitts wird die zukünftige Inanspruchnahme dem Versorgungsangebot gegenübergestellt um eine Einschätzung darüber zu geben, welche Folgen eine demografisch bedingt veränderte Inanspruchnahme für die Vorhaltung von Versorgungskapazitäten haben könnte. Die Darstellung erfolgt gegliedert nach den Bereichen ambulante ärztliche und psychotherapeutische Versorgung, akutstationäres Angebot, Pflege und Rehabilitation.

Für jedes der im Projekt ausgewählten Krankheitsbilder erfolgte eine Fokussierung von Versorgungsbereichen.

²⁰ Die Analyse interregionaler Inanspruchnahme im Basisjahr 2013 bezieht sich auf die Versorgung im Krankenhaus. Da dieser Versorgungsbereich für das Krankheitsbild Demenz nicht betrachtet wurde, entfällt die Darstellung dieser Analyse für dieses Krankheitsbild.

Ergebnisse

Tabelle 11 gibt einen Überblick darüber, welche Versorgungsbereiche in den tiefergehenden Analysen für ein Krankheitsbild betrachtet wurden.

Tabelle 11: In tiefergehenden Analysen (Teilprojekt 1) betrachtete Versorgungsbereiche je Krankheitsbild.

	Anorexia nervosa	Depression	Demenz	Darmkrebs	Schlaganfall	Chronischer Kreuzschmerz	Diabetes mellitus Typ 1 und 2
Hausärztliche Versorgung	X	X	X	X	X	X	X
Fachärztliche Versorgung	X	X	X	X	X	X	X
Krankenhaus	X	X		X	X	X	X
Rehabilitation (stationär)					X	X	
Heilmittel					X	X	
Hilfsmittel					X	X	
Ambulante und teilstationäre Pflege nach SGB XI			X		X		
Vollstationäre Dauerpflege nach SGB XI			X		X		

3.1.1. Allgemeine Versorgungssituation

Nicht-medizinische Determinanten der Gesundheit

Ein beeinflussender Faktor von Gesundheit neben der Gesundheitsversorgung selbst sind sogenannte nicht-medizinische Determinanten wie Gesundheitsverhalten, soziale Determinanten und demografische Faktoren [45].

Eine gesundheitsrelevante Verhaltensweise stellt das Rauchverhalten dar. Der Konsum von Tabak steht in Zusammenhang mit einem erhöhten Erkrankungsrisiko für verschiedene Krankheitsbilder, z.B. gefäßassoziierte Erkrankungen wie Herzinfarkte und Schlaganfälle und Lungenerkrankungen wie COPD (Chronisch obstruktive Lungenerkrankung) und Lungenkrebs. Im Rahmen des Mikrozensus der Statistischen Ämter des Bundes und der Länder wurden Personen nach ihrem Rauchverhalten gefragt. Abbildung 13 stellt den Anteil der regelmäßigen Raucher in Baden-Württemberg im Jahr 2013 dar auf Ebene der Landkreise und kreisfreien Städte. Demnach zählten sich schätzungsweise 19% der Bevölkerung in Baden-Württemberg und auch innerhalb der drei Landkreise der Modellregion zu den regelmäßigen Rauchern. Der kleinste Anteil ergab sich für die kreisfreie Stadt Mannheim mit einem Anteil selbst berichteter regelmäßiger Raucher von rund 13%. Am größten war der Anteil in der kreisfreien Stadt Karlsruhe mit rund 24%.

Ergebnisse

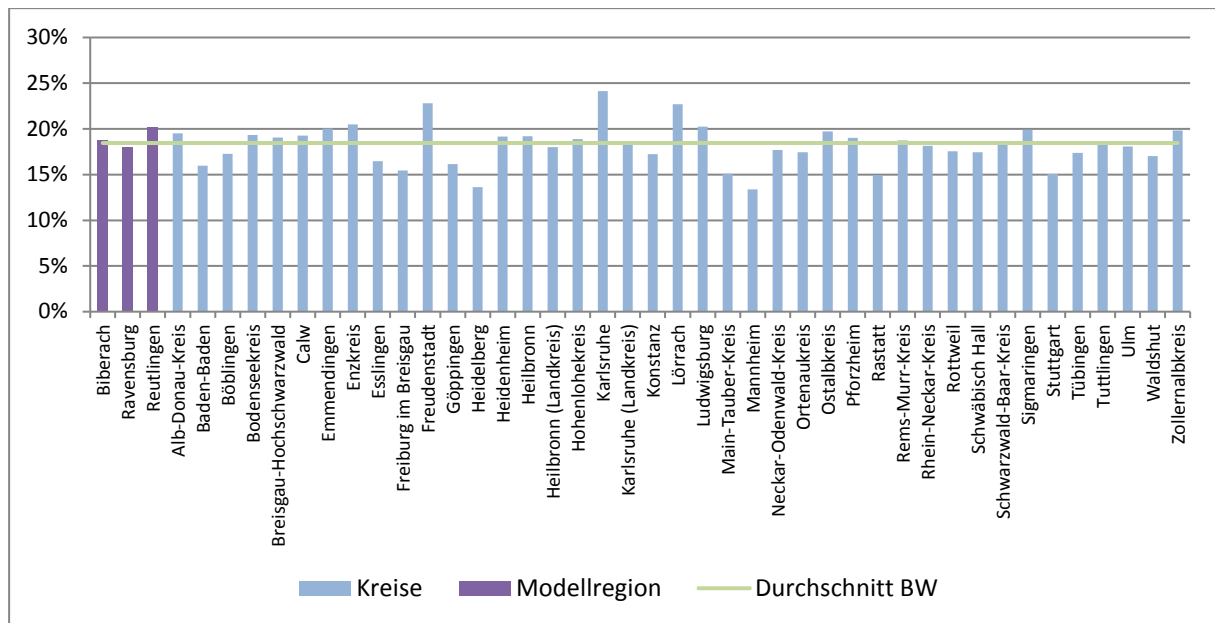


Abbildung 13: Indikator 3 - Anteil regelmäßiger Raucher in Baden-Württemberg auf Ebene der Landkreise und kreisfr. Städte. [Eigene Berechnung auf Basis des Mikrozensus 2013, gewichtet]

Neben dem Gesundheitsverhalten stehen auch demografische Faktoren wie Alter und Geschlecht häufig in Zusammenhang mit einem erhöhten Erkrankungsrisiko für verschiedene Krankheiten sowie Pflegebedürftigkeit. Ein Blick auf die Veränderung der Bevölkerungsstruktur kann somit einen ersten Eindruck darüber vermitteln, ob zukünftig mit mehr oder weniger Betroffenen zu rechnen ist. In Abbildung 14 und Abbildung 15 ist die Bevölkerungsstruktur jeweils in Baden-Württemberg und den drei Landkreisen der Modellregion zusammen für das Jahr 2013 und 2023 dargestellt.

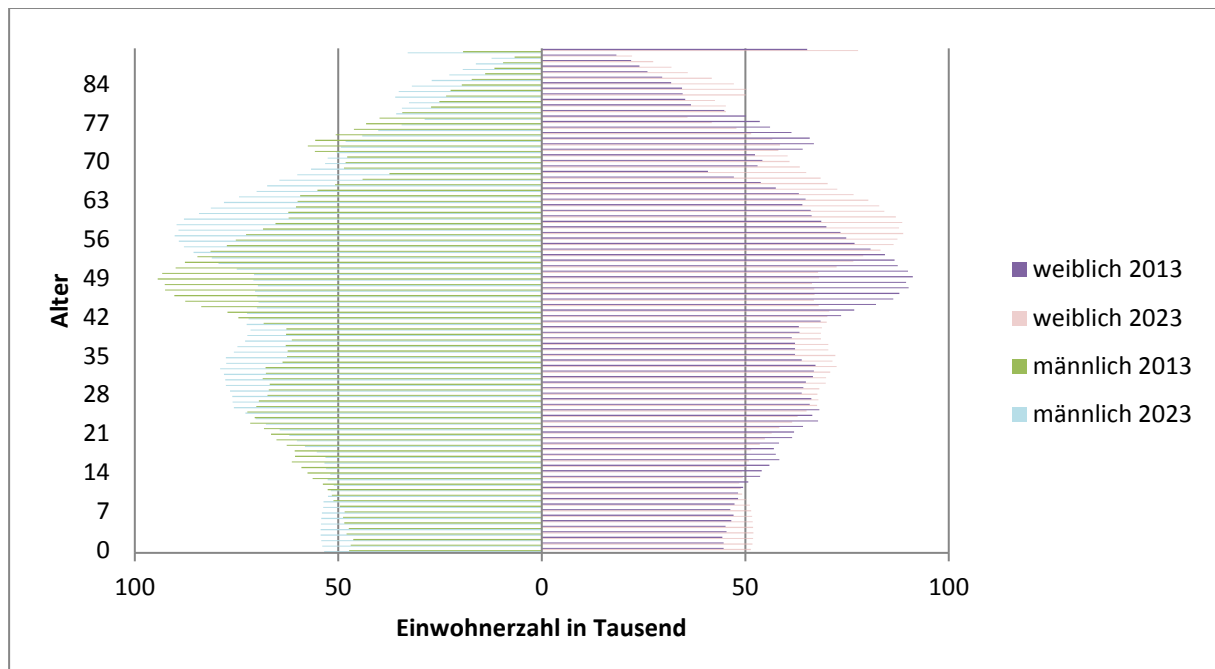


Abbildung 14: Bevölkerungsstruktur in Baden-Württemberg im Jahr 2013 und 2023. [Eigene Darstellung auf Basis der Bevölkerungsfortschreibung (2013) und regionalisierten Bevölkerungsvorausrechnung (2023) des Statistischen Landesamtes Baden-Württemberg]

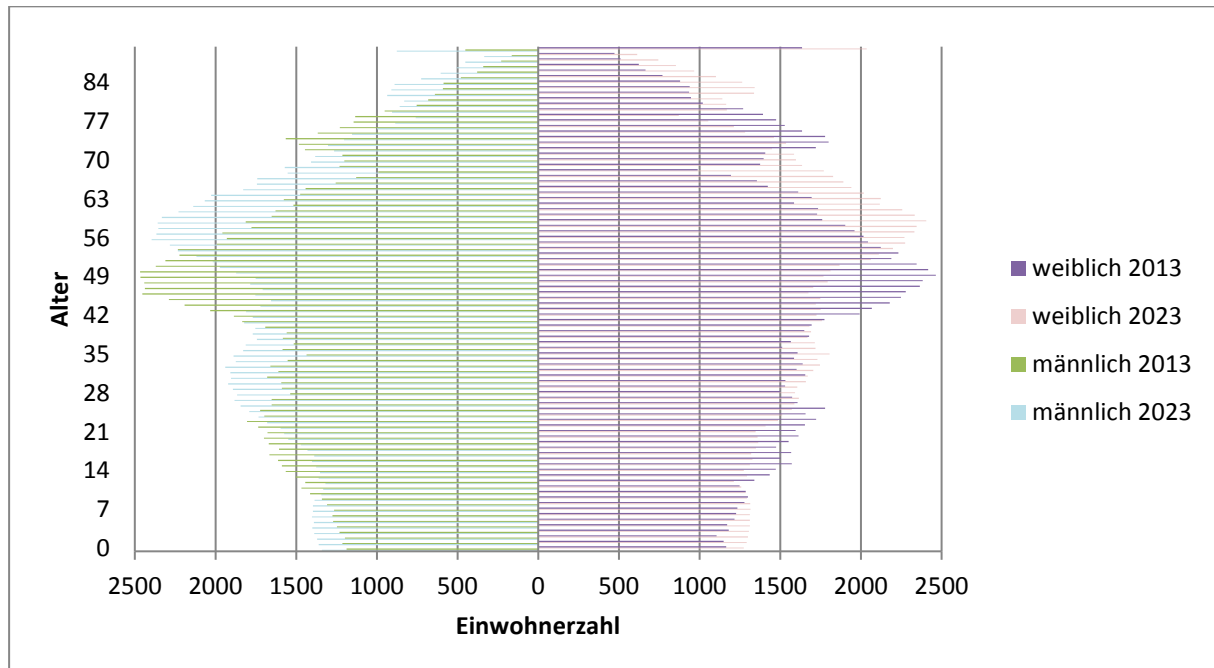


Abbildung 15: Bevölkerungsstruktur in der Modellregion im Jahr 2013 und 2023. [Eigene Darstellung auf Basis der Bevölkerungsforschreibung (2013) und regionalisierten Bevölkerungsvorausrechnung (2023) des Statistischen Landesamtes Baden-Württemberg]

Vom Jahr 2013 bis zum Jahr 2023 ergibt sich auf Basis der regionalisierten Bevölkerungsvorausrechnung des Statistischen Landesamtes Baden-Württemberg für das Bundesland insgesamt und auch für die drei Landkreise der Modellregion ein Anstieg der Bevölkerungszahl. In der Modellregion würden hiernach rund 34.000 mehr Menschen leben im Jahr 2023 verglichen mit dem Jahr 2013. In Baden-Württemberg ergibt sich rund eine halbe Million zusätzlicher Einwohner. Die geburtenstarken Jahrgänge der 1950er und 1960er Jahre würden sich im Jahr 2023 ungefähr in einem Alter zwischen 50 und 70 Jahren befinden.

Ein hohes Lebensalter ist ein Risikofaktor für Pflegebedürftigkeit. In Deutschland waren im Jahr 2013 rund 5% der Altersgruppe zwischen 70 bis unter 75 Jahren pflegebedürftig, in der Altersgruppe ab 90 Jahren lag der Anteil der Pflegebedürftigen bei 64% [46]. Der Bevölkerungsanteil von Personen in einem hohen Lebensalter an der Bevölkerung kann daher ein Hinweis sein für den Pflegebedarf in einer Region. Abbildung 16 zeigt den Anteil der Bevölkerungsgruppe ab 80 Jahren in Baden-Württemberg insgesamt und den Stadt- und Landkreisen. In Baden-Württemberg und den drei Landkreisen der Modellregion waren rund 5% der Bevölkerung 80 Jahre alt und älter. Am höchsten war der Anteil im Stadtkreis Baden-Baden mit rund 8%. Hier war auch die Pflegeplatzdichte für Pflegeplätze der vollstationären Dauerpflege im Jahr 2013 am höchsten. Im Landkreis und Universitätsstandort Tübingen war der Anteil der 80-Jährigen und älteren Bevölkerung am niedrigsten mit rund 4%, so auch die Pflegeplatzdichte der vollstationären Dauerpflege.

Ergebnisse

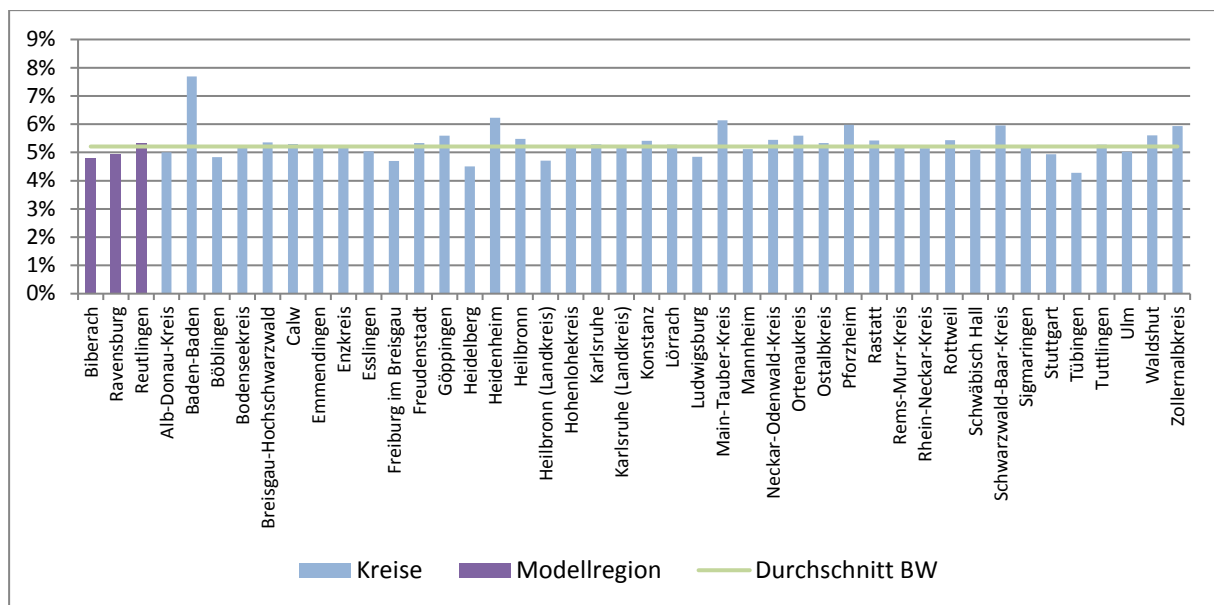


Abbildung 16: Indikator 32 - Anteil der Bevölkerungsgruppe ab 80 Jahren in den Landkreisen und kreisfr. Städten Baden-Württembergs im Jahr 2013. [Bevölkerungsfortschreibung des Statistischen Landesamtes Baden-Württemberg]

Auch der sozioökonomische Status (SES) als mehrdimensionaler Index aus Einkommen, Schulbildung und Beruf steht in Zusammenhang mit dem Gesundheitszustand. Für Deutschland konnten z.B. Unterschiede bezüglich ausgewählter Gesundheitsoutcomes festgestellt werden zwischen Menschen mit einem „niedrigen“ SES im Vergleich zu Menschen mit einem höheren SES. Erstere Gruppe schätzt ihren allgemeinen Gesundheitszustand schlechter ein, ist häufiger betroffen von einer Diabeteserkrankung, hat ein höheres Risiko für eine depressive Symptomatik, Adipositas und sportliche Inaktivität [47]. Eine Schätzung des Anteils an Personen mit einem „niedrigen“ SES an der Bevölkerung der Stadt- und Landkreise in Baden-Württemberg im Jahr 2013 ist in Abbildung 17 dargestellt. Die Berechnung erfolgte auf Basis des Mikrozensus in Anlehnung an die Indexzusammensetzung nach Winkler und Stolzenberg. Für die Stadt- und Landkreise in Baden-Württemberg zeigten sich Unterschiede beim Anteil der Bevölkerung mit einem „niedrigen“ SES. In Baden-Württemberg lag dieser durchschnittlich bei rund 18%, ähnlich auch in der Modellregion mit rund 18% in den Landkreisen Biberach und Reutlingen sowie rund 17% im Landkreis Ravensburg. Am niedrigsten war der Anteil im Stadtkreis Heidelberg mit rund 12%, am höchsten und mehr als doppelt so hoch im Landkreis Heidenheim mit rund 28%.

Eine weitere diskutierte nicht-medizinische Determinante der Gesundheit ist der Migrationshintergrund. Unter diesen Begriff fallen vielen verschiedene Gruppen, wie z.B. Menschen mit eigener Migrationserfahrung – aufgrund von Flucht vor Krieg oder erhoffte bessere berufliche Entfaltungsmöglichkeiten – und Menschen ohne eigene Migrationserfahrung, von denen mindestens ein Elternteil Migrationserfahrung hat sowie verschiedene Herkunftsländer. So heterogen die Verwendung des Begriffs „Migrationshintergrund“ ist, sind auch Erkenntnisse und Erklärungsansätze zum Zusammenhang von Migrationshintergrund und Gesundheit. Beim sogenannten „Healthy-migrant-Effekt“ wird z.B. davon ausgegangen, dass vor allem junge und gesunde Menschen auswandern, wodurch zumindest kurzfristig für die erste Einwanderungsgeneration eine positive Assoziation zwischen Migration und Gesundheit angenommen wird. Gemäß der „Theorie der sozialen Unterprivilegierung“ wird Migration als Risikofaktor für soziale Benachteiligung angenommen, welche wiederum in einem negativen Zusammenhang mit Gesundheit steht [48].

Ergebnisse

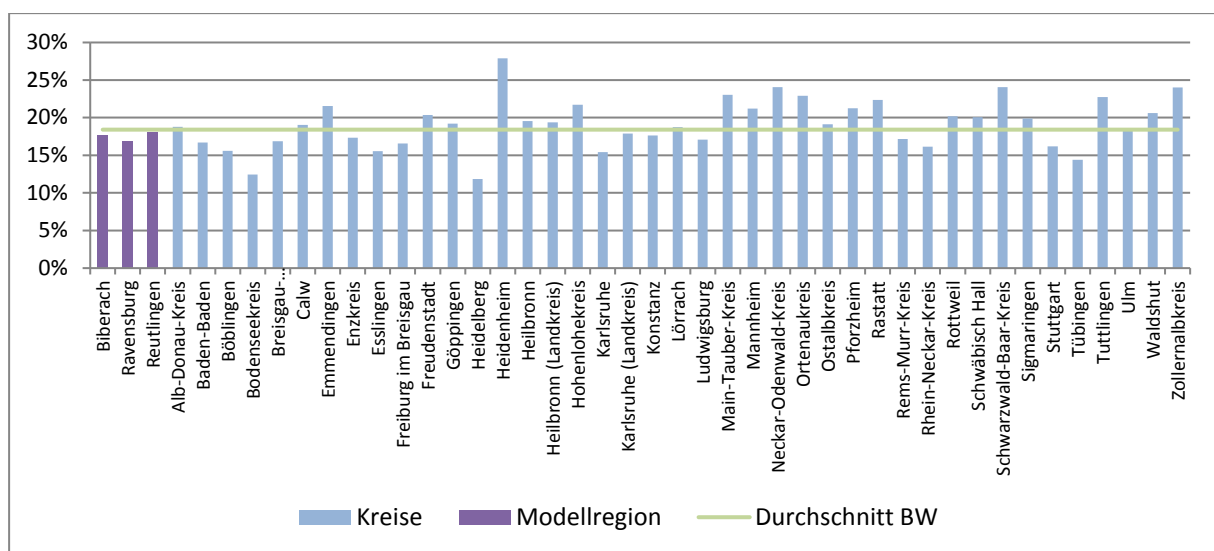


Abbildung 17: Indikator 6b - Anteil der Bevölkerung ab einem Alter von 18 Jahren mit „niedrigem“ sozioökonomischen Status in den Stadt- und Landkreisen Baden-Württembergs im Jahr 2013. [Eigene Berechnung auf Basis des Mikrozensus 2013, gewichtet]

In Abbildung 18 ist der Anteil der Menschen mit Migrationshintergrund an den Stadt- und Landkreisen in Baden-Württemberg im Jahr 2013 dargestellt auf Grundlage des Mikrozensus. Die Definition des Migrationsstatus richtet sich nach der Datenquelle und beinhaltet eingebürgerte und nicht eingebürgerte Personen mit eigener Migrationserfahrung. Nach dieser Definition lag der Anteil in Baden-Württemberg durchschnittlich bei rund 12%. In den Landkreisen der Modellregion lag der Anteil teils deutlich darunter. Im Landkreis Biberach war der Anteil sowohl in der Modellregion als auch in Baden-Württemberg am niedrigsten mit rund 5%, im Landkreis Ravensburg lag der Anteil bei rund 9% und im Landkreis Reutlingen bei rund 13%. Am höchsten war der Anteil von (nicht) eingebürgerten Menschen mit eigener Migrationserfahrung im Stadtkreis Heidelberg mit rund 20%.

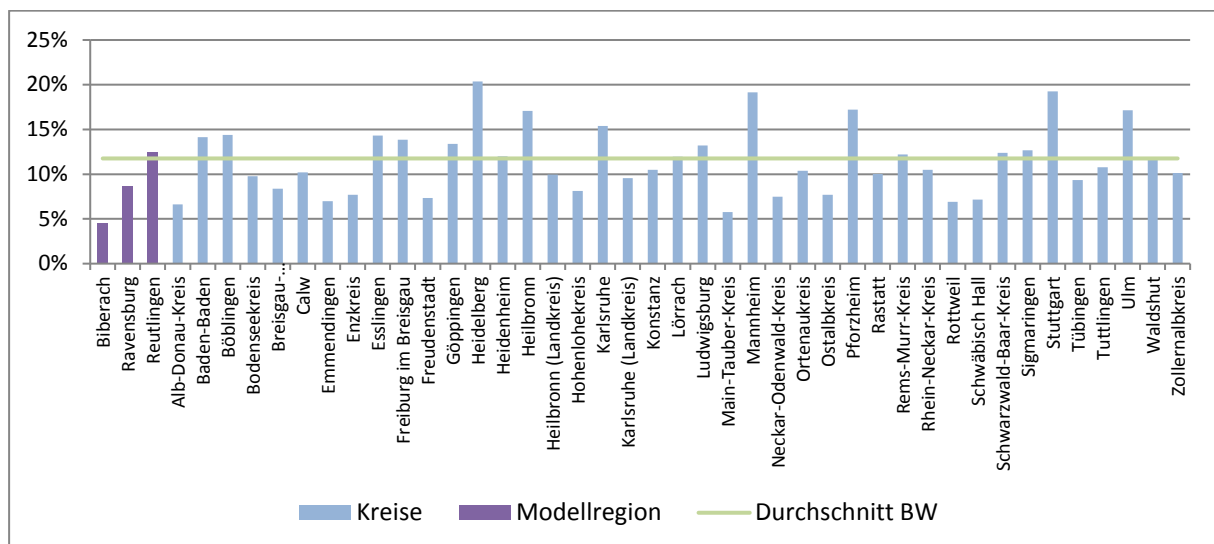


Abbildung 18: Indikator 39 - Anteil der Menschen mit Migrationshintergrund an der Wohnbevölkerung in den Stadt- und Landkreisen Baden-Württembergs im Jahr 2013. [Eigene Berechnung auf Basis des Mikrozensus 2013, gewichtet]

Unter den Menschen mit Migrationshintergrund hat vor allem die Gruppe der Asylsuchenden nach 2013 einen deutlichen Anstieg erfahren mit einem Höhepunkt im Jahr 2015, in dem mit rund 477.000 Asylanträgen so viele wie nie zuvor in Deutschland gestellt wurden²¹. Im gleichen Jahr wurden in Baden-Württemberg rund 100.000 Asylsuchende aufgenommen²². Eine solide Datengrundlage, anhand derer Kenntnisse über den Gesundheitszustand dieser Gruppe generiert werden könnten, fehlt bisher [49], zahlreiche Initiativen arbeiten jedoch an der Schließung dieser Datenlücke [50].

Gesundheitszustand

Für die Einschätzung des Gesundheitszustands der Bevölkerung wurden im Modellprojekt die Dimensionen Morbidität und Mortalität ausgewählt. Die Häufigkeit der ausgewählten Krankheitsbilder des Modellprojektes wird in den Abschnitten 3.1.2. bis 3.1.9. dargestellt. Daher erfolgt an dieser Stelle eine Schätzung der Häufigkeit ausgewählter Krankheitsgruppen. Unter den Hauptdiagnosegruppen, ausschließlich der Krankheiten und Folgen äußerer Ursachen, waren nach ICD-10 im Jahr 2013 Krankheiten des Kreislaufsystems (ICD 10 Codes I00 bis I99) die häufigste Todesursache in Baden-Württemberg gefolgt von Neubildungen (ICD 10 Codes C00 bis D48) [16].

Die administrative Prävalenz dieser beiden Krankheitsgruppen im gleichen Beobachtungsjahr nach Alter und Geschlecht unter den Versicherten der AOK-BW ist in Abbildung 19 und Abbildung 20 dargestellt, wobei in Abbildung 19 die Untergruppe der bösartigen Neubildungen (ICD 10 Codes C00 bis C97) betrachtet wird. Hiernach steigt die administrative Prävalenz bösartiger Neubildungen mit steigendem Alter. Für Frauen und Männer sind hier jedoch Unterschiede sichtbar. Während bis zu einem Lebensalter von circa 65 Jahre Frauen etwas häufiger von einer Diagnose aus dem Bereich der bösartigen Neubildungen betroffen waren, sind in höheren Altersgruppen Männer deutlich häufiger betroffen. Die Ergebnisse zur Modellregion ähneln denen für Baden-Württemberg insgesamt. Auf der Ebene der Modellregion ergeben sich größere Schwankungen der Prävalenzwerte in höheren Altersgruppen, was sich durch die geringere Fallzahl auf der regionalen Ebene erklären lässt.

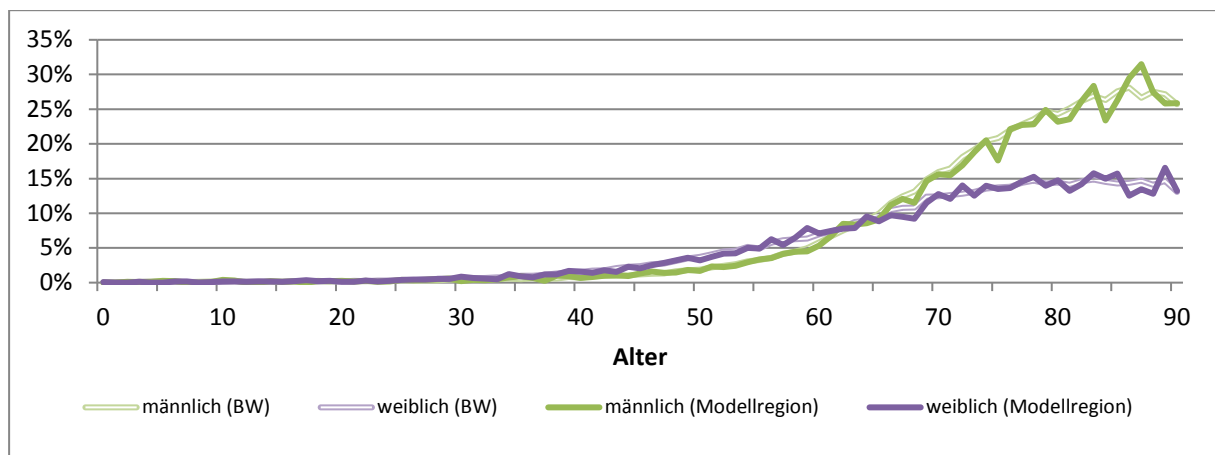


Abbildung 19: Administrative Prävalenz bösartiger Neubildungen nach Alter und Geschlecht im Jahr 2013 in Baden-Württemberg und der Modellregion. [Eigene Berechnung auf Basis von Abrechnungsdaten der AOK-BW, adjustiert]

²¹ https://www.bmi.bund.de/SharedDocs/pressemitteilungen/DE/2016/01/asylantraege-dezember-2015.html;jsessionid=7296D86054968E3F67668F7513732B98.1_cid364 [letzter Zugriff am 27.04.18]

²² <https://www.baden-wuerttemberg.de/de/service/presse/pressemitteilung/pid/land-nimmt-im-jahr-2015-rund-100000-asylsuchende-auf/> [letzter Zugriff am 24.04.18]

Ergebnisse

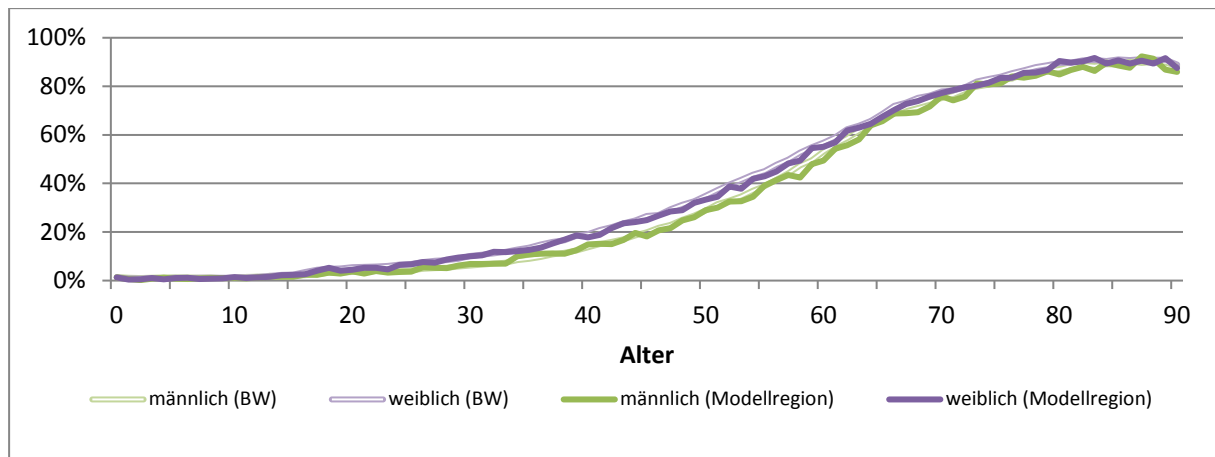


Abbildung 20: Administrative Prävalenz von Kreislauferkrankungen nach Alter und Geschlecht im Jahr 2013 in Baden-Württemberg und der Modellregion. [Eigene Berechnung auf Basis von Abrechnungsdaten der AOK-BW, adjustiert]

Das Risiko einer Diagnose aus dem Bereich der Kreislauferkrankungen war ebenfalls mit dem Alter steigend (siehe Abbildung 20). Während in der Altersgruppe der 30-Jährigen rund 10% von einer Diagnose betroffen waren, lag der Anteil bei den 50-Jährigen um ein Dreifaches höher. Am höchsten war der Anteil bei den 80-Jährigen und älter mit circa 90%. Sowohl in Baden-Württemberg als auch in der Modellregion waren Frauen etwas häufiger betroffen von einer Diagnose im Bereich der Kreislauferkrankungen als Männer.

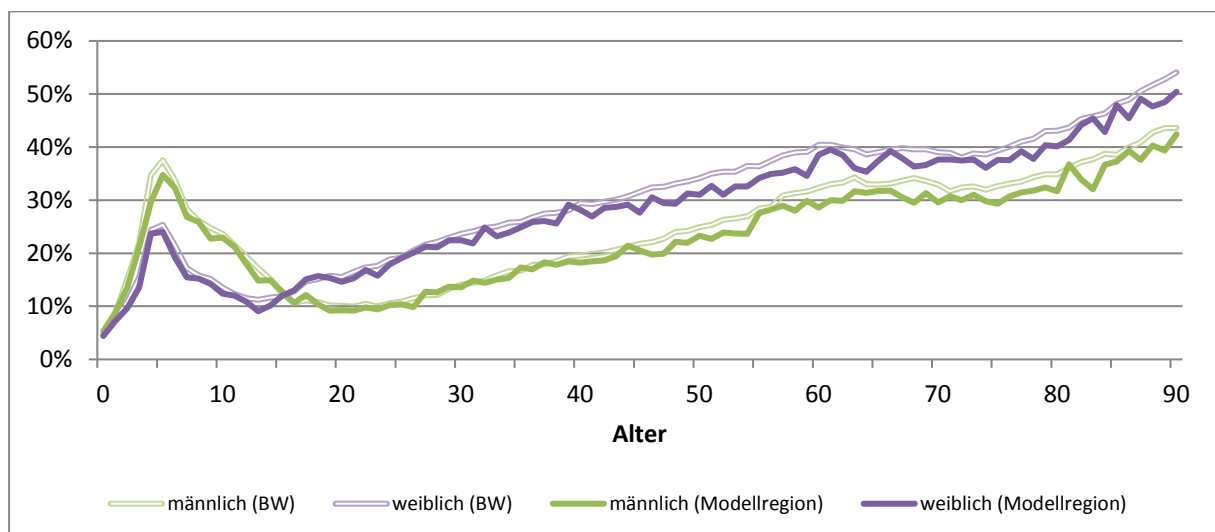


Abbildung 21: Administrative Prävalenz psychischer und Verhaltensstörungen nach Alter und Geschlecht im Jahr 2013 in Baden-Württemberg. [Eigene Berechnung auf Basis von Abrechnungsdaten der AOK-BW, adjustiert]

Die Häufigkeit von Diagnosen aus dem Bereich der psychischen und Verhaltensstörungen war im Jahr 2013 bei AOK-Versicherten aus der Modellregion insgesamt leicht niedriger als in Baden-Württemberg insgesamt (siehe Abbildung 21). In beiden Regionen ergeben sich deutliche Unterschiede nach Geschlecht und Alter. Bis zu einem Alter von 15 Jahren sind Jungen häufiger betroffen von einer Diagnose, in darauffolgenden Lebensjahren Mädchen bzw. Frauen. Im Kindes- und Jugendalter ergibt sich zudem eine besonders hohe Diagnosehäufigkeit bei der Altersgruppe der 5-Jährigen mit rund 24% bei den Mädchen und rund 38% bei den Jungen. In darauffolgenden Altersgruppen

sinkt der Anteil zunächst stark ab, bevor er bei den weiblichen Versicherten ab circa 12 Jahren und den männlichen Versicherten ab circa 20 Jahren nahezu kontinuierlich bis zu einem Alter von 90 Jahren ansteigt. Hier ist der Betroffenenanteil an höchsten mit mehr als der Hälfte bei den Frauen und rund 42% bei den Männern.

Das Vorliegen von Multimorbidität wurde unter anderem anhand des Charlson Comorbidity Index für die Gesamtpopulation der AOK-BW-Versicherten im Jahr 2013 untersucht [51]. Über diesen Index werden 17 Erkrankungsgruppen gewichtet, die in Zusammenhang mit einer erhöhten Mortalität stehen, sodass der Indikator auch ein Schätzer der Mortalität ist. Das Alter geht ebenfalls in die Indexberechnung mit ein. Da der Index vor allem für klinische Populationen mit einer Grunderkrankung vorgesehen und getestet ist, ist für die Anwendung auf eine Population wie z.B. der AOK-BW-Versicherten unklar, wie der Indexwert zu interpretieren wäre.

Deutlicher ist die Aussagekraft der Sterbefälle im Alter von unter 65 Jahren je 100.000 Einwohner, hier für das Jahr 2013 (siehe Abbildung 22). Der Indikator ist Teil des Indikatorensetzes für die Gesundheitsberichterstattung der Länder, entwickelt von der Arbeitsgemeinschaft der Obersten Landesgesundheitsbehörden (AOLG). Die vorzeitige Sterblichkeit, d. h. vor dem Erreichen der durchschnittlichen Lebenserwartung, kann Hinweise auf erhöhte Gesundheitsrisiken liefern. Unterschiede in der dargestellten rohen Rate lassen sich zum Teil durch das Alter begründen.

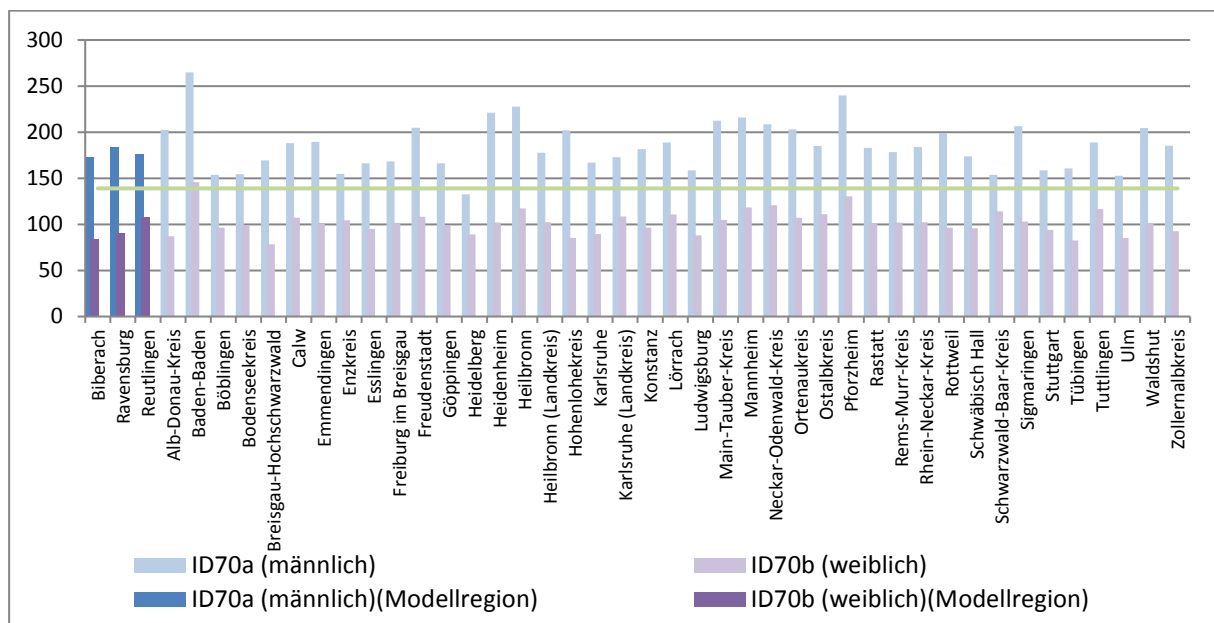


Abbildung 22: Indikator 70 – Sterbefälle (roh) im Alter von unter 65 Jahren je 100.000 Einwohner im Jahr 2013. [Gesundheitsatlas des Landesgesundheitsamtes Baden-Württemberg]

Inanspruchnahme des Gesundheitssystems

Die Inanspruchnahme ausgewählter Leistungen der Gesundheitsversorgung wird in den nachfolgenden Abschnitten ausführlich für die acht ausgewählten Krankheitsbilder im Projekt dargestellt. Daher erfolgt die Darstellung der Inanspruchnahme des Gesundheitssystems in diesem Abschnitt an einem krankheitsbildspezifischen Indikator. Dargestellt ist die Anzahl der Pflegebedürftigen in häuslicher Pflege je 100.000 Einwohner im Jahr 2013 (siehe Abbildung 23). In Baden-Württemberg waren dies durchschnittlich rund 20 Personen je 100.000 Einwohner, ebenso in den drei Landkreisen der Modellregion. Am niedrigsten war der Anteil mit rund 14 Personen im Landkreis Tübingen, am höchsten im Neckar-Odenwald-Kreis.

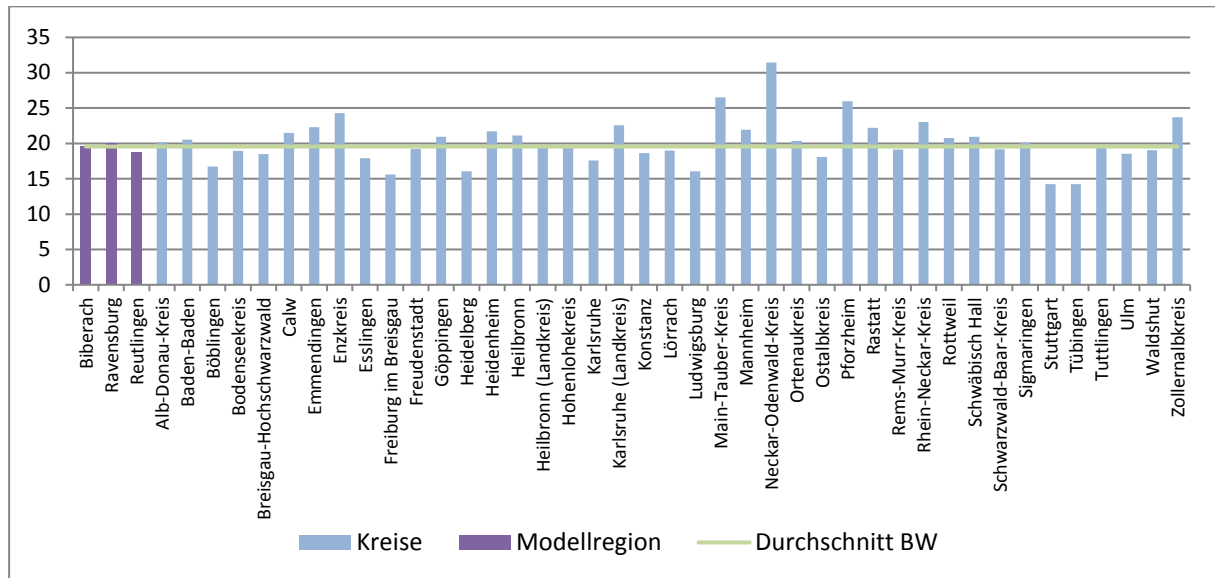


Abbildung 23: Indikator 80 - Anzahl Pflegebedürftige in häuslicher Pflege je 100.000 Einwohner im Jahr 2013. [Gesundheitsatlas des Landesgesundheitsamtes Baden-Württemberg]

Leistungsfähigkeit des Gesundheitssystems

Ab einem Alter von 55 Jahren können GKV-Versicherte eine Koloskopie durchführen lassen. Auf diese Weise können mögliche Vorstufen einer Darmkrebserkrankung, z.B. sogenannte Adenome, frühzeitig entfernt sowie Tumoren in frühen Stadien entdeckt und mit höherer Wahrscheinlichkeit erfolgreich behandelt werden²³. Niedergelassene ÄrztInnen können die Beratung von PatientInnen über eine Koloskopie im Rahmen des Darmkrebs-Screenings über eine spezifische Ziffer abrechnen. In Abbildung 24 ist der Anteil der 55-57-jährigen AOK-BW-Versicherten dargestellt, die im Jahr 2013 eine Beratung zum Darmkrebs-Früherkennungsprogramm erhalten haben. Ein Zielwert wurde in der Indikatorenquelle nicht angegeben. Die Autoren weisen darauf hin, dass nur für die Durchführung einer Koloskopie Zielwerte in Höhe von 50% vorgegeben wurden, welcher zugleich als Zielwert für eine Beratung herangezogen werden könne [52]. Im Durchschnitt lag der Anteil in Baden-Württemberg bei rund 12%. Regional variiert der Anteil zwischen rund 7% im Landkreis Heidenheim und rund 18% im Stadtkreis Baden-Baden. In der Modellregion lag der Anteil im Landkreis Biberach bei rund 9%, im Landkreis Ravensburg bei rund 13% und im Landkreis Reutlingen bei rund 8%.

Es kann davon ausgegangen werden, dass die dargestellten Raten die tatsächliche Rate unterschätzen, da zum einen die Gruppe der 56 bis 57-Jährigen womöglich in den Vorjahren bereits im Alter von 55 Jahren eine Beratung erhalten haben oder in dieser Zeit bei einer anderen Krankenkasse versichert waren.

²³ <https://www.krebsinformationsdienst.de/tumorarten/darmkrebs/frueherkennung.php#inhalt1> [letzter Zugriff am 27.04.18]

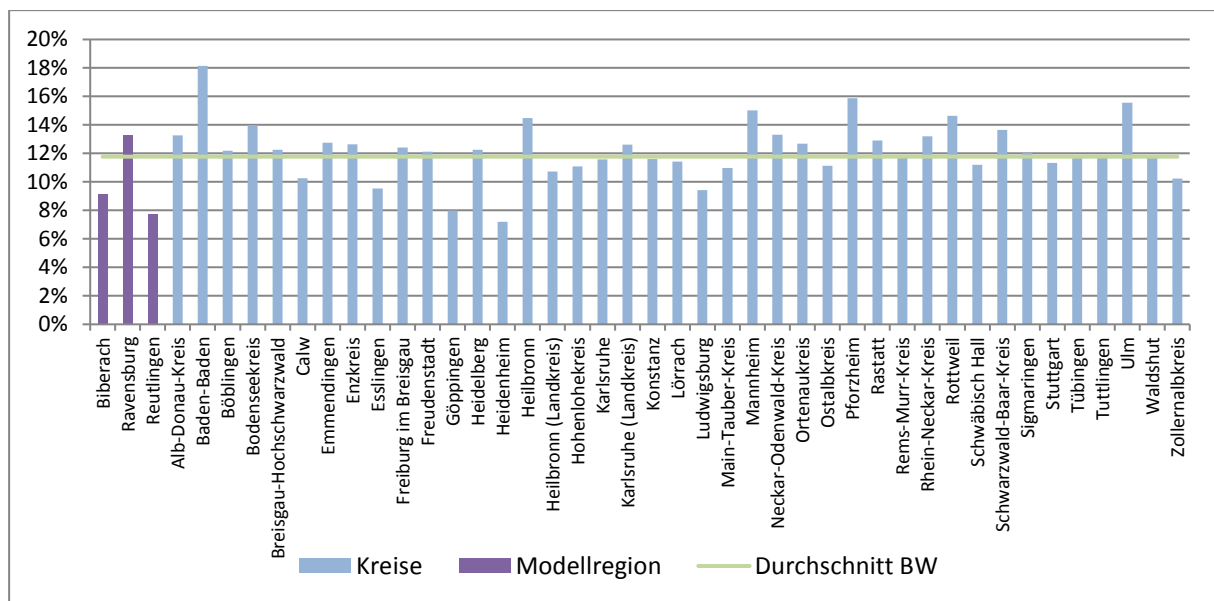


Abbildung 24: Indikator 139 - Anteil der 55-57-Jährigen mit Beratung zum Darmkrebs-Früherkennungsprogramm im Jahr 2013. [Eigene Berechnung auf Basis von Abrechnungsdaten der AOK-BW, adjustiert]

Abbildung 25 zeigt die Hospitalisierungsrate unter den AOK-BW-Versicherten mit einer Diabetes mellitus Typ-2-Erkrankung. Diabetes mellitus Typ 2 wird als ambulant sensitive Diagnose eingestuft, bei der angenommen wird, dass Krankenhausaufenthalte bei einer hohen Versorgungsqualität der ambulanten Versorgung nicht notwendig sind [53]. In Baden-Württemberg lag dieser Anteil im Jahr 2013 bei durchschnittlich rund 2%. Am niedrigsten war der Anteil im Landkreis Freudenstadt mit knapp 1%, am höchsten im Landkreis Göppingen mit rund 3%. In der Modellregion lag der Anteil bei rund 1% in den Landkreisen Biberach und Ravensburg und bei rund 2% im Landkreis Reutlingen.

Ein Schätzer für die Kontinuität der Behandlung von Menschen mit einer schweren psychischen Erkrankung ist die Messung des Anteils an PatientInnen mit einer solchen Erkrankung, die nach einem stationären Aufenthalt innerhalb eines bestimmten Zeitraumes ambulant weiterbehandelt wurden [54]. Die Operationalisierung des Indikators orientierte sich an der Vorarbeit von [54].

Ergebnisse

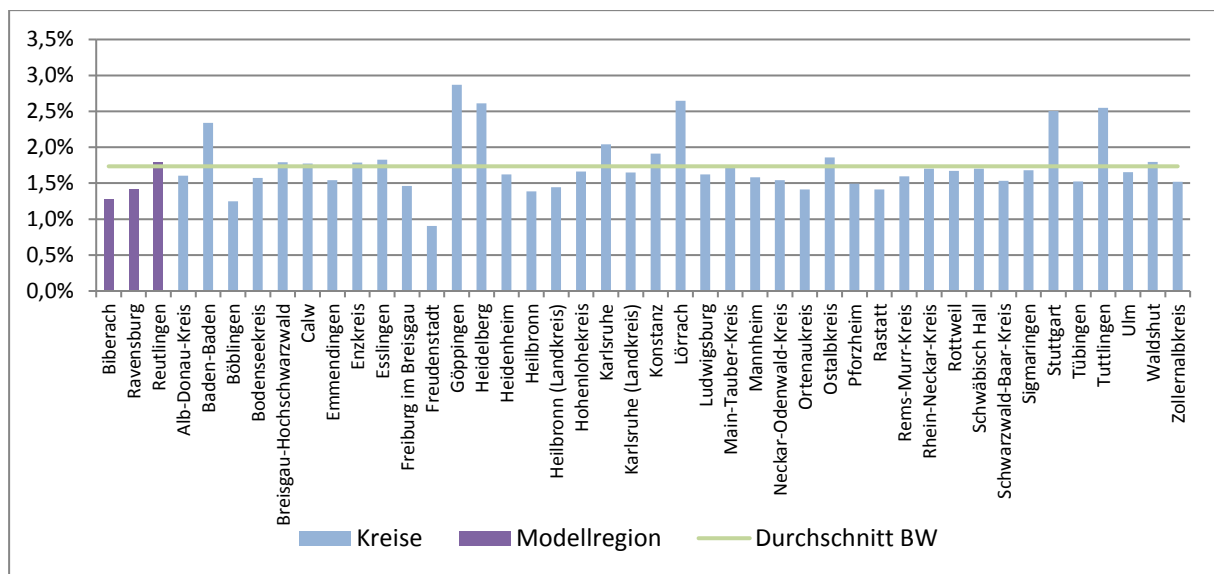


Abbildung 25: Indikator 203 - Hospitalisierungsrate der Typ-2-Diabetiker im Jahr 2013. [Eigene Berechnung auf Basis von Abrechnungsdaten der AOK-BW, adjustiert]

Abbildung 26 zeigt den Anteil der AOK-Versicherten mit der stationären Hauptdiagnose einer psychischen Erkrankung (ICD-10 F), die innerhalb einer Woche Kontakt zur haus- oder relevanten ambulanten fachärztlichen Versorgung hatten im Jahr 2013. Im fachärztlichen ambulanten Bereich wurden die Fachgruppen der Psychiatrie, Psychiatrie und Psychotherapie, Nervenheilkunde und psychosomatischen Medizin betrachtet. Nicht berücksichtigt werden konnte der Kontakt zu einer psychiatrischen Institutsambulanz, was zu einer Unterschätzung der Übergangsraten führen kann. In Baden-Württemberg hatten durchschnittlich rund 59% der Betroffenen innerhalb einer Woche nach ihrem stationären Aufenthalt Kontakt zur relevanten vertragsärztlichen Versorgung. In den Landkreisen der Modellregion lag der Anteil bei rund 60% im Landkreis Biberach, rund 53% im Landkreis Ravensburg und rund 58% im Landkreis Reutlingen. Am höchsten war der Anteil im Landkreis Schwäbisch Hall mit rund 66%.

Die Übergangsrate nach 30 Tagen ist in Abbildung 27 dargestellt. Im Durchschnitt lag diese bei rund 80% in Baden-Württemberg, ebenso in den Landkreisen Biberach und Reutlingen. Im Landkreis Ravensburg lag der Anteil bei rund 76%. Am niedrigsten war der Anteil im Stadtkreis Stuttgart mit 75%, am höchsten im Landkreis Schwäbisch-Hall mit rund 85%.

Aufgrund fehlender Vorarbeiten lässt sich bisher nicht sicher einschätzen, inwiefern die dargestellten Übergangsraten und -zeiten für eine gute oder schlechte Versorgungskontinuität stehen [54].

Ergebnisse

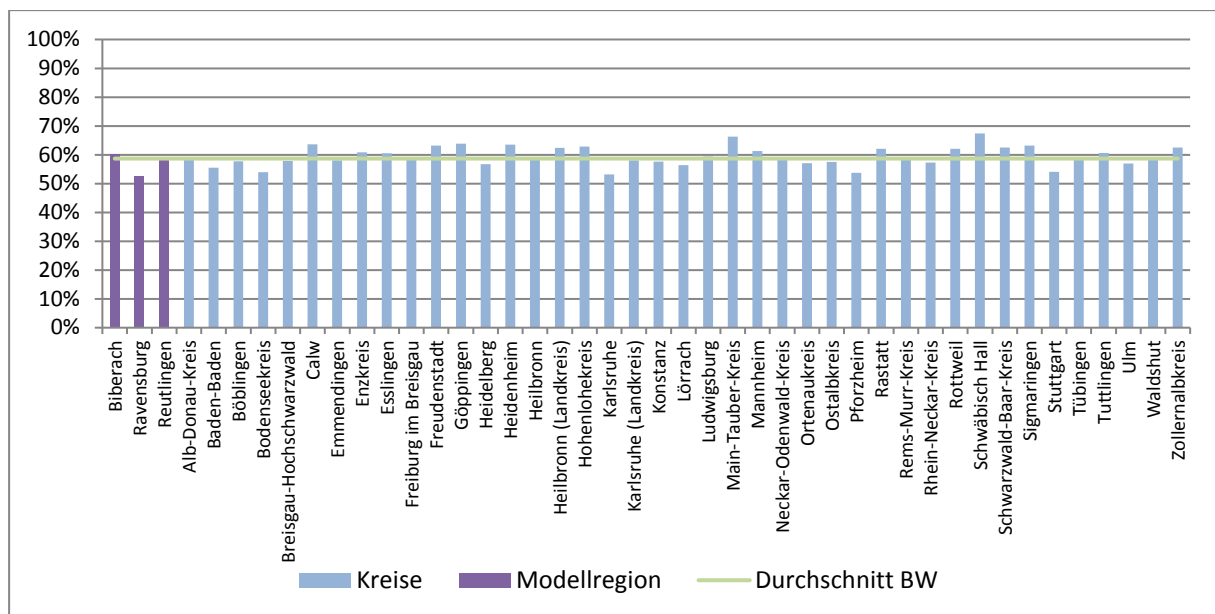


Abbildung 26: Indikator 159a - Übergang von stationär nach ambulant innerhalb von 7 Tagen bei Patienten mit schwerer psychischer Erkrankung. [Eigene Berechnung auf Basis von Abrechnungsdaten der AOK-BW, adjustiert]

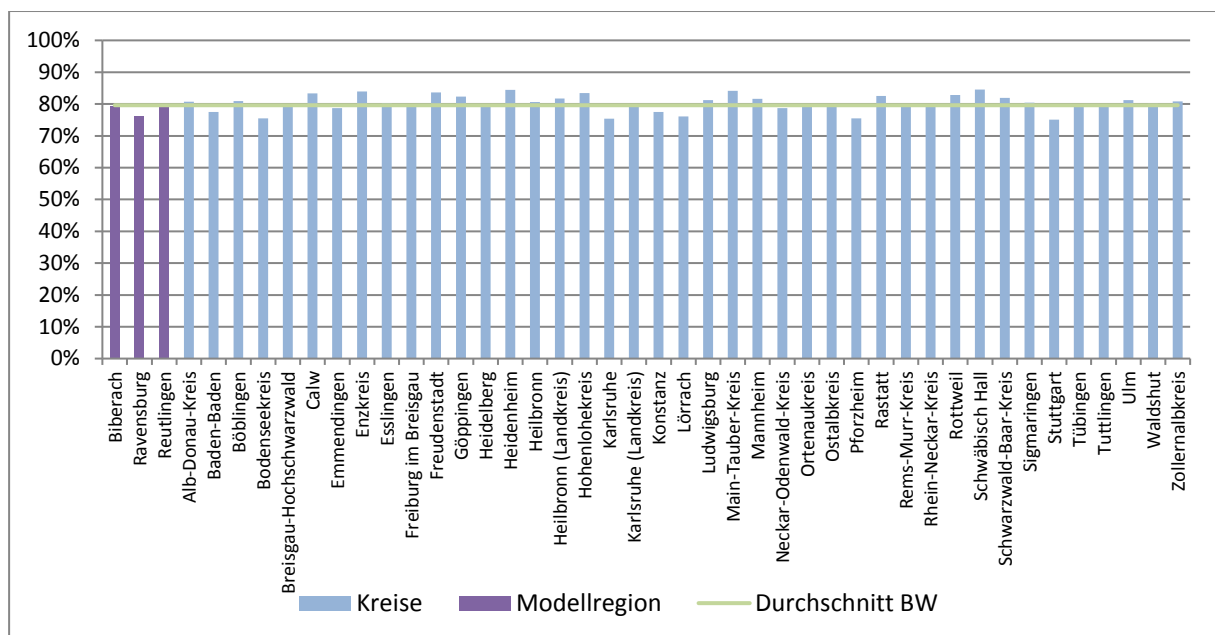


Abbildung 27: Indikator 159b - Übergang von stationär nach ambulant innerhalb von 30 Tagen bei PatientInnen mit schwerer psychischer Erkrankung. [Eigene Berechnung auf Basis von Abrechnungsdaten der AOK-BW, adjustiert]

Für die Messung der ambulanten Behandlungseffektivität bei PatientInnen mit Rückenschmerzen wurde unter anderem ein Indikator entwickelt, über den der Anteil an PatientInnen mit Rückenschmerzen gemessen wird, die Opiode verordnet bekommen haben [55]. Opiode sollten bei der Schmerzlinderung von Rückenschmerzen nur die zweite Wahl sein, v. a. da ihr Nutzen hierbei umstritten ist. Der Einsatz von nicht-steroidalen Antirheumatika ist aufgrund der gut belegten Wirksamkeit vorzuziehen. Daher sollte der Anteil an PatientInnen mit verordneten Opioiden zur Linderung von Rückenschmerzen möglichst gering sein. Als Referenzwert geben die Autoren einen Zielwert von 5-10% an unter der Annahme, dass die Mehrheit der PatientInnen ohne ein Opioid eine ausreichende

medikamentöse Schmerztherapie erhält [55]. Abbildung 28 zeigt den Anteil der AOK-BW-Versicherten mit Rückenschmerzen, die Opiode verordnet bekommen haben im Jahr 2013. Dieser Anteil lag in Baden-Württemberg durchschnittlich bei rund 15%. Am niedrigsten war der Anteil im Stadtkreis Karlsruhe mit rund 11%, am höchsten im Landkreis Emmendingen mit rund 19%. In den Landkreisen der Modellregion lag der Anteil bei rund 17% in Landkreis Biberach, rund 15% im Landkreis Ravensburg und rund 14% im Landkreis Reutlingen.

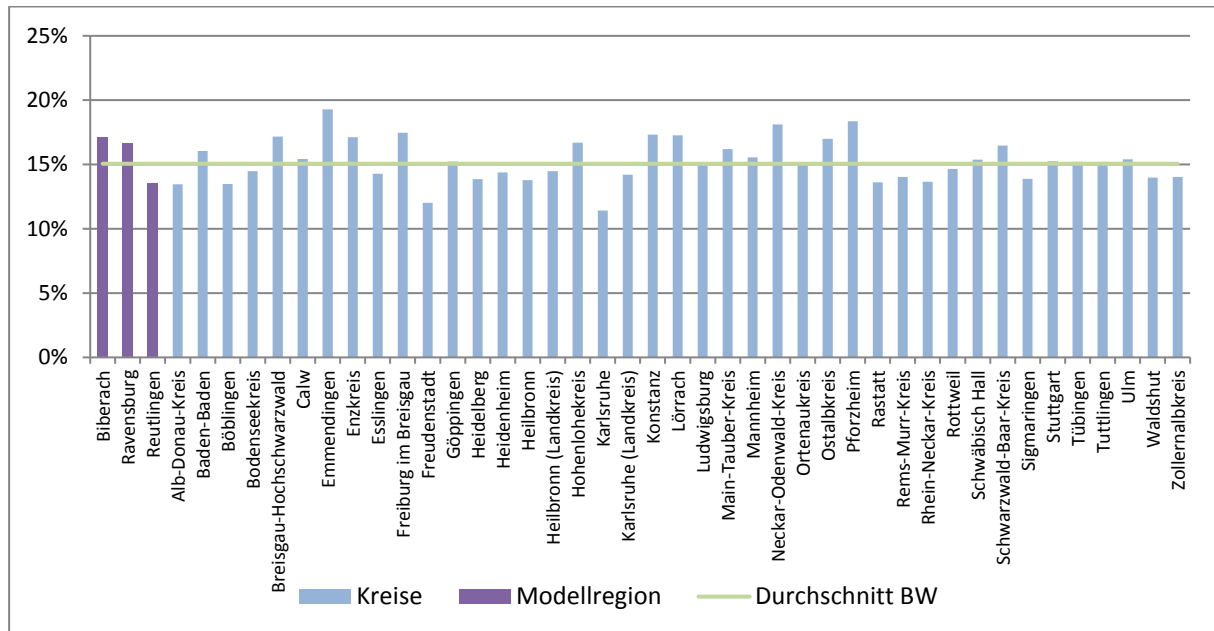


Abbildung 28: Indikator 206 – Anteil der AOK-Versicherten in Baden-Württemberg mit Rückenschmerzen, die Opiode verordnet bekommen im Jahr 2013. [Eigene Berechnung auf Basis von Abrechnungsdaten der AOK-BW, adjustiert]

Im Bereich der stationären Schlaganfallversorgung gibt es im Rahmen der Externen Stationären Qualitätssicherung nach § 112 SGB V ein definiertes Set an Qualitätsindikatoren. Dieser Quelle entstammen die dargestellten Ergebnisse in Abbildung 29 bis Abbildung 32, welche durch die GeQik nach Krankenhausstandort ausgewertet wurden.

Gemäß der Helsingborg-Deklaration sollte die Aufnahme von Menschen mit einem Schlaganfallereignis in ein Krankenhaus möglichst schnell bzw. innerhalb von maximal drei Stunden erfolgen (siehe Abbildung 29). Zur Grundgesamtheit zählen bei diesem Indikator PatientInnen, die kein Schlaganfallereignis während eines stationären Aufenthaltes erlitten [56]. In Baden-Württemberg lag der Anteil im Jahr 2013 bei 38%, in den Landkreisen der Modellregion etwas höher mit rund 44% im Landkreis Biberach, rund 49% im Landkreis Ravensburg und rund 41% im Landkreis Reutlingen.

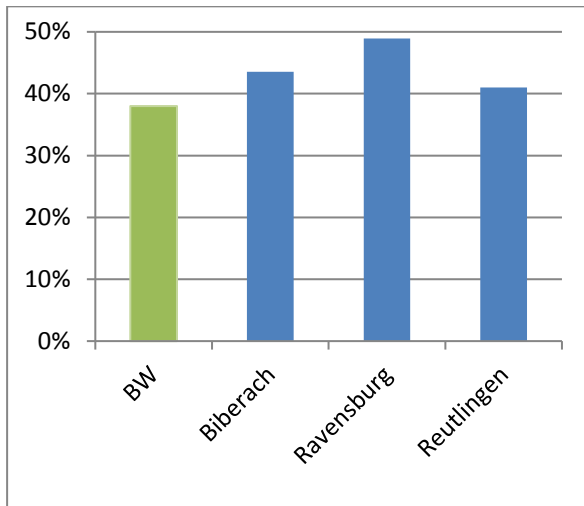


Abbildung 29: Indikator 131 - Schlaganfallpatienten mit rascher Aufnahme in ein Krankenhaus gemäß Helsingborg-Deklaration im Jahr 2013 in Baden-Württemberg und der Modellregion in Prozent. [ESQS zur Schlaganfallversorgung der GeQiK]

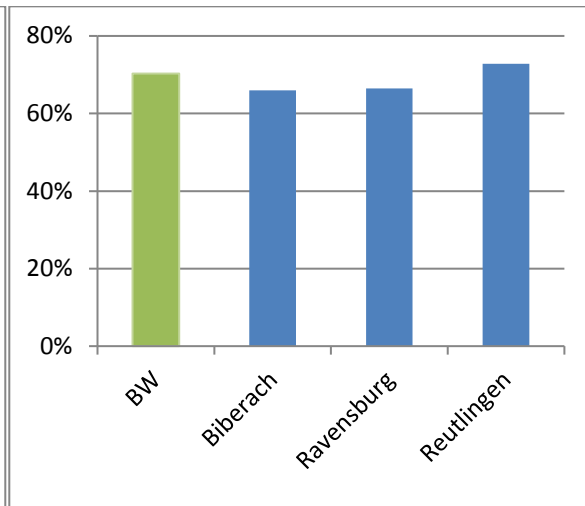


Abbildung 30: Indikator 160 - Schlaganfallpatienten mit Weiterbehandlung in Reha-Klinik im Jahr 2013 in Baden-Württemberg und der Modellregion in Prozent. [ESQS zur Schlaganfallversorgung der GeQiK]

Abbildung 30 zeigt den Anteil der PatientInnen mit Schlaganfallereignis, die nach einem Krankenhausaufenthalt aufgrund des Schlaganfallereignisses in einer Rehabilitations-Klinik weiterbehandelt wurden und kann damit als ein Indikator für die Behandlungskontinuität verstanden werden. Durch eine frühzeitige Rehabilitation kann z.B. das Risiko für eine Pflegebedürftigkeit positiv beeinflusst werden. Qualitätsziel ist daher eine möglichst hohe Weiterbehandlungsrate im Bereich der medizinischen Rehabilitation [56]. In Baden-Württemberg insgesamt lag dieser Anteil im Jahr 2013 bei rund 70%. In einem ähnlichen Bereich lag auch der Anteil in der Modellregion mit rund 67% in den Landkreisen Biberach und Ravensburg sowie rund 73% im Landkreis Reutlingen.

Ein weiterer Qualitätsindikator, der im Rahmen des Modellprojektes dem Bereich der Behandlungskontinuität zugeordnet wurde, ist der Anteil an PatientInnen mit Schlaganfallereignis, für die bei Entlassung aus dem Krankenhaus ein Pflegeüberleitungsbogen erstellt wurde. Der Pflegeüberleitungsbogen ist Teil der Behandlungsdokumentation und dient der Information von PatientInnen und weiterbehandelnden Einrichtungen über den Gesundheitszustand der jeweiligen PatientInnen bei Entlassung. Im Jahr 2013 lag der Anteil an PatientInnen mit Schlaganfallereignis und Pflegeüberleitungsbogen bei Entlassung bei rund 69% (siehe Abbildung 31). In den Kreisen der Modellregion lag der Anteil bei rund 45% im Landkreis Biberach, bei rund 64% im Landkreis Ravensburg und rund 47% im Landkreis Reutlingen.

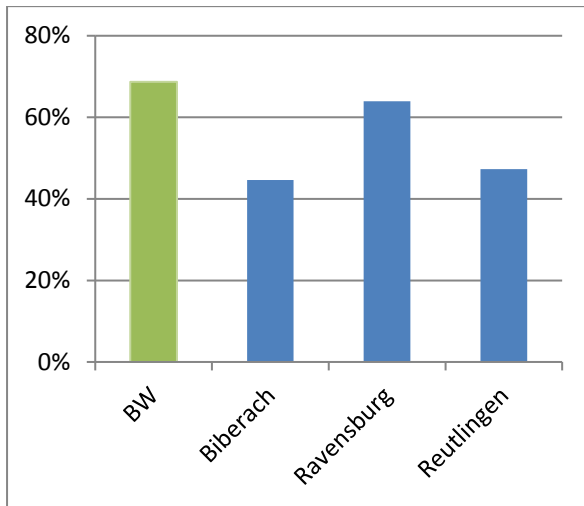


Abbildung 31: Indikator 161 - Schlaganfallpatienten mit Pflegeüberleitungsbogen bei Entlassung im Jahr 2013 in Baden-Württemberg und der Modellregion in Prozent. [ESQS zur Schlaganfallversorgung der GeQiK]

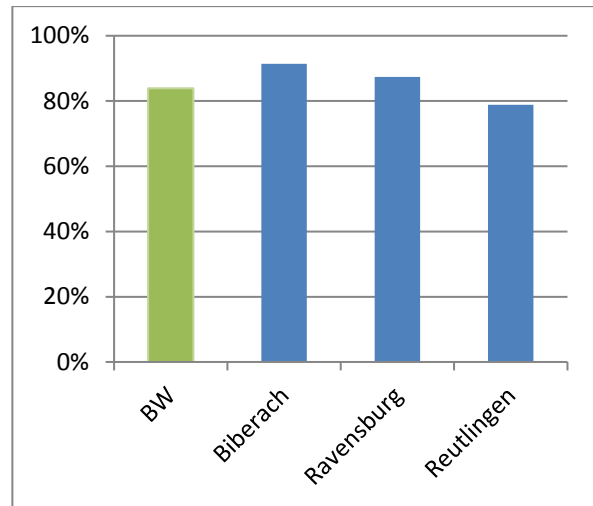


Abbildung 32: Indikator 216 - Behandlung auf zertifizierter Schlaganfallereinheit im Jahr 2015 in Baden-Württemberg und der Modellregion in Prozent. [ESQS zur Schlaganfallversorgung der GeQiK]

Die Behandlung von PatientInnen mit Schlaganfallereignis in einem spezialisierten Setting, sogenannten Stroke Units, ist mit einem besseren Outcome für PatientInnen verbunden. Ziel ist daher einen möglichst hohen Anteil an PatientInnen in diesem Setting zu behandeln. Für das Jahr 2015 gab es im Rahmen der Externen Stationären Qualitätssicherung in Baden-Württemberg erstmals valide Daten zum Anteil von PatientInnen mit einem Schlaganfallereignis, die in einer zertifizierten Schlaganfallereinheit bzw. Stroke Unit behandelt wurden. Als Nenner gingen alle PatientInnen mit Schlaganfallereignis innerhalb der letzten 24 Stunden ein. Gezählt wurden darunter diejenigen PatientInnen, die auf einer Stroke Unit aufgenommen wurden [57]. In Baden-Württemberg insgesamt beträgt dieser Anteil rund 84%, in den Landkreisen der Modellregion rund 91% im Landkreis Biberach, rund 87% im Landkreis Ravensburg und rund 79% im Landkreis Reutlingen (siehe Abbildung 32).

Zur Abschätzung der Effektivität der akuten Schlaganfallversorgung kann die frühe Krankenhaussterblichkeit nach akutem Schlaganfall herangezogen werden. Diese sollte möglichst niedrig sein. Die Datengrundlage der Externen Stationären Qualitätssicherung in Baden-Württemberg wurde für diesen Indikator als valide eingestuft, Risikoadjustierungen ließen sich gut umsetzen [56]. In Baden-Württemberg insgesamt lag der Anteil an PatientInnen mit Schlaganfallereignis, die im Krankenhaus innerhalb von 7 Tagen verstarben, bei rund 2%. Aufgrund der niedrigen Fallzahlen auf Kreisebene (teilweise keine Fälle) erfolgt an dieser Stelle keine grafische Darstellung.

Versorgungsangebot

Das Versorgungsangebot in Baden-Württemberg ist vielfältig und wird von unterschiedlichen Einrichtungen und AkteurInnen besetzt. Im zu Grunde liegenden Rahmenkonzept dieses Projektes wurde das Versorgungsangebot in vier Dimensionen unterteilt: Einrichtungen, Leistungserbringer, Technologie und Ehrenamt. Die erfassten Indikatoren wurden entsprechend diesen vier Dimensionen zugeteilt. Nachfolgend werden exemplarisch vier Indikatoren vorgestellt. Eine vollständige Auflistung der Indikatoren zum Versorgungsangebot findet sich im Anhang des Teilprojektes 1 (4. Indikatorendokumentation).

Abbildung 33 zeigt die zur Verfügung stehenden Betten in Krankenhäusern je Stadt- und Landkreis in Relation zu je 100.000 Einwohner im jeweiligen Stadt- und Landkreis. Insgesamt ergibt sich ein heterogenes Bild der Bettenverteilung in den jeweiligen Kreisen. Im Stadtkreis Heidelberg steht mit 2.020 Betten je 100.000 Einwohner die höchste Kapazität, im Enzkreis hingegen mit 175 Betten je 100.000 Einwohner die niedrigste Kapazität zur Verfügung. Im Durchschnitt stehen in Baden-Württemberg insgesamt 533 Betten je 100.000 im Angebot.

Die zur Verfügung stehende Anzahl an Betten in Krankenhäusern nimmt in Deutschland seit Jahren kontinuierlich ab [58]. Im internationalen Vergleich befindet sich Deutschland jedoch weiterhin in der Spitzengruppe bezogen auf die Bettenanzahl pro 100.000 Einwohner (820 Betten pro 100.000 Einwohner) [59]. Zur Einordnung der Anzahl der Betten sind jedoch weitere Variablen zu berücksichtigen, u. a. geographische Lage des Stadt- und Landkreises und die zur Verfügung stehenden Betten im benachbarten Kreis, Indikation zur stationären Leistungserbringung (ambulant versus stationär, zeitkritische Krankheitsbilder wie Schlaganfall, Herzinfarkt, Polytrauma, etc.) und die Auslastung der zur Verfügung stehenden Bettenkapazitäten.

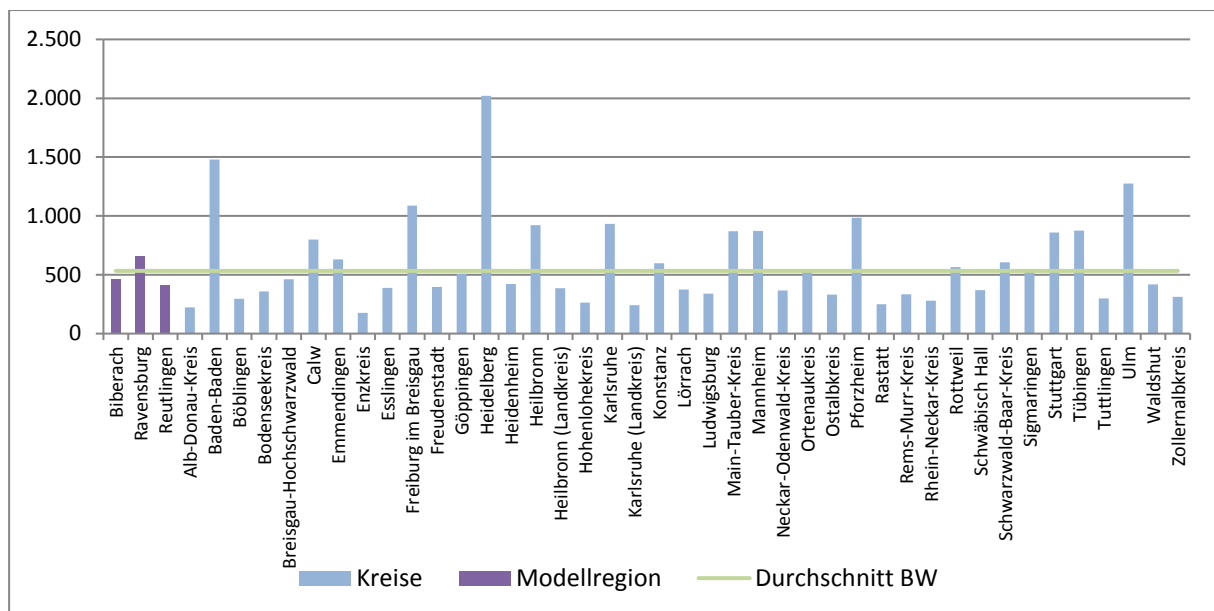


Abbildung 33: Indikator 313 - Aufgestellte Betten in Krankenhäusern je 100.000 Einwohner. [Krankenhausstatistik des Statistischen Landesamtes Baden-Württemberg]

Abbildung 34 zeigt die Anzahl der Einwohner pro Hausarzt in ambulanten Einrichtungen. Im Stadtkreis Freiburg kommen auf einen Hausarzt lediglich 1018 Einwohner, hingegen im Landkreis Tuttlingen 1745 Einwohner. Insgesamt kommen in Baden-Württemberg durchschnittlich 1488 Einwohner auf einen Hausarzt.

Die Hausarztichte ist im internationalen Vergleich sehr unterschiedlich, vor allem auch die zu Grunde liegende Berechnungsmethode, sodass selbst für Deutschland unterschiedliche Ergebnisse publiziert sind. Die deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin (DEGAM) nennt eine Hausarztichte von einem Hausarzt auf 1515 Einwohner, wohingegen die OECD Daten im „Länderprofil für das Jahr 2017“ einen Hausarzt auf 588 Einwohner in Deutschland berechnet.²⁴ Eine kürzlich veröffentlichte amerikanische Studie, welche die Vereinigten Staaten mit weiteren in Bezug auf Einkommen ver-

²⁴ <https://www.aerzteblatt.de/nachrichten/89323/Kritik-an-OECD-Daten-zur-Hausarztichte> [letzter Zugriff am 27.04.18]

Ergebnisse

gleichbaren Ländern vergleicht, berichtet von einem Verhältnis von einem Hausarzt auf 542 Einwohner [59]. Unterschiede in der Berechnung ergeben sich u.a. in der Definition der Berufstätigkeit (Vollzeit, Teilzeit) und der Berufsausübung (klinisch, ambulant, nicht-kurativ).

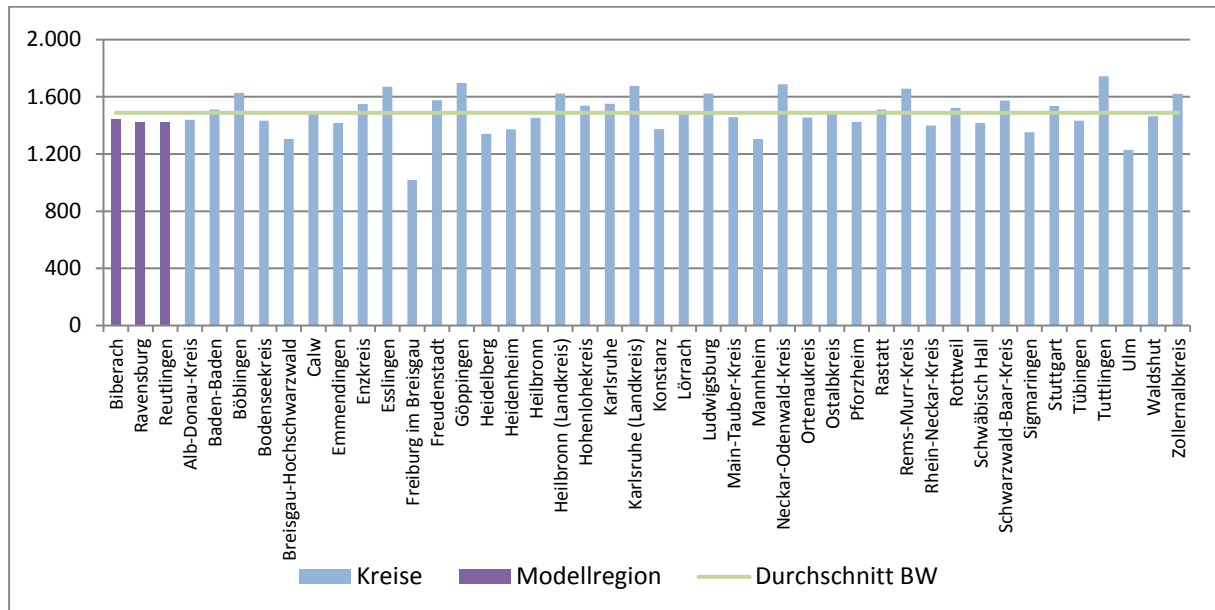


Abbildung 34: Indikator 355 - Einwohner pro Hausarzt in ambulanten Einrichtungen. [Gesundheitsatlas des Landesgesundheitsamtes Baden-Württemberg. Rastatt und Baden-Baden zusammen.]

Abbildung 35 zeigt, wie viele Einwohner auf eine/n PsychotherapeutIn in ambulanten Einrichtungen gerechnet werden. Im Stadtkreis Heidelberg kommen demnach lediglich 642 Einwohner auf ein/e PsychotherapeutIn, hingegen im Landkreis Schwäbisch Hall sind dies 11.003 Einwohner. Im Durchschnitt stehen in Baden-Württemberg für 3.247 Einwohner ein ambulant tätige(r) PsychotherapeutIn zur Verfügung.

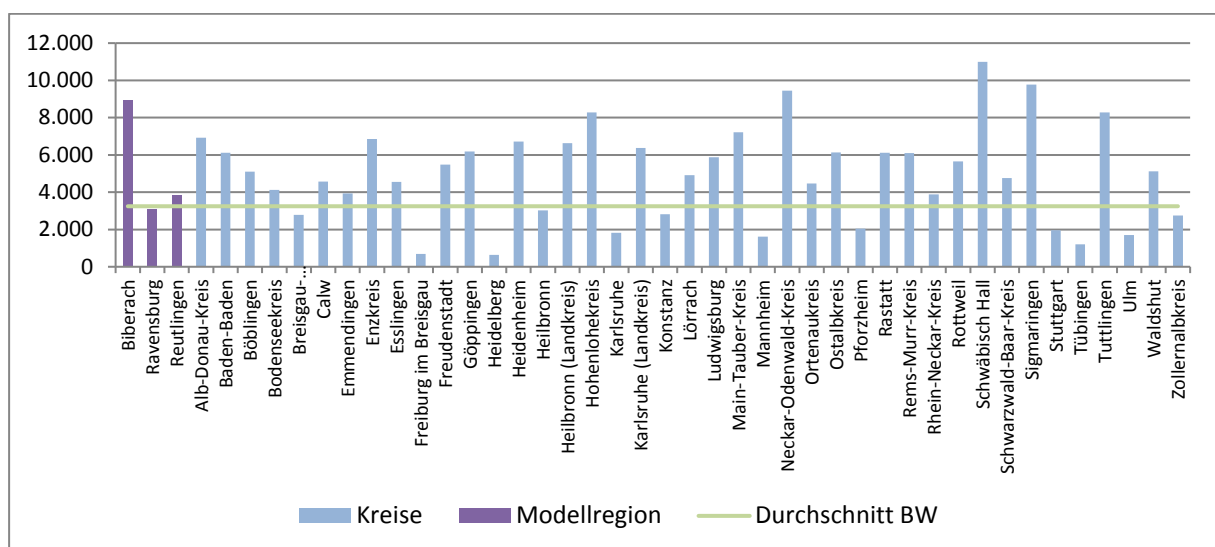


Abbildung 35: Indikator 353 - Einwohner pro PsychotherapeutIn in ambulanten Einrichtungen. [Gesundheitsatlas des Landesgesundheitsamtes Baden-Württemberg. Rastatt und Baden-Baden zusammen.]

Ergebnisse

In Baden-Württemberg kamen im Jahr 2013 auf eine/n FachärztIn der vertragsärztlichen Versorgung in ambulanten Einrichtungen 1.181 Einwohner, in den Landkreisen der Modellregion waren dies 1.740 im Landkreis Biberach, 1.095 im Landkreis Ravensburg und 1.233 in Landkreis Reutlingen²⁵.

Abbildung 36 stellt das Verhältnis von zur Verfügung stehenden ambulanten Pflegediensten zu Einwohner im jeweiligen Stadt- und Landkreis dar. Demnach kommen im Landkreis Waldshut auf einen ambulanten Pflegedienst 14.933 Einwohner. Im Stadtkreis Baden-Baden sind es lediglich 5890 Einwohner. Durchschnittlich kommen in Baden-Württemberg auf einen ambulanten Pflegedienst 9326 Einwohner.

Insgesamt ist in Deutschland, wie auch in Baden-Württemberg, die Größe der jeweiligen ambulanten Pflegedienste sehr heterogen, sodass auch die Kapazität der zu versorgenden Pflegebedürftigen dementsprechend unterschiedlich ist. In Baden-Württemberg wurden im Jahr 2015 durchschnittlich 58 Pflegebedürftige von einem ambulanten Pflegedienst versorgt, in Deutschland 52 Pflegebedürftige [60].

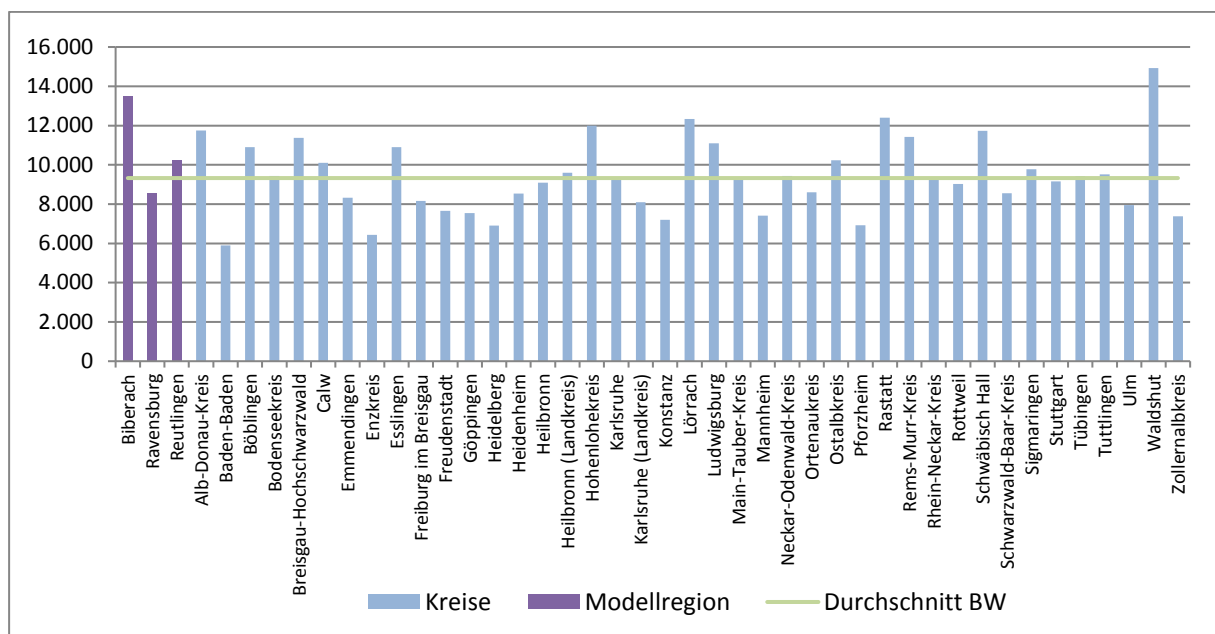


Abbildung 36: Indikator 318 - Einwohner je ambulanten Pflegedienst. [Pflegestatistik des Statistischen Landesamtes Baden-Württemberg]

Abbildung 37 zeigt die Einwohner je öffentlicher Apotheke in den jeweiligen Stadt- und Landkreisen. Im Stadtkreis Heidelberg ergibt sich ein Verhältnis von 3.307 Einwohnern auf eine öffentliche Apotheke, hingegen im Landkreis Tuttlingen teilen sich 4.593 Einwohner eine öffentliche Apotheke. Durchschnittlich kommen in Baden-Württemberg auf eine öffentliche Apotheke 4.029 Einwohner.

²⁵ <http://gesundheitsatlas-bw.de/> [letzter Zugriff am 24.04.18]

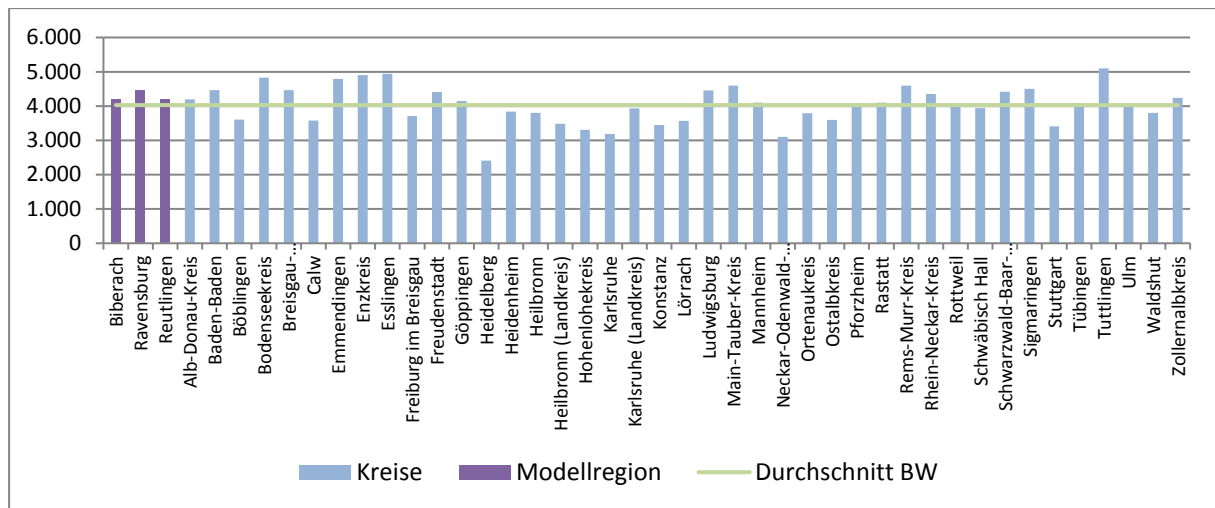


Abbildung 37: Indikator 359 - Einwohner je öffentliche Apotheke in den Stadt- und Landkreisen Baden-Württembergs im Jahr 2013. [Gesundheitsatlas des Landesgesundheitsamtes Baden-Württemberg]

3.1.2. Anorexia nervosa

Für die Untersuchung der Gesundheit und Versorgungssituation von Jugendlichen und jungen Erwachsenen wurde das Krankheitsbild Anorexia nervosa ausgewählt.

Prävalenz im Basisjahr 2013 und Projektion für 2023

Schaut man sich die Verteilung der administrativen Prävalenz der Anorexia nervosa unter den Versicherten der AOK-BW nach Alter und Geschlecht an im Jahr 2013 (siehe Abbildung 38), fällt zum einen auf, dass die Prävalenz im Alter zwischen 15 und 20 Jahren besonders hoch ist, vor allem bei jungen Frauen. In dieser Gruppe war der Anteil der PatientInnen mit Anorexia nervosa mit rund 0,4% mit Blick auf Baden-Württemberg insgesamt am höchsten. Bis zur Altersgruppe der 35-jährigen Frauen ist das Risiko einer Anorexia nervosa-Diagnose im Vergleich zu anderen Altersgruppen deutlich mit einem Risiko von über 0,2% erhöht. Mit Blick auf die Verteilung der Risiken in der Modellregion, werden die großen Schwankungen deutlich, die sich vor allem auf die niedrige Fallzahl auf dieser regionalen Ebene zurückführen lassen. Diese ist in der Modellregion um etwa das 10-fache niedriger als in Baden-Württemberg.

Ergebnisse

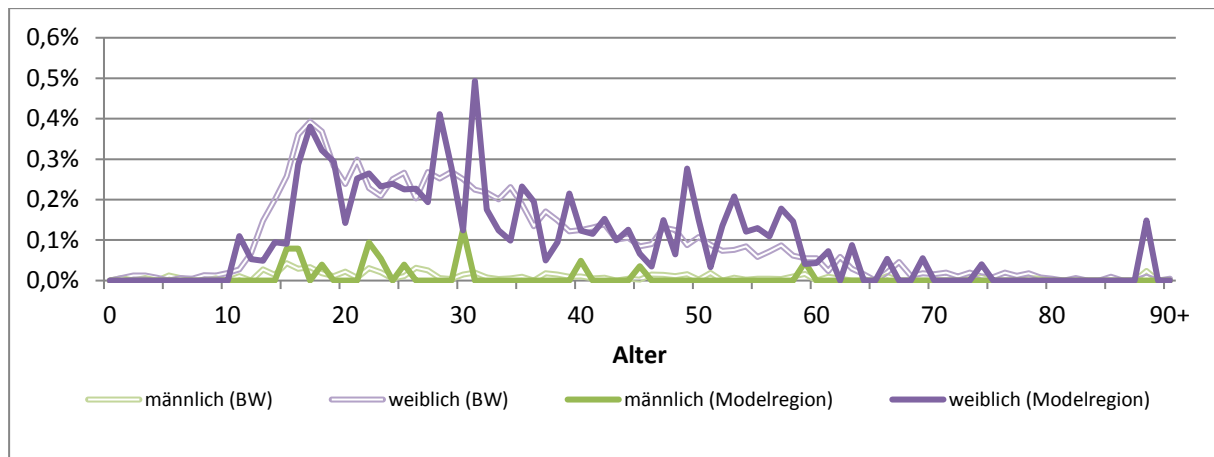


Abbildung 38: Administrative Prävalenz von Anorexia nervosa nach Alter und Geschlecht in Baden-Württemberg im Jahr 2013. [Eigene Berechnung auf Basis von Abrechnungsdaten der AOK-BW, adjustiert]

In einer weiteren Analyse der AOK-BW-Versicherten mit Anorexia nervosa-Diagnose wurde nach den häufigsten Begleitdiagnosen aus der ambulanten ärztlichen und stationären Versorgung im Jahr 2013 auf Grundlage des dreistelligen ICD-10 Codes geschaut (siehe Tabelle 12). Die häufigste Begleitdiagnose stellen demnach affektive Störungen dar, von denen circa 43,5% der insgesamt 2.452 AOK-Versicherten mit Anorexia nervosa-Diagnose in Baden-Württemberg betroffen waren.

Tabelle 12: Die drei häufigsten Begleitdiagnosen bei Versicherten mit Anorexia nervosa-Diagnose im Jahr 2013 in Baden-Württemberg. [Eigene Berechnung auf Basis von Abrechnungsdaten der AOK-BW, unadjustiert]

ICD-10 Code	N	Prozent	ICD-10 Gruppenbezeichnung
F30-F39	1.066	43,5	Affektive Störungen
F40-F48	1.027	41,9	Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen
N80-N98	620	25,3	Nichtentzündliche Krankheiten des weiblichen Genitaltraktes

Für die Schätzung der administrativen Prävalenz in der Wohnbevölkerung Baden-Württembergs und der Modellregion, wurden die auf Basis von Versicherungsdaten ermittelten Häufigkeiten nach Alter und Geschlecht adjustiert. Nach dieser Rechnung lag der Anteil der Anorexia nervosa-PatientInnen in Baden-Württemberg bei einem Anteil von 0,1%, was bei einer Einwohnerzahl zum Stichtag 31.12.2013 von 10.631.278 ungefähr 6.378 Betroffenen entspricht. In der Modellregion ergaben sich ähnliche administrative Prävalenzwerte mit 0,1% im Landkreis Biberach und 0,1% in den Landkreisen Ravensburg und Reutlingen. Das Alter, in dem bei der Wohnbevölkerung in Baden-Württemberg eine Anorexia nervosa-Diagnose vorlag, lag im Median bei 29 Jahren. In Abbildung 39 ist die administrative Prävalenz der Anorexia nervosa für alle 44 Landkreise und kreisfreien Städte abgebildet. Am höchsten war diese in der kreisfreien Stadt Ulm mit 0,1%, am niedrigsten in der kreisfreien Stadt Pforzheim.

Abbildung 40 zeigt die relative Veränderung der administrativen Prävalenz der Anorexia nervosa vom Basisjahr 2013 zum Jahr 2023 aufgrund der veränderten Bevölkerungsstruktur. Für Baden-Württemberg insgesamt sowie für alle Kreise ergibt sich keine Veränderung bzw. eine leichte Abnahme des Betroffenenanteils an der jeweiligen Wohnbevölkerung sowie der Betroffenenanzahl.

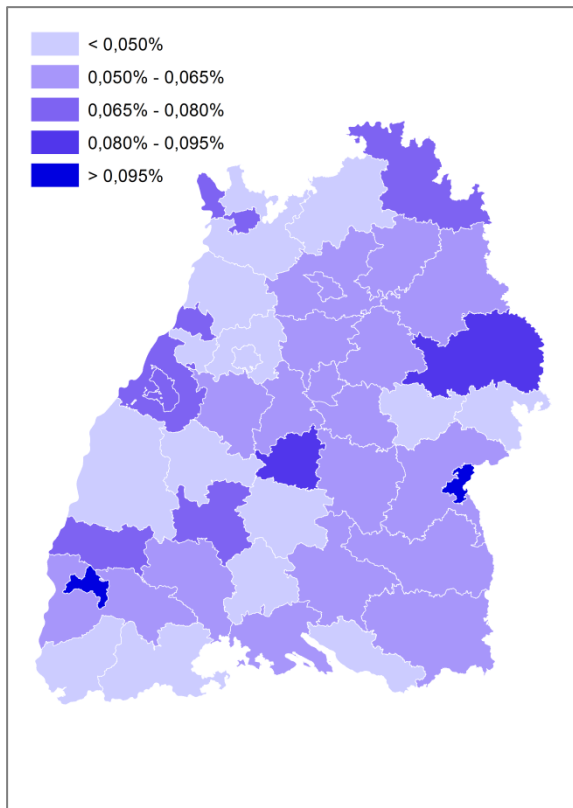


Abbildung 39: Administrative Prävalenz von Anorexia nervosa im Jahr 2013, adjustiert nach Alter und Geschlecht der Wohnbevölkerung im Kreis, angegeben in Prozent. [Eigene Berechnung auf Basis von Abrechnungsdaten der AOK-BW, adjustiert]

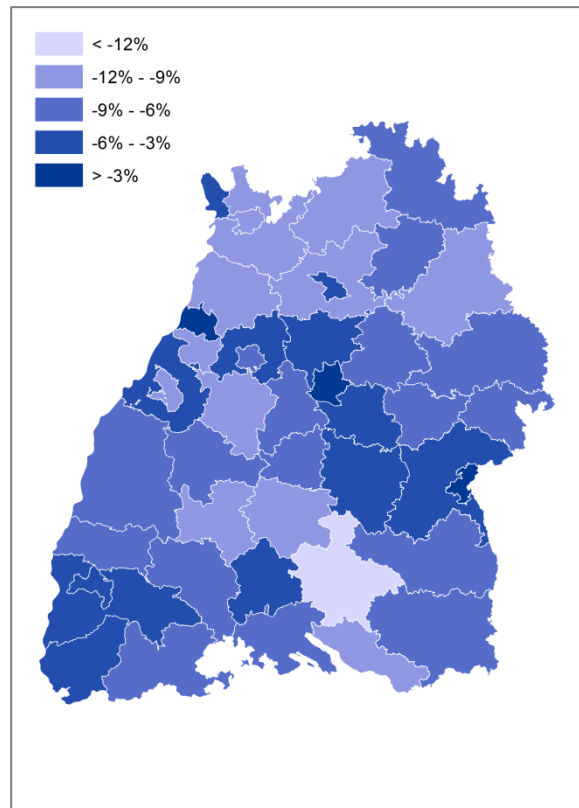


Abbildung 40: Relative Veränderung der administrativen Prävalenz von Anorexia nervosa von 2013 zu projiziert 2023 in Prozent. [Eigene Berechnung auf Basis von Abrechnungsdaten der AOK-BW, adjustiert und regionalisierten Bevölkerungsvorausrechnung (2023) des Statistischen Landesamtes Baden-Württemberg]

Intersektorale Inanspruchnahme

Auf Grundlage von Abrechnungsdaten der AOK-BW wurde für AOK-Versicherte mit Anorexia nervosa-Diagnose geschaut, welche verschiedenen Leistungen diese innerhalb eines Jahres in Anspruch genommen haben. Betroffene bilden dabei die Schnittstelle zwischen verschiedenen Sektoren, die im Idealfall aufeinander abgestimmt sind. Die Analyse der Häufigkeit verschiedener Schnittstellen kann dabei eine Abschätzung des Koordinationsbedarfs zwischen verschiedenen Sektoren oder Versorgungsbereichen geben. Für Betroffene von Anorexia nervosa wurden hierbei drei verschiedene Versorgungsbereiche oder Sektoren fokussiert. Zum einen wurde die hausärztliche Versorgung betrachtet. Diese beinhaltet neben Kontakten zur hausärztlichen Praxis (Kontakte zu Hausärzten und medizinischen Fachangestellten) auch Verordnungen von z.B. Arzneimitteln sowie Heil- und Hilfsmitteln und Überweisungen. Gleiches gilt für die ebenfalls betrachtete Versorgung durch Fachärzte. Hierbei wurden nur für die Patientengruppe besonders relevante Fachgruppen betrachtet: (psychologische) Psychotherapie, Psychiatrie, Nervenheilkunde und psychosomatische Medizin jeweils für Kinder- und Jugendliche sowie für Erwachsene. Aufgrund der Datenverfügbarkeit wurde die Inanspruchnahme von psychiatrischen Institutsambulanzen nicht untersucht, wodurch die Inanspruchnahme ambulanter fachärztlicher Leistungen womöglich unterschätzt wird.

Ergebnisse

Table 13: Intersektorale Schnittstellen bei AOK-Versicherten mit Anorexia nervosa im Jahr 2013. [Eigene Berechnung auf Basis von Abrechnungsdaten der AOK-BW, unadjustiert]

Anzahl AOK-Versicherte mit Anorexia nervosa	Modellregion (n=194)		BW (n=2.452)		HA	FA	KH
	n	%	n	%			
Nur HA	101	52,1	1.120	45,7	X		
HA und FA	72	37,1	1.016	41,4	X	X	
HA, FA, KH	10	5,2	166	6,8	X	X	X
HA und KH	5	2,6	97	4,0	X		X

Eingeordnet	188	96,9	2.399	97,8
Nicht eingeordnet	6	3,1	53	2,2

Abkürzungen: Hausärztliche Versorgung (HA), fachärztliche Versorgung (FA), Krankenhaus (KH).

In der untersuchten Stichprobe können sich Betroffene in verschiedenen Krankheitsphasen befinden. In der Modellregion mit einer Stichprobengröße von 101 betroffenen Versicherten bzw. in Baden-Württemberg insgesamt mit einer Stichprobengröße von 2.452 Versicherten haben ca. 52% bzw. 46% nur hausärztliche Leistungen in den untersuchten Versorgungsbereichen in Anspruch genommen. In den übrigen Fällen gab es Schnittstellen zur spezialisierten Versorgung. Mit ca. 37% in der Modellregion und ca. 41% in Baden-Württemberg insgesamt wurden sowohl hausärztliche als auch ambulant fachärztliche Leistungen in Anspruch genommen. Schnittstellen zwischen ambulanter und stationärer Versorgung traten in der Modellregion in ca. 8% der Fälle auf, in Baden-Württemberg in rund 11%.

Interregionale Inanspruchnahme

In einer weiteren Analyse der AOK-Versicherten, die im Jahr 2013 eine Anorexia nervosa-Diagnose hatten, wurde untersucht, wo die Betroffenen wohnen und wo sie Krankenhausleistungen in Anspruch genommen haben. Die Ergebnisse sind in Abbildung 41 dargestellt. Die blauen Quadrate stellen hierbei die Landkreise und kreisfreien Städte in Baden-Württemberg dar. Sie sind im Schaubild geografisch angeordnet. Die Kürzel in der Abbildung entsprechen den Kfz-Kennzeichen der jeweiligen Kreise. Je größer ein Quadrat in der Abbildung, desto höher ist die Zahl aufgestellter Betten in Krankenhäusern im jeweiligen Kreis. Die Breite der dargestellten Wanderungspfade richtet sich nach der Anzahl der Krankenhausfälle. Der Pfeil beginnt im Wohnort der Betroffenen, die Pfeilspitze zeigt auf den Ort der Krankenhausinanspruchnahme. Die drei Landkreise der Modellregion sind grün eingekreist.

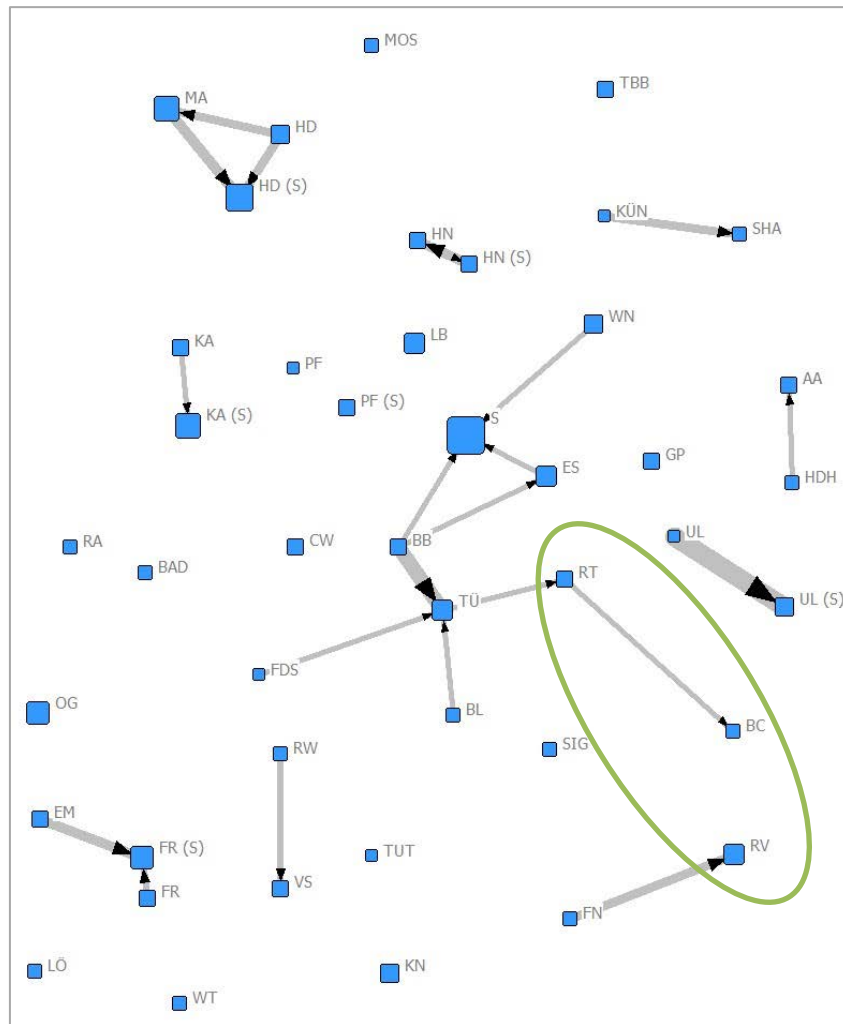


Abbildung 41: Krankenhausfälle bei Hauptdiagnose Anorexia nervosa bei Entlassung nach Wohn- und Behandlungsort im Jahr 2013 in den Landkreisen und kreisfr. Städten in Baden-Württemberg. [Eigene Berechnung auf Basis von Abrechnungsdaten der AOK-BW, unadjustiert]

Insgesamt wurden 376 Krankenhausfälle in Baden-Württemberg mit Hauptdiagnose Anorexia nervosa bei Entlassung gezählt. Hiervon entsprach bei 30% der Wohnort dem Behandlungsort. Bei rund der Hälfte der Krankenhausfälle fand die Versorgung in einem anderen Kreis in Baden-Württemberg statt. Bei den übrigen 20% erfolgte die Versorgung außerhalb von Baden-Württemberg.

Inanspruchnahme im Basisjahr 2013 und zukünftig

Eine weitere zentrale Frage, der im Modellprojekt nachgegangen wurde, sind mögliche Folgen der demografischen Entwicklung auf die Inanspruchnahme von Versorgungsangeboten für Menschen mit Anorexia nervosa. Hierzu wurde auf Basis von Sozialdaten der AOK-BW die Inanspruchnahme von AkteurInnen der Versorgung des spezifischen Bedarfs für das Basisjahr 2013 betrachtet. Fokussiert wurden hausärztliche Leistungen, ambulante fachärztliche Leistungen der Fachgruppen (psychologische) Psychotherapie und Psychiatrie, psychosomatische Medizin und die akutstationäre Versorgung. Die beobachteten alters- und geschlechtsspezifischen Inanspruchnahmeraten aus den Sozialdaten wurden sowohl auf die Wohnbevölkerung im Jahr 2013 als auch auf die vorausberechnete Wohnbevölkerung im Jahr 2023 in den Landkreisen und kreisfreien Städten Baden-Württembergs übertragen. Basis dieser Berechnung sind die Bevölkerungsfortschreibung und Bevölkerungsvorausberechnung

des Statistischen Landesamtes Baden-Württemberg. Die Ergebnisse dieser Analysen sind in den nachfolgenden drei Abbildungen dargestellt.

Im Jahr 2013 betrug die Inanspruchnahme hausärztlicher Leistungen durch Menschen mit der Diagnose Anorexia nervosa in Baden-Württemberg und der Modellregion nahezu 100%. Diese hohe Inanspruchnahme lässt sich zum Teil dadurch erklären, dass PatientInnen mit Anorexia nervosa in der vorliegenden Analyse nur als solche erfasst werden, wenn sie eine ambulante ärztliche oder stationäre Inanspruchnahme aufweisen. Abbildung 42 zeigt die absolute Zahl von Anorexia nervosa-PatientInnen mit Inanspruchnahme hausärztlicher Leistungen im Jahr 2013 und die aufgrund der veränderten Bevölkerungsstruktur veränderte Anzahl im Jahr 2023 sowie die relative Veränderung von 2013 zu 2023 in Prozent. Ähnlich wie bei der erwarteten Veränderung der administrativen Prävalenz ergibt sich sowohl in der Modellregion als auch in Baden-Württemberg insgesamt kaum eine Veränderung der erwarteten Betroffenenzahl. Unterschiede zwischen den Landkreisen und kreisfreien Städten bei der relativen Veränderung sind aufgrund der niedrigen Fallzahlen insgesamt auf Kreisebene kaum interpretierbar.

Die Inanspruchnahme fachärztlicher Leistungen lag in Baden-Württemberg im Jahr 2013 bei rund 50%. Dies entsprach auch den beiden Landkreisen Ravensburg und Reutlingen, während in Biberach rund ein Drittel der Anorexia nervosa-PatientInnen fachärztliche Leistungen in Anspruch nahm, was im regionalen Vergleich der niedrigsten Inanspruchnahme im Hohenlohekreis mit 32% nahekam. Die höchste Inanspruchnahme konnte im Landkreis Waldshut mit rund zwei Dritteln verzeichnet werden. Mit Blick auf die im Jahr 2023 zu erwartenden zusätzlichen oder weniger Betroffenen scheinen sich kaum Veränderungen zu ergeben (siehe Abbildung 43). Die vergleichsweise großen relativen Veränderungen der Inanspruchnahme ergeben sich vor allem aufgrund der niedrigen Fallzahlen.

Ergebnisse

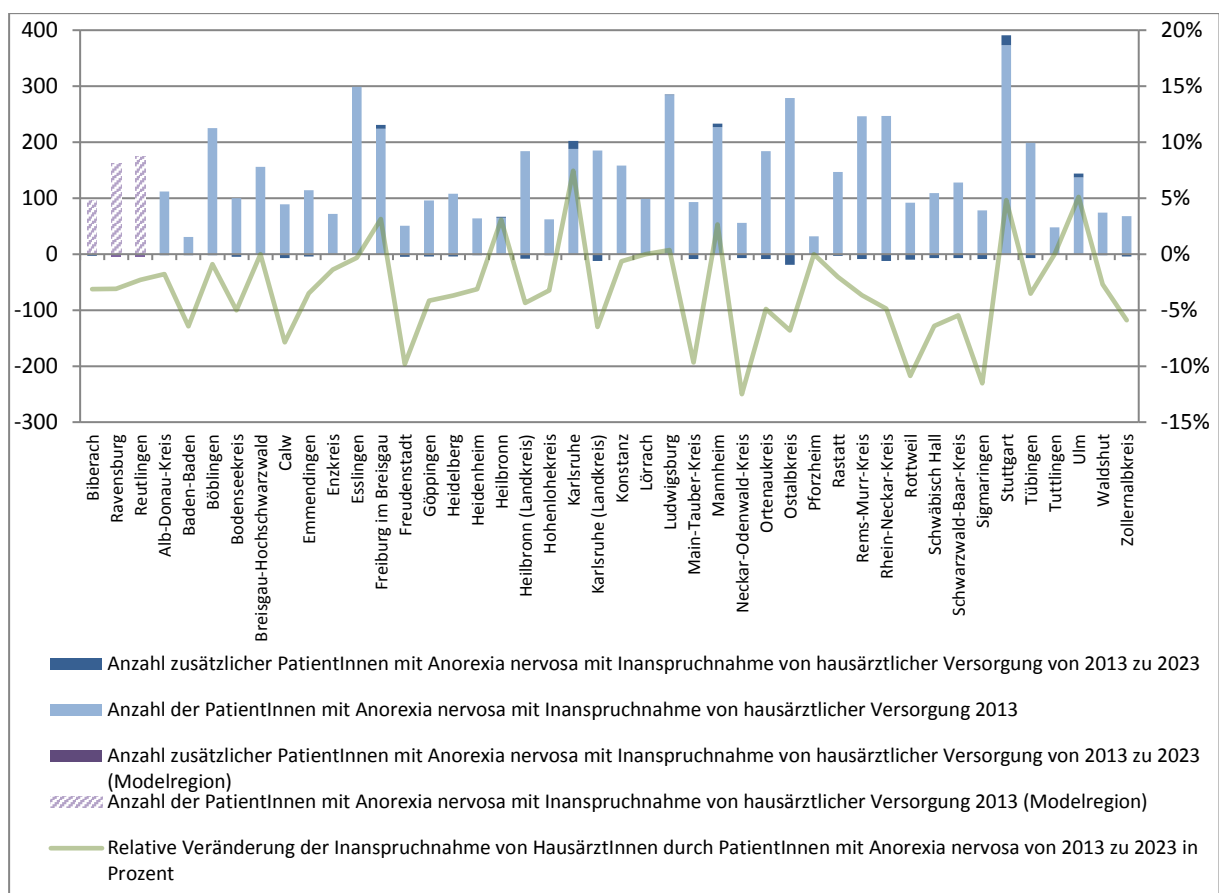


Abbildung 42: Inanspruchnahme hausärztlicher Leistungen durch Anorexia nervosa-PatientInnen (2013 und projiziert 2023) und relative Veränderung in Prozent. [Eigene Darstellung auf Basis von adjustierte Abrechnungsdaten der AOK Baden-Württemberg, der Bevölkerungsfortschreibung (2013) und regionalisierten Bevölkerungsvorausrechnung (2023) des Statistischen Landesamtes Baden-Württemberg]

Die Krankenhausinanspruchnahme lag im Jahr 2013 bei Menschen mit Anorexia nervosa-Diagnose bei rund 11% in Baden-Württemberg. In der Modellregion war der Anteil der Betroffenen mit mindestens einem Krankenhausaufenthalt im Beobachtungsjahr leicht niedriger mit 6% im Landkreis Biberach, 9% im Landkreis Ravensburg und 10% im Landkreis Reutlingen. Im regionalen Vergleich lag die Krankenhausinanspruchnahme durch Betroffene mit Wohnort im Landkreis Bodenseekreis mit rund 24% am höchsten, während in den drei Landkreisen Enzkreis, Neckar-Odenwald-Kreis und Waldshut keine Inanspruchnahme gemessen wurde.

Die im Jahr 2023 erwartete Inanspruchnahme von Krankenhausleistungen durch Betroffene von Anorexia nervosa aufgrund der vorausberechneten Bevölkerungsstruktur reiht sich in die Ergebnisse der Prävalenzentwicklung und der Inanspruchnahme ambulanter Versorgungsangebote ein (siehe Abbildung 44).

Ergebnisse

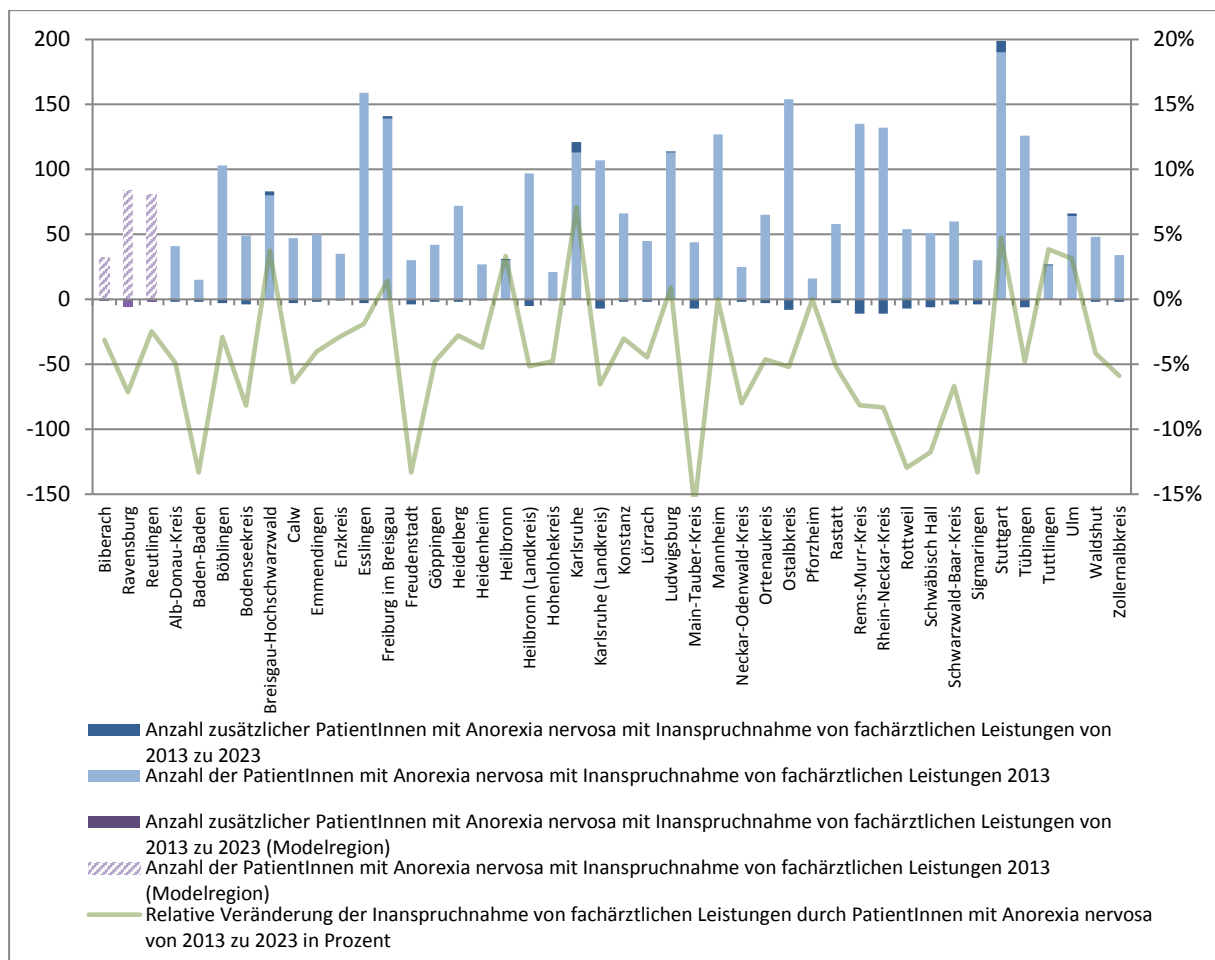


Abbildung 43: Inanspruchnahme ambulanter fachärztlicher Leistungen durch Anorexia nervosa-PatientInnen (2013 und projiziert 2023) und relative Veränderung in Prozent. [Eigene Darstellung auf Basis von adjustierte Abrechnungsdaten der AOK Baden-Württemberg, der Bevölkerungsfortschreibung (2013) und regionalisierten Bevölkerungsvorausrechnung (2023) des Statistischen Landesamtes Baden-Württemberg]

Ergebnisse

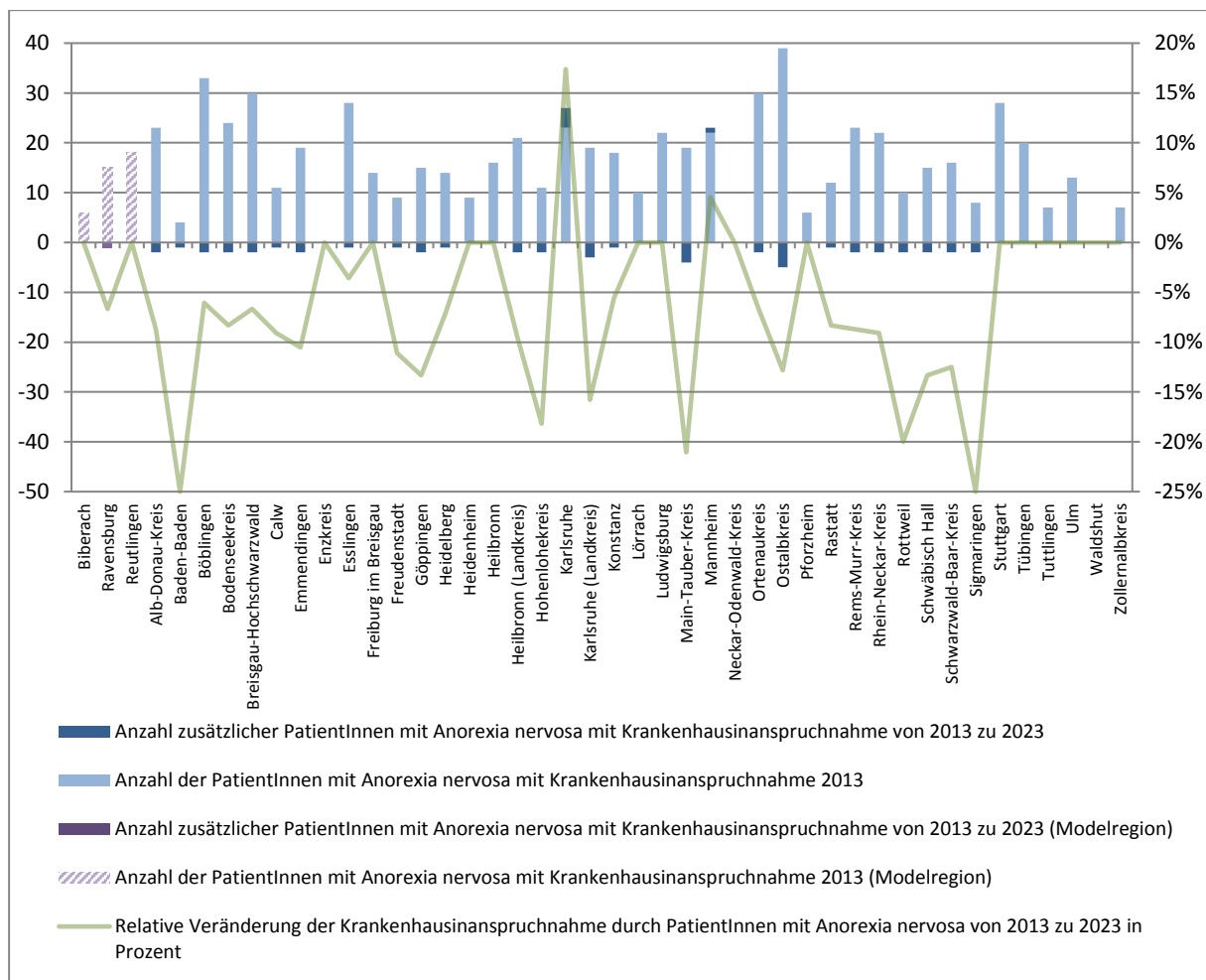


Abbildung 44: Inanspruchnahme von Krankenhausleistungen durch Anorexia nervosa-PatientInnen (2013 und projiziert 2023) und relative Veränderung in Prozent. [Eigene Darstellung auf Basis von adjustierte Abrechnungsdaten der AOK Baden-Württemberg, der Bevölkerungsfortschreibung (2013) und regionalisierten Bevölkerungsvorausrechnung (2023) des Statistischen Landesamtes Baden-Württemberg]

3.1.3. Chronischer Kreuzschmerz

Prävalenz im Basisjahr 2013 und 2023

Auf der Basis von Sozialdaten der AOK Baden-Württemberg aus dem Abrechnungsjahr 2013 wurde die 1-Jahres-Prävalenz des chronischen Kreuzschmerzes auf der Ebene der 44 Landkreise und kreisfreien Städte in Baden-Württemberg berechnet. Da die ermittelte Prävalenz auf Abrechnungsdaten der Routineversorgung basiert, spricht man auch von „administrativer“ Prävalenz. Um mögliche Unterschiede in der Alters- und Geschlechtsstruktur zwischen der Versichertenpopulation der AOK Baden-Württemberg und der Wohnbevölkerung auszugleichen, wurden die ermittelten Prävalenzen adjustiert nach Alter und Geschlecht. Hierzu wurde die Bevölkerungsfortschreibung des Statistischen Landesamtes Baden-Württemberg für das Jahr 2013 herangezogen, die sich auf Daten des Zensus 2011 stützt. Die berechnete rohe Rate der Prävalenz bezieht sich somit auf die Gesamtbevölkerung eines Landkreises bzw. einer kreisfreien Stadt und gibt den Anteil der Betroffenen mit einem chronischen Kreuzschmerz an der Gesamtbevölkerung an. Unterschiedliche Prävalenzen in den betrachteten Regionen ergeben sich unter anderem durch Unterschiede in der Alters- und Geschlechtsstruktur.

Ergebnisse

In Abbildung 45 ist die administrative 1-Jahres-Prävalenz des chronischen Kreuzschmerzes unterschieden nach Alter und Geschlecht im Jahr 2013 für das gesamte Bundesland Baden-Württemberg und zusammenfassend für die Modellregion dargestellt. Es zeigt sich ein kontinuierlicher Anstieg der Prävalenz mit fortschreitendem Alter, erst ab einem Alter von etwa 80 Jahren fällt die Prävalenz leicht ab. Insgesamt zeigen sich über die Jahre hinweg keine nennenswerten geschlechtsspezifischen Unterschiede in der administrativen Prävalenz, lediglich in der Gruppe der 60 bis 70-Jährigen ist die Prävalenz bei Männern minimal höher als bei Frauen bzw. ab einem Alter von 80 Jahren sind Frauen etwas häufiger betroffen als Männer.

Alle aufgeführten alters- und geschlechtsabhängigen Unterschiede in der administrativen 1-Jahres-Prävalenz finden sich auch in den Modellregionen wieder.

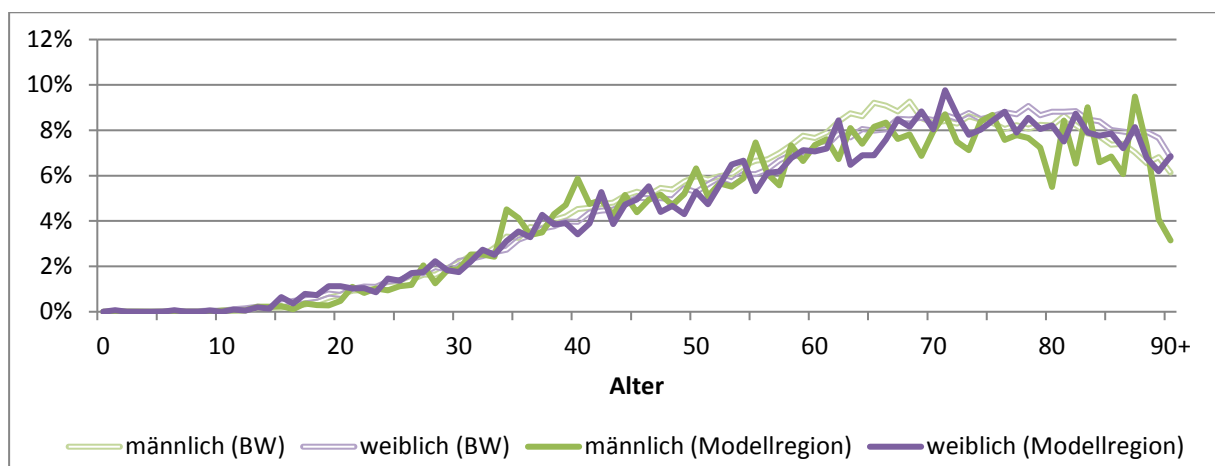


Abbildung 45: Administrative Prävalenz von chronischem Kreuzschmerz nach Alter und Geschlecht in Baden-Württemberg im Jahr 2013. [Eigene Berechnung auf Basis von Abrechnungsdaten der AOK Baden-Württemberg, adjustiert]

Abbildung 46 zeigt die administrative 1-Jahres-Prävalenz des chronischen Kreuzschmerzes adjustiert nach Alter und Geschlecht der Wohnbevölkerung im jeweiligen Stadt- und Landkreis im Jahr 2013. Die Prävalenz des chronischen Kreuzschmerzes war im Jahr 2013 mit 6,5% der Bevölkerung im Landkreis Neckar-Odenwald am höchsten. Die niedrigste Prävalenz zeigte sich mit 3,2% im Landkreis Tuttlingen und Stadtkreis Karlsruhe. In Baden-Württemberg lag der Anteil der Bevölkerung mit der Diagnose chronischer Kreuzschmerz insgesamt bei 4,4%.

Tabelle 14: Die drei häufigsten Begleitdiagnosen bei Versicherten mit chronischem Kreuzschmerz im Jahr 2013 in Baden-Württemberg. [Eigene Berechnung auf Basis von Abrechnungsdaten der AOK Baden-Württemberg, adjustiert]

ICD-10 Code	N	Prozent	ICD-10 Gruppenbezeichnung
I10 - I15	91.145	49,5	Hypertonie
E70 - E90	72.685	39,5	Stoffwechselstörungen
M00 - M25	58.334	31,7	Arthropathien

In einer weiteren Analyse wurden die häufigsten dokumentierten Begleiterkrankungen von AOK-Versicherten mit chronischem Kreuzschmerz in Baden-Württemberg betrachtet (siehe Tabelle 14). Am häufigsten war neben einer Kreuzschmerzerkrankung eine Hypertonie dokumentiert mit rund 50%, gefolgt von Stoffwechselstörungen mit rund 40% und Arthropathien mit rund 32%.

Ergebnisse

Neben der Frage nach der derzeitigen Häufigkeit von Betroffenen mit chronischem Kreuzschmerz wurde untersucht, wie sich die Häufigkeit in einem mittelfristigen Zeitraum von zehn Jahren aufgrund demografischer Veränderungen entwickeln könnte. Hierzu wurde eine Projektion der administrativen Prävalenz vom Jahr 2013 auf das Jahr 2023 durchgeführt. Dabei wurden zunächst alters- und geschlechtsspezifische Prävalenzraten anhand von Sozialdaten der AOK Baden-Württemberg auf Ebene der Landkreise und kreisfreien Städte berechnet. Im nächsten Schritt wurden diese Prävalenzraten auf die Alters- und Geschlechtsstruktur der vorausgerechneten Wohnbevölkerung zum Stichtag des 31.12.2023 projiziert. Hierzu wurden die Ergebnisse der Bevölkerungsvorausberechnung des Statistischen Landesamtes Baden-Württemberg mit dem Basisjahr 2014 in der Hauptvariante mit Wanderungsbewegungen verwendet. Mit der zum Jahresende 2015 bereitgestellten Vorausberechnung sollte insbesondere dem Zuzug von Flüchtlingen im Jahr 2015 Rechnung getragen werden.

Abbildung 47 stellt die relative Veränderung der 1-Jahres Prävalenz des chronischen Kreuzschmerzes vom Basisjahr 2013 zum Jahr 2023 dar. Demnach ist die höchste Zunahme dieser Schätzung mit 4,9% im Kreis Neckar – Odenwald zu erwarten und ein Rückgang um -3,9% in Stadtkreis Karlsruhe. Insgesamt ergibt sich in Baden-Württemberg nach dieser Schätzung im Jahr 2023 eine Prävalenz von 4,5% (vgl. 2013: 4,4%).

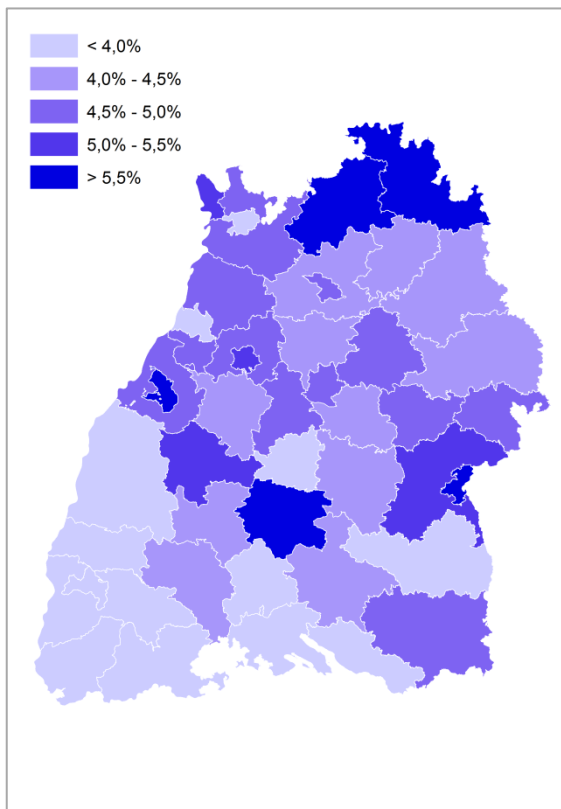


Abbildung 46: Administrative Prävalenz von chronischem Kreuzschmerz im Jahr 2013, adjustiert nach Alter und Geschlecht der Wohnbevölkerung im Kreis, angegeben in Prozent. [Eigene Berechnung auf Basis von Abrechnungsdaten der AOK Baden-Württemberg, adjustiert]

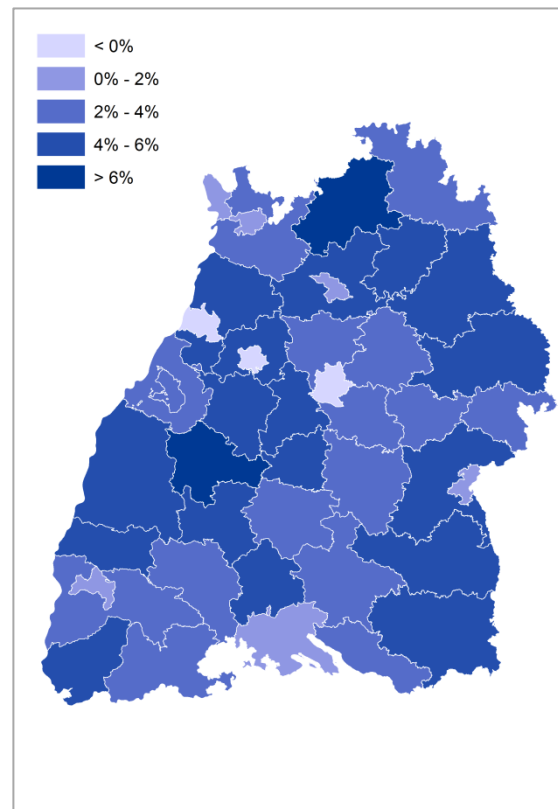


Abbildung 47: Relative Veränderung der administrativen Prävalenz von chronischem Kreuzschmerz von 2013 zu projiziert 2023 in Prozent. [Eigene Berechnung auf Basis von Abrechnungsdaten der AOK Baden-Württemberg, adjustiert und regionalisierten Bevölkerungsvorausrechnung (2023) des Statistischen Landesamtes Baden-Württemberg]

Intersektorale Inanspruchnahme

Ergebnisse

Tabelle 15 zeigt im Rahmen der intersektoralen Inanspruchnahme prozentual die betroffenen Menschen mit chronischem Kreuzschmerz, welche im Rahmen ihrer Erkrankung ausschließlich von einem Hausarzt betreut wurden bzw. inwieweit weitere Fachärzte und/oder eine Krankenhausbehandlung bzw. Rehabilitation in die Versorgung integriert wurden. 68,4% der Betroffenen war ausschließlich in hausärztlicher Betreuung und 29,4% in fach- und hausärztlicher Betreuung. Bei 0,5% wurde die kombinierte Versorgung durch einen stationären Krankenhausaufenthalt ergänzt. Lediglich bei 0,3% erfolgte die medizinische Versorgung durch den Hausarzt und das Krankenhaus ohne Beteiligung eines Facharztes. Ebenfalls mit einem Anteil von 0,3% wurde Menschen mit chronischem Kreuzschmerz vom Hausarzt und ergänzend mit einem Krankenhausaufenthalt und einer Rehabilitationsmaßnahme versorgt.

Tabelle 15. Intersektorale Schnittstellen bei AOK-Versicherten mit chronischem Kreuzschmerz im Jahr 2013. [Eigene Berechnung auf Basis von Abrechnungsdaten der AOK Baden-Württemberg, unadjustiert]

Anzahl Versicherte mit Kreuz- schmerz	AOK- Modellregion (n=13.476)		BW (n=184.186)		HA	FA	KH	Reha
	N	%	n	%				
Nur HA	10.074	74,8	125.972	68,4	X			
HA und FA	3.102	23,0	54.202	29,4	X	X		
HA und KH	62	0,5	608	0,3	X		X	
HA, FA, KH und Reha	61	0,5	798	0,4	X	X	X	X
HA, KH und Reha	61	0,5	464	0,3	X		X	X
HA, FA und KH	58	0,4	951	0,5	X	X	X	

Eingeordnet	13.360	99,1	182.044	98,8
Nicht eingeordnet	116	0,9	2.142	1,2

Interregionale Inanspruchnahme

Im Rahmen der medizinischen Behandlung von Menschen mit chronischem Kreuzschmerz können entsprechend der Indikation bzw. klinischen Verlaufes neben der Hausarzt- und Facharztebene auch stationäre Krankenhausaufenthaltes indiziert sein bzw. um Rehabilitationsmaßnahmen ergänzt werden.

Abbildung 48 stellt die regionale Wanderung zwischen den einzelnen Stadt- und Landkreise in Baden-Württemberg dar. Die Abkürzung leitet sich aus dem entsprechenden Kfz-Kennzeichen des jeweiligen Stadtkreises bzw. Landkreises ab. Die Quadrate stellen die einzelnen Krankenhäuser in ihrer entsprechenden geographischen Lage dar. Die Größe der einzelnen Quadrate orientiert sich an der Bettenanzahl im jeweiligen Stadt- und Landkreis. Grundlage für diese Berechnung war die Krankenhausstatistik zum Stichtag 31.12.2013.

Grundgesamtheit für die Auswertung der Betroffenen war die Summe der jeweiligen Menschen mit der Diagnose chronischer Kreuzschmerz im Stadt- oder Landkreis. Zur Identifikation der relevanten stationären Inanspruchnahmen wurde die Hauptdiagnose im Rahmen der Entlassung definiert. Der jeweilige Pfeil symbolisiert die Wanderung der betroffenen Patienten abhängig von Wohnort und Ort der stationären Inanspruchnahme. Damit ein Pfeil entstehen kann müssen mindestens drei Fälle aus

dem Stadt- oder Landkreis in einen weiteren Stadt- oder Landkreis gewandert sein. Die jeweilige Größe des Pfeiles wird durch die absolute Anzahl der Betroffenen bestimmt.

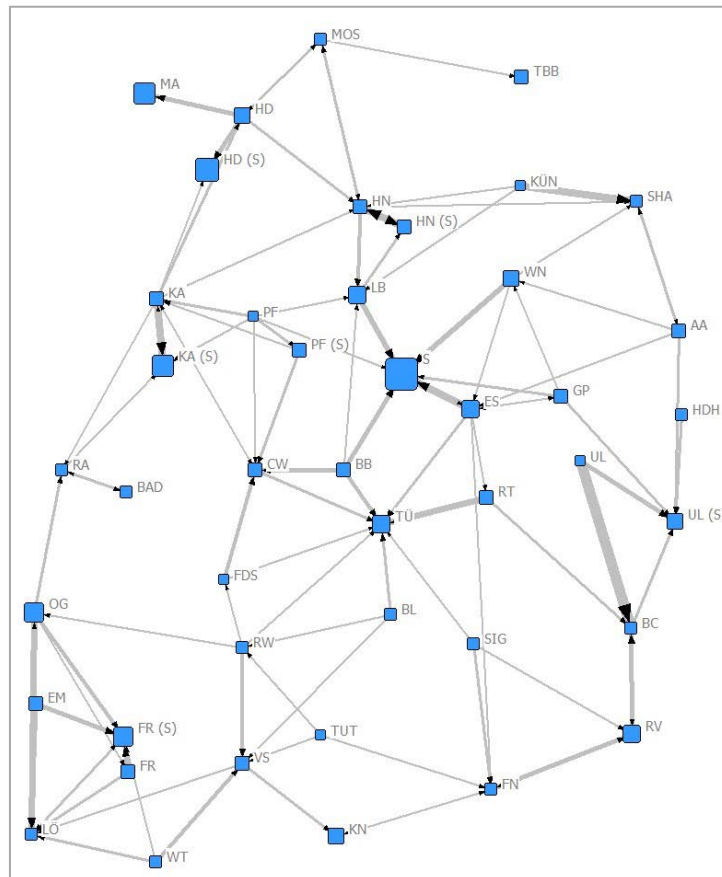


Abbildung 48: Krankenhausfälle bei Hauptdiagnose chronischem Kreuzschmerz bei Entlassung nach Wohn- und Behandlungsort im Jahr 2013 in den Landkreisen und kreisfr. Städten in Baden-Württemberg. [Eigene Berechnung auf Basis von Abrechnungsdaten der AOK Baden-Württemberg, unadjustiert]

Insgesamt haben im Jahr 2013 2.967 Menschen mit der Diagnose chronischer Kreuzschmerz eine stationäre Leistung in Anspruch genommen. Davon fand in 54,4% der Fälle die Behandlung innerhalb des eigenen Kreises statt, bei 36,6% hingegen erfolgte eine Wanderung in einen anderen Kreis, in 9,0% der Fälle erfolgte die Behandlung an einem Ort außerhalb von Baden-Württemberg.

Inanspruchnahme im Basisjahr 2013 und zukünftig

Eine weitere zentrale Frage sind mögliche Folgen der demografischen Entwicklung auf die Inanspruchnahme von Versorgungsangeboten für Menschen mit chronischem Kreuzschmerz. Hierzu wurde auf Basis von Sozialdaten der AOK-BW die Inanspruchnahme von AkteurlInnen der Versorgung und Heil- und Hilfsmittel analysiert. Fokussiert wurden hausärztliche Leistungen, fachärztliche Leistungen (Fachärzte für Orthopädie, Unfallchirurgie und Rheumatologie), Leistungen bezogen auf Heil- und Hilfsmittel, stationäre Aufenthalte und die Inanspruchnahme von Rehabilitationsmaßnahmen.

Die beobachteten alters- und geschlechtsspezifischen Inanspruchnahmeraten aus den Sozialdaten wurden sowohl auf die Wohnbevölkerung im Jahr 2013 als auch auf die vorausberechnete Wohnbevölkerung im Jahr 2023 in den Landkreisen und kreisfreien Städten Baden-Württembergs übertragen. Basis dieser Berechnung sind die Bevölkerungsfortschreibung und Bevölkerungsvorausberechnung

des Statistischen Landesamtes Baden-Württemberg. Die Ergebnisse dieser Analysen sind in den nachfolgenden sechs Abbildungen dargestellt.

Als Betroffener mit der Diagnose chronischer Kreuzschmerz können je nach Ursache und Schweregrad der Erkrankung verschiedene Gesundheitsleistungen, insbesondere die beteiligte Facharztgruppe und die Notwendigkeit eines stationären Aufenthaltes, wie auch der Bedarf an Heil- und Hilfsmitteln eine unterschiedliche Rolle spielen.

Die Analyse der Häufigkeit verschiedener Schnittstellen kann dabei eine Abschätzung des Koordinationsbedarfs zwischen verschiedenen Sektoren oder Versorgungsbereichen geben.

Anhand von Sozialdaten der AOK Baden-Württemberg wurde für Versicherte mit der Diagnose chronischer Kreuzschmerz und wohnhaft in Baden-Württemberg ausgewertet, welche Leistungen diese innerhalb des Jahres 2013 in Anspruch genommen haben.

Abbildung 49 zeigt die Inanspruchnahme hausärztlicher Leistungen von Menschen mit der Diagnose chronischer Kreuzschmerz im Jahr 2013 und 2023 und entsprechend deren prozentuale Veränderung bezogen auf den jeweiligen Kreis in Baden-Württemberg. Insgesamt haben in Baden-Württemberg Menschen mit chronischem Kreuzschmerz zu 99,1% die Leistung eines Hausarztes in Anspruch genommen. Die höchste absolute Inanspruchnahme eines Hausarztes von Menschen mit chronischem Kreuzschmerz lag im Jahr 2013 mit 28.244 im Kreis Stuttgart, gefolgt von 24.243 im Kreis Rhein-Neckar. Die niedrigste Inanspruchnahme lag mit 3.008 in der kreisfreien Stadt Baden-Baden. Bezogen auf die Schätzung für das Jahr 2023 sind im Landkreis Biberach mit 11,3% die höchste Zunahme zu erwarten, die niedrigsten Zunahmen einer prognostizierten Inanspruchnahme zeigen sich mit 2,9% im Kreis Main-Tauber.

Ergebnisse

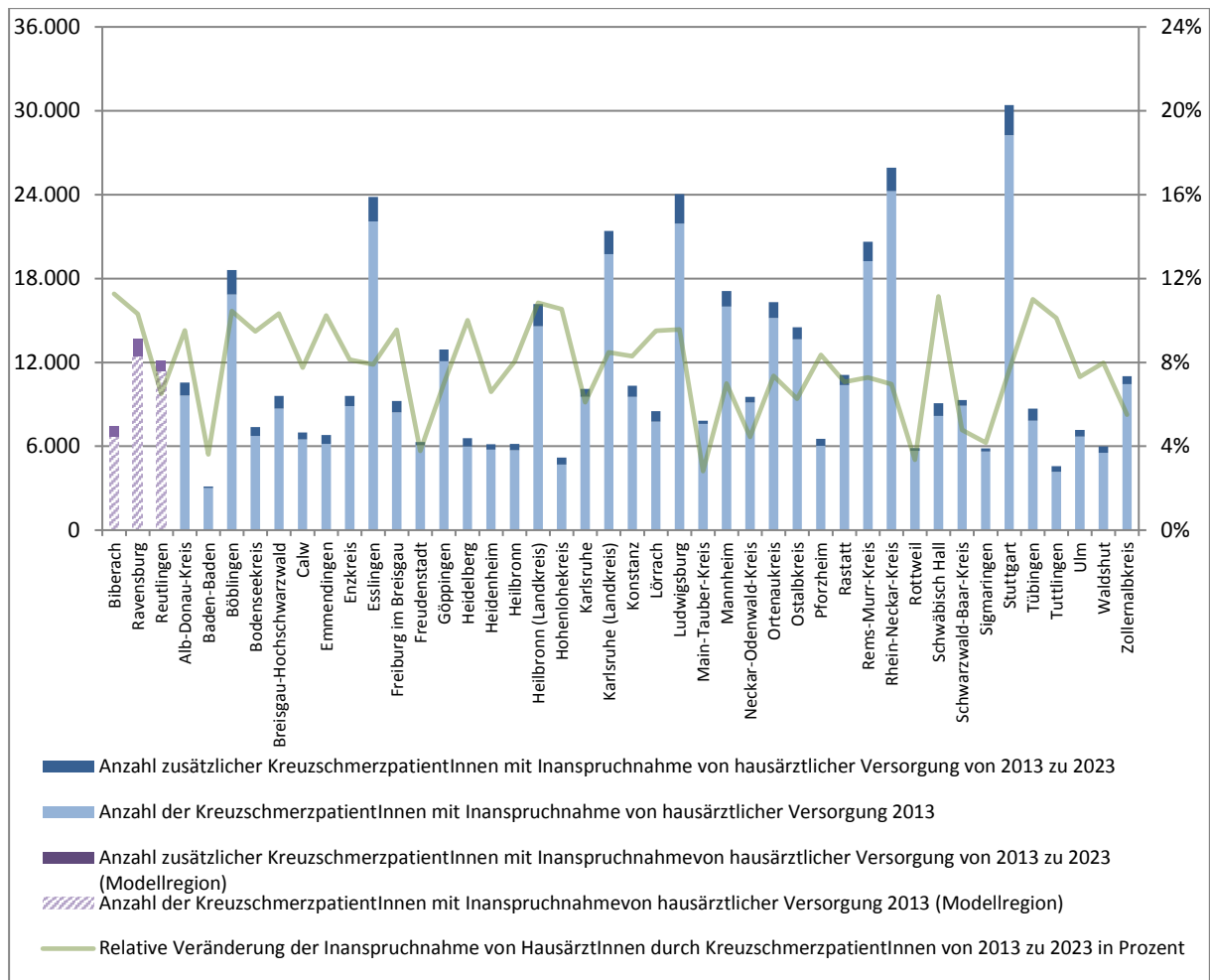


Abbildung 49: Inanspruchnahme hausärztlicher Leistungen durch Patienten mit chronischem Kreuzschmerz (2013 und projiziert 2023) und relative Veränderung in Prozent. [Eigene Darstellung auf Basis von adjustierte Abrechnungsdaten der AOK Baden-Württemberg, der Bevölkerungsfortschreibung (2013) und regionalisierten Bevölkerungsvorausrechnung (2023) des Statistischen Landesamtes Baden-Württemberg]

Abbildung 50 zeigt die Inanspruchnahme von medizinischer Leistung durch eine/n FachärztIn für Orthopädie, Unfallchirurgie und/oder Rheumatologie. Berücksichtigt sind Menschen mit der Diagnose chronischer Kreuzschmerz im Jahr 2013 und 2023. Ebenfalls wird die entsprechende prozentuale Veränderung zwischen 2013 und 2023 bezogen auf den jeweiligen Kreis in Baden-Württemberg dargestellt. Insgesamt haben in Baden-Württemberg Menschen mit chronischem Kreuzschmerz zu 31,6% die Leistung der oben aufgeführten Facharztgruppen in Anspruch genommen. Die höchste absolute Inanspruchnahme eines Facharztes von Menschen mit chronischem Kreuzschmerz lag im Jahr 2013 mit 12.810 im Kreis Stuttgart, gefolgt von 8.261 im Kreis Ludwigsburg. Die niedrigste Inanspruchnahme lag mit 997 im Kreis Baden-Baden. Bezogen auf die Schätzung für das Jahr 2023 ist im Kreis Biberach mit 10,4% die höchste Zunahme zu erwarten, die niedrigste Zunahme einer prognostizierten Inanspruchnahme zeigt sich mit 0,8% im Kreis Freudenstadt.

Ergebnisse

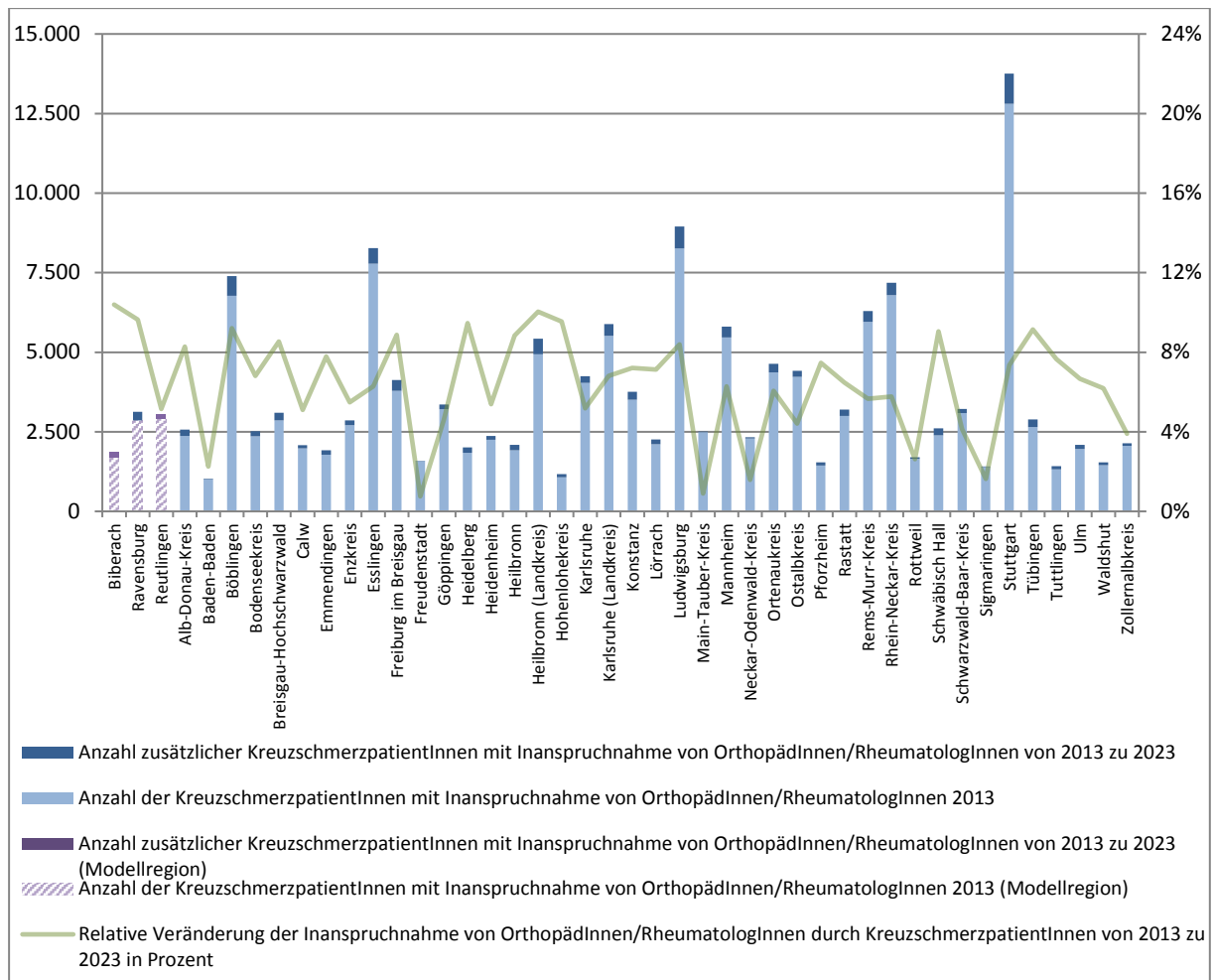


Abbildung 50: Inanspruchnahme fachärztlicher Leistungen durch Patienten mit chronischem Kreuzschmerz (2013 und projiziert 2023) und relative Veränderung in Prozent. [Eigene Darstellung auf Basis von adjustierte Abrechnungsdaten der AOK Baden-Württemberg, der Bevölkerungfortschreibung (2013) und regionalisierten Bevölkerungsvorausrechnung (2023) des Statistischen Landesamtes Baden-Württemberg]

Abbildung 51 zeigt die Inanspruchnahme von Heilmitteln im Jahr 2013 und deren prognostizierte Veränderung für das Jahr 2023. Insgesamt haben in Baden-Württemberg Menschen mit chronischem Kreuzschmerz zu 37,9% Heilmittel in Anspruch genommen. Die höchste absolute Inanspruchnahme lag im Jahr 2013 mit 10.932 im Kreis Stuttgart, gefolgt von 8.731 im Kreis Rhein-Neckar. Die niedrigste Inanspruchnahme lag mit 1.206 im Kreis Baden-Baden. Bezogen auf die Schätzung für das Jahr 2023 ist im Landkreis Heilbronn mit 10,5% die höchste Zunahme zu erwarten, die niedrigste Zunahme einer prognostizierten Inanspruchnahme zeigt sich im Kreis Baden-Baden mit 1,4%.

Ergebnisse

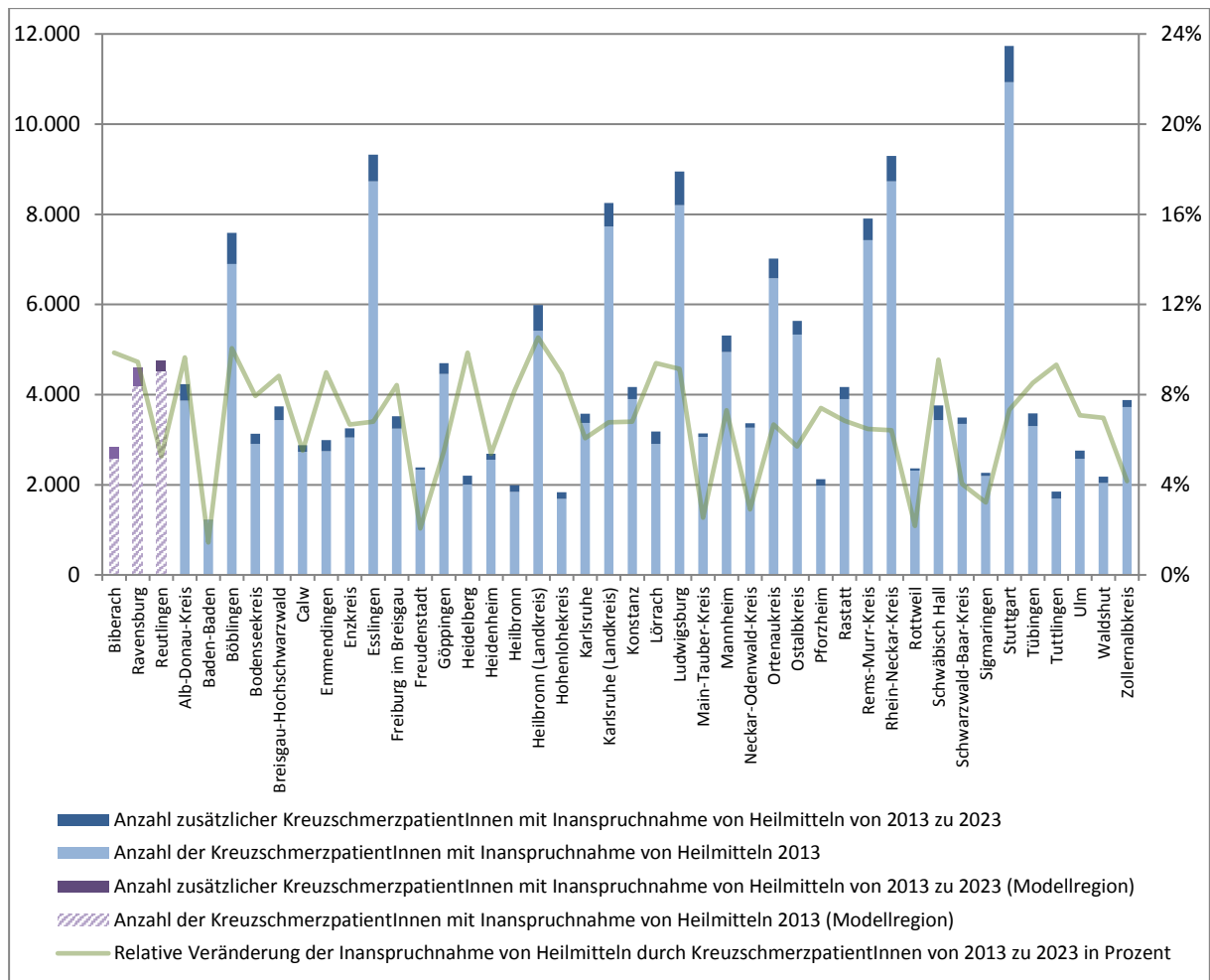


Abbildung 51: Inanspruchnahme von Heilmitteln durch Patienten mit chronischem Kreuzschmerz (2013 und projiziert 2023) und relative Veränderung in Prozent. [Eigene Darstellung auf Basis von adjustierte Abrechnungsdaten der AOK Baden-Württemberg, der Bevölkerungsfortschreibung (2013) und regionalisierten Bevölkerungsvorausrechnung (2023) des Statistischen Landesamtes Baden-Württemberg]

Abbildung 52 zeigt die Inanspruchnahme von Hilfsmitteln im Jahr 2013 und prognostiziert für das Jahr 2023. Insgesamt haben in Baden-Württemberg Menschen mit chronischem Kreuzschmerz zu 27,8% Hilfsmittel in Anspruch genommen. Die höchste absolute Inanspruchnahme lag im Jahr 2013 mit 8.447 im Kreis Stuttgart, gefolgt von 6.741 im Kreis Rhein-Neckar. Die niedrigste Inanspruchnahme lag mit 874 im Kreis Baden-Baden. Bezogen auf die Schätzung für das Jahr 2023 ist im Landkreis Biberach mit 14,7% die höchste Zunahme zu erwarten, die niedrigste Zunahme einer prognostizierten Inanspruchnahme zeigt sich im Kreis Main-Tauber mit 4,6%.

Ergebnisse

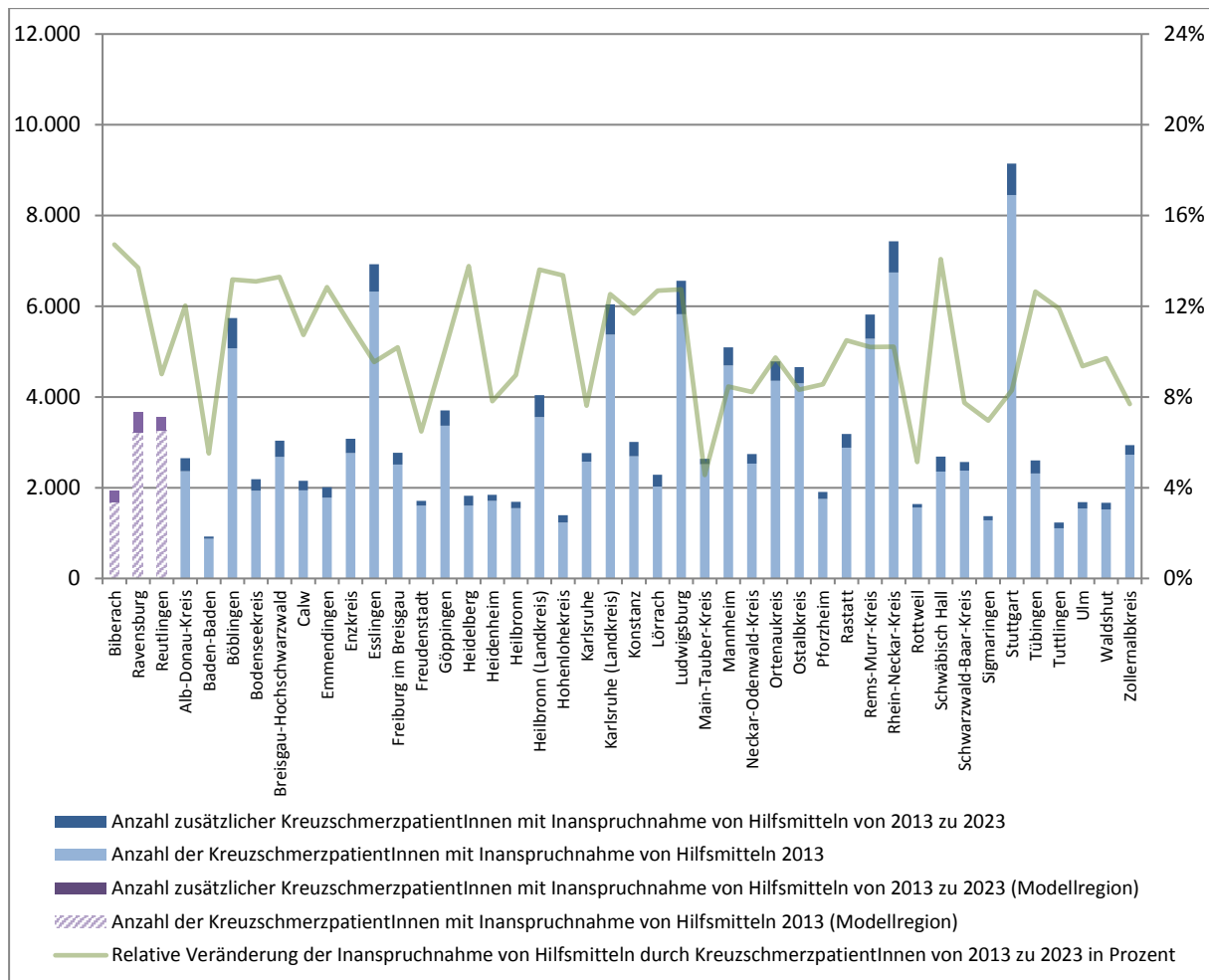


Abbildung 52: Inanspruchnahme von Hilfsmitteln durch Patienten mit chronischem Kreuzschmerz (2013 und projiziert 2023) und relative Veränderung in Prozent. [Eigene Darstellung auf Basis von adjustierte Abrechnungsdaten der AOK Baden-Württemberg, der Bevölkerungsfortschreibung (2013) und regionalisierten Bevölkerungsvorausrechnung (2023) des Statistischen Landesamtes Baden-Württemberg]

Abbildung 53 zeigt die Inanspruchnahme von Krankenhausaufenthalten im Jahr 2013 und prognostiziert für das Jahr 2023. Insgesamt wurde in Baden-Württemberg bei Menschen mit chronischem Kreuzschmerz zu 1,6% ein stationärer Krankenhausaufenthalt in Anspruch genommen. Die höchste absolute Inanspruchnahme lag im Jahr 2013 mit 355 im Kreis Esslingen, gefolgt von 322 im Kreis Stuttgart. Die niedrigste Inanspruchnahme lag mit 28 im Kreis Baden-Baden. Bezogen auf die Schätzung für das Jahr 2023 ist im Landkreis Konstanz mit 12,8% die höchste Zunahme zu erwarten, die niedrigste Zunahme bzw. ein Rückgang einer prognostizierten Inanspruchnahme zeigt sich im Kreis Freudenstadt mit -4,8%.

Ergebnisse

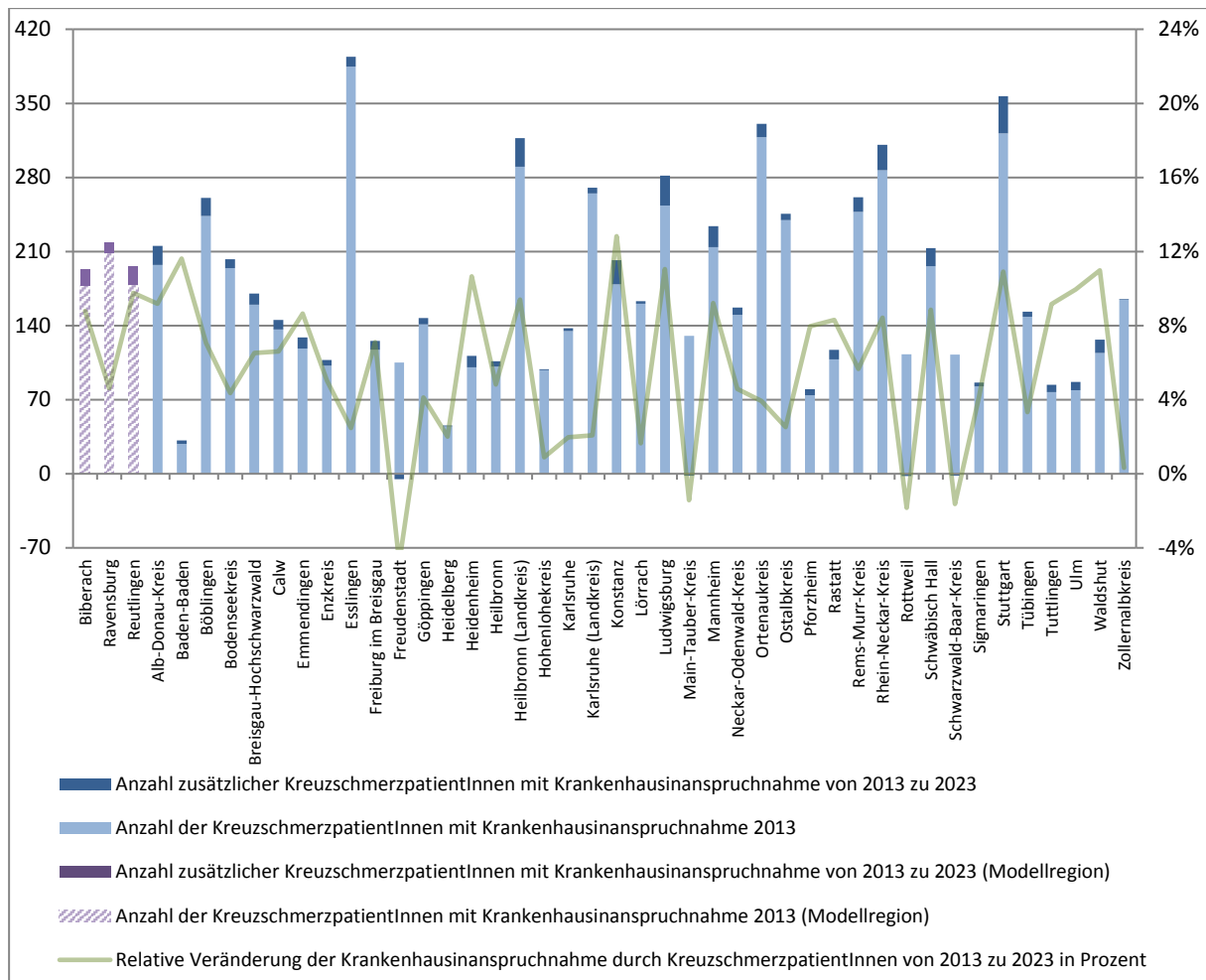


Abbildung 53: Inanspruchnahme von Krankenhausaufenthalten durch Patienten mit chronischem Kreuzschmerz (2013 und projiziert 2023) und relative Veränderung in Prozent. [Eigene Darstellung auf Basis von adjustierte Abrechnungsdaten der AOK Baden-Württemberg, der Bevölkerungsfortschreibung (2013) und regionalisierten Bevölkerungsvorausrechnung (2023) des Statistischen Landesamtes Baden-Württemberg]

Abbildung 54 zeigt die Inanspruchnahme von Rehabilitationsmaßnahmen im Jahr 2013 und prognostiziert für das Jahr 2023. Insgesamt wurde in Baden-Württemberg bei Menschen mit chronischem Kreuzschmerz zu 0,8% eine Rehabilitationsmaßnahme in Anspruch genommen. Die höchste absolute Inanspruchnahme lag im Jahr 2013 mit 159 im Kreis Ostalbkreis, gefolgt von 155 im Kreis Stuttgart und Kreis Rhein-Neckar. Die niedrigste Inanspruchnahme lag mit 11 im Kreis Baden-Baden. Bezogen auf die Schätzung für das Jahr 2023 ist im Landkreis Baden-Baden mit 27,3% die höchste Zunahme zu erwarten, die niedrigste Zunahme bzw. ein Rückgang einer prognostizierten Inanspruchnahme zeigt sich im Kreis Main-Tauber mit -6%.

Ergebnisse

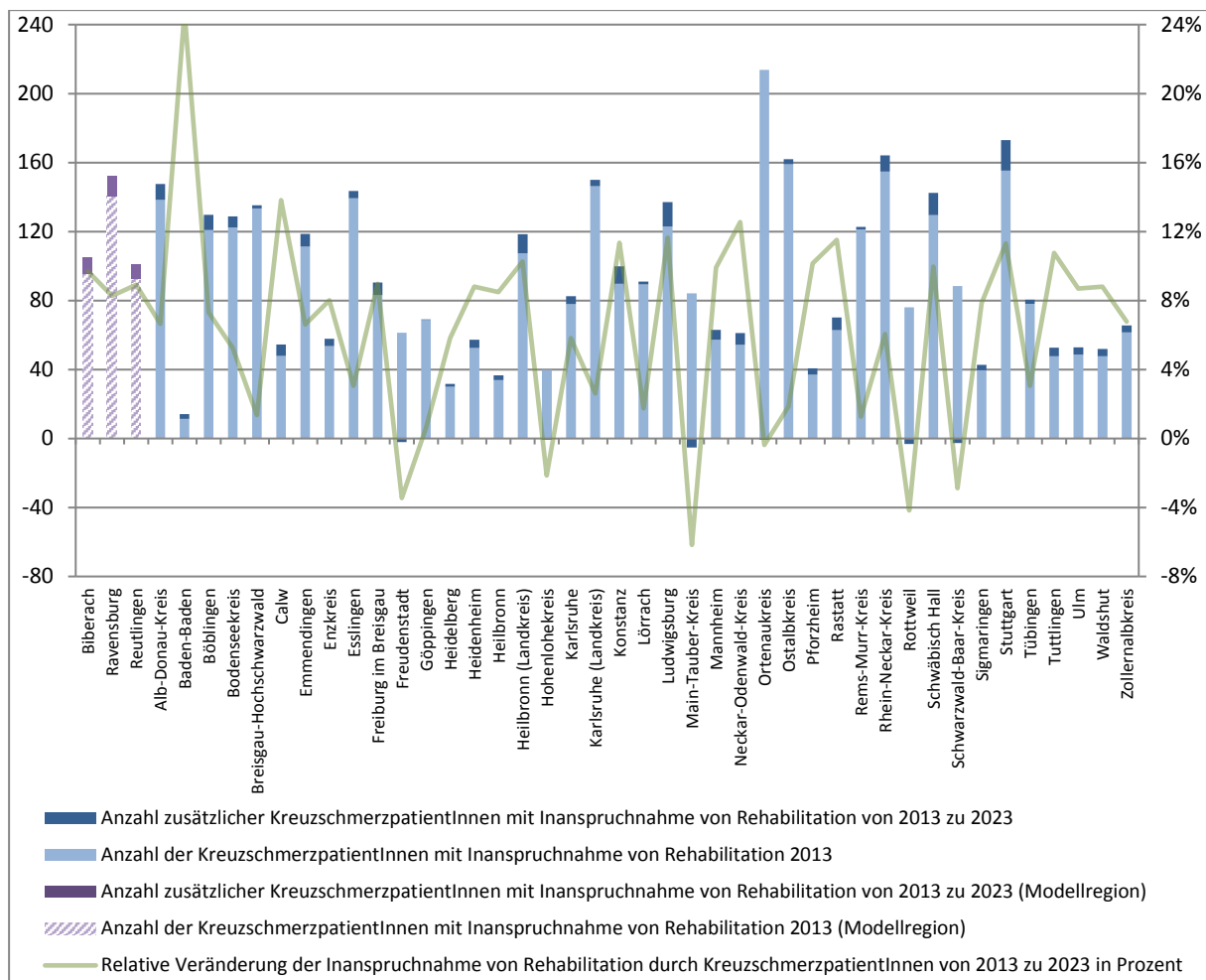


Abbildung 54: Inanspruchnahme von Rehabilitationsmaßnahmen durch Patienten mit chronischem Kreuzschmerz (2013 und projiziert 2023) und relative Veränderung in Prozent. [Eigene Darstellung auf Basis von adjustierte Abrechnungsdaten der AOK Baden-Württemberg, der Bevölkerungsfortschreibung (2013) und regionalisierten Bevölkerungsvorausrechnung (2023) des Statistischen Landesamtes Baden-Württemberg]

3.1.4. Darmkrebs

Prävalenz im Basisjahr 2013 und Projektion für 2023

Abbildung 55 zeigt die Häufigkeit der Diagnose Darmkrebs unter den Versicherten der AOK Baden-Württemberg nach Alter und Geschlecht im Jahr 2013. Zum einen wird deutlich, dass das Risiko einer Darmkrebsdiagnose mit dem Alter steigt. Zum anderen scheinen Männer im höheren Alter deutlich häufiger betroffen zu sein als Frauen. Vergleicht man die Altersgruppen der 60-Jährigen mit den 85-Jährigen für Baden-Württemberg insgesamt, ist in der letzteren Altersgruppe der Betroffenenanteil mit rund 3% bei den Männern und 2% bei den Frauen um das 5-fache höher. Der Median des Alters liegt in der untersuchten Gruppe der Darmkrebs-PatientInnen bei 73 Jahren.

Die Analyse nach Alter und Geschlecht adjustierter Raten auf Grundlage von Sozialdaten der AOK Baden-Württemberg ergibt für das Bundesland einen Anteil von 0,5% Darmkrebs-PatientInnen an der Bevölkerung. In der Modellregion ist die Häufigkeit ähnlich mit einem Anteil von 0,4% im Landkreis Biberach, 0,4% im Landkreis Ravensburg und 0,5% im Landkreis Reutlingen. Im regionalen Vergleich der administrativen Prävalenz (siehe Abbildung 56) ergibt sich der höchste Betroffenenanteil an der

Ergebnisse

Wohnbevölkerung im Landkreis Karlsruhe mit 0,6%, der niedrigste in der kreisfreien Stadt Heidelberg mit 0,3%.

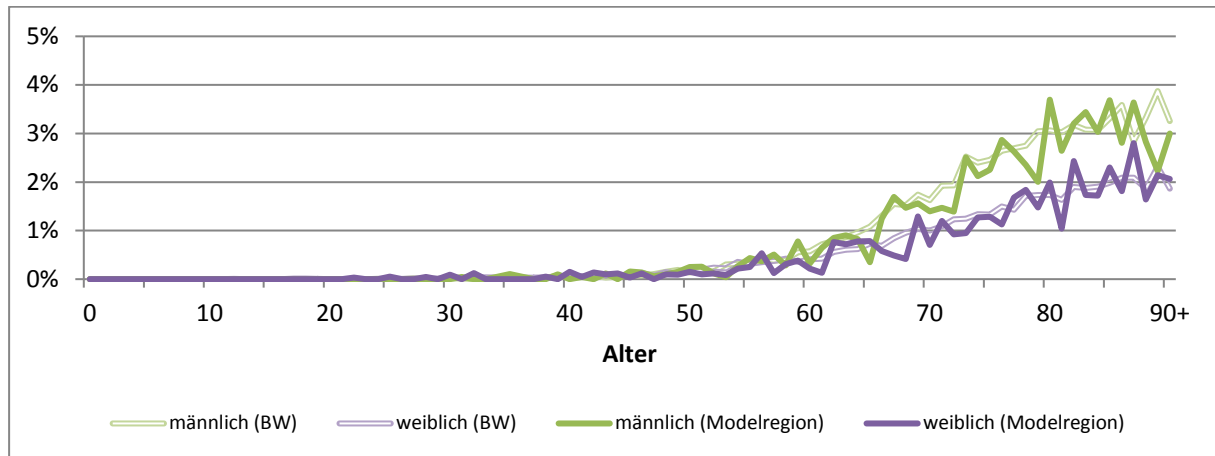


Abbildung 55: Administrative Prävalenz von Darmkrebs nach Alter und Geschlecht in Baden-Württemberg und der Modellregion im Jahr 2013. [Eigene Berechnung auf Basis von Abrechnungsdaten der AOK Baden-Württemberg, adjustiert]

In Tabelle 16 sind die häufigsten drei Begleiterkrankungen der Versicherten mit Darmkrebs-Diagnose in Baden-Württemberg im Jahr 2013 dargestellt. Dabei können die dargestellten Begleitdiagnosen zum einem als gesicherte Diagnose aus der ambulanten ärztlichen Versorgung stammen, die in mindestens zwei Quartalen des Beobachtungsjahres auftraten, oder aus der stationären Versorgung als Hauptdiagnose bei Entlassung. Die häufigsten Begleiterkrankungen Hypertonie sowie Krankheiten der Wirbelsäule und des Rückens treten ungeachtet einer Darmkrebserkrankung besonders in höheren Altersgruppen auf.

Tabelle 16: Die drei häufigsten Begleitdiagnosen bei Versicherten mit Darmkrebs-Diagnose im Jahr 2013 in Baden-Württemberg. [Eigene Berechnung auf Basis von Abrechnungsdaten der AOK Baden-Württemberg, adjustiert]

ICD-10 Code	N	Prozent	ICD-10 Gruppenbezeichnung
I10 - I15	13.661	66,0	Hypertonie [Hochdruckkrankheit]
E70 - E90	9.652	46,6	Stoffwechselstörungen
M50 - M54	8.200	39,6	Sonstige Krankheiten der Wirbelsäule und des Rückens

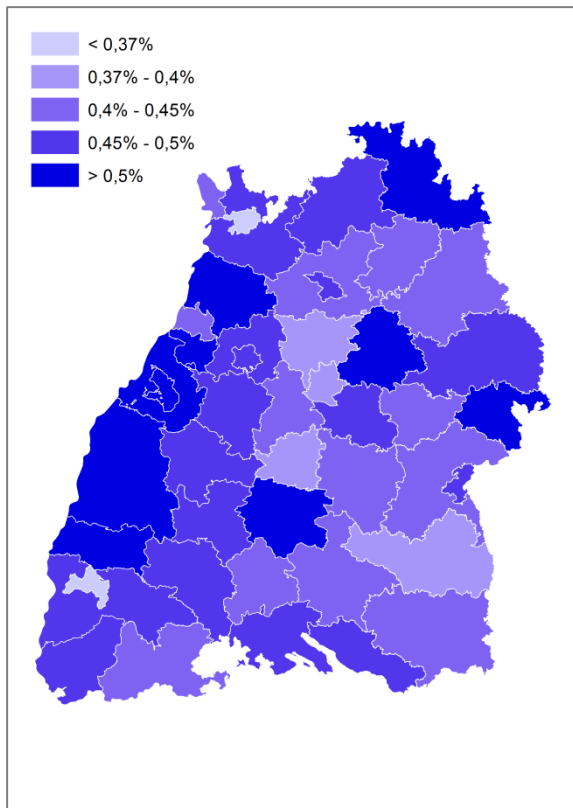


Abbildung 56: Administrative Prävalenz von Darmkrebs im Jahr 2013, adjustiert nach Alter und Geschlecht der Wohnbevölkerung im Kreis, angegeben in Prozent. [Eigene Berechnung auf Basis von Abrechnungsdaten der AOK Baden-Württemberg, adjustiert]

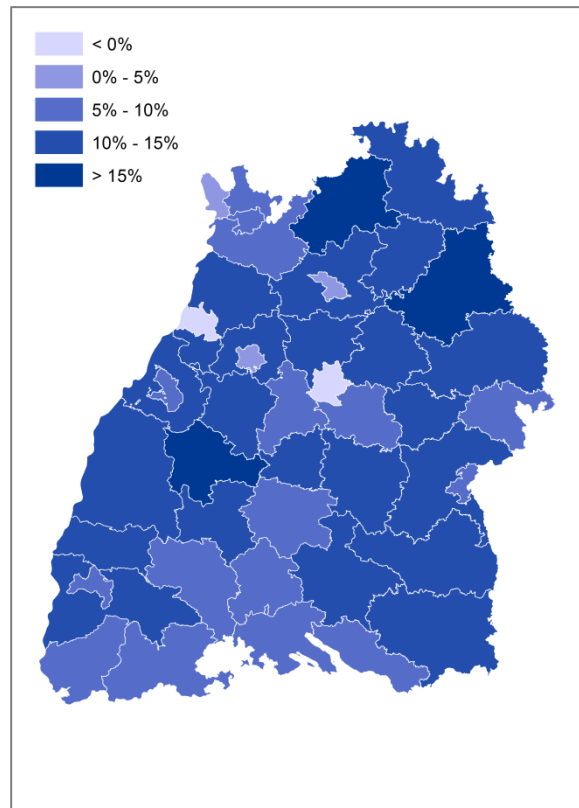


Abbildung 57: Relative Veränderung der administrativen Prävalenz von Darmkrebs von 2013 zu projiziert 2023 in Prozent. [Eigene Berechnung auf Basis von Abrechnungsdaten der AOK Baden-Württemberg, adjustiert und regionalisierten Bevölkerungsvorausrechnung (2023) des Statistischen Landesamtes Baden-Württemberg]

Projiziert man die im Jahr 2013 beobachteten Häufigkeiten auf die Bevölkerung im Jahr 2023 (Bevölkerungsvorausberechnung des Statistischen Landesamtes Baden-Württemberg) ergeben sich die in Abbildung 57 dargestellten relativen Änderungsraten. In Baden-Württemberg ergibt sich eine leichte Zunahme der administrativen Darmkrebsprävalenz von rund 9%, was 7.075 zusätzliche Darmkrebs-PatientInnen in Baden-Württemberg bedeuten würde, ebenso in der Modellregion mit rund 12% in den Landkreisen Biberach und Ravensburg sowie rund 11% im Landkreis Reutlingen. Die höchste Zunahme ergibt sich für den Landkreis Neckar-Odenwald-Kreis mit rund 19%, für die kreisfreie Stadt Karlsruhe wird eine nahezu unveränderte Prävalenz erwartet.

Intersektorale Inanspruchnahme im Basisjahr 2013

Auf Grundlage von Abrechnungsdaten der AOK-BW wurde für AOK-Versicherte mit Darmkrebs-Diagnose geschaut, welche verschiedenen Leistungen diese innerhalb eines Jahres in Anspruch genommen haben. Betroffene bilden dabei die Schnittstelle zwischen verschiedenen Sektoren, die im Idealfall aufeinander abgestimmt sind. Die Analyse der Häufigkeit verschiedener Schnittstellen kann dabei eine Abschätzung des Koordinationsbedarfs zwischen verschiedenen Sektoren oder Versorgungsbereichen geben. Für Betroffene von Darmkrebs wurden hierbei vier verschiedene Versorgungsbereiche oder Sektoren fokussiert: hausärztliche Leistungen, fachärztliche Leistungen durch die Fachgruppe der Inneren Medizin und der Onkologie sowie Krankenhausleistungen.

Ergebnisse

Tabelle 17: Intersektorale Schnittstellen bei AOK-Versicherten mit Darmkrebs im Jahr 2013 in Baden-Württemberg und der Modellregion. [Eigene Berechnung auf Basis von Abrechnungsdaten der AOK Baden-Württemberg, unadjustiert]

Anzahl AOK-Versicherte mit Darmkrebs	Modellregion (n=1.496)		BW (n=20.710)					
	n	%	n	%	HA	FA_inn	FA_o	KH
Nur HA	720	48,1	10.692	51,6	X			
HA und FA_inn	273	18,2	2.990	14,4	X	X		
HA und FA_onk	143	9,6	2.119	10,2	X		X	
HA, FA_inn und FA_onk	89	5,9	829	4,0	X	X	X	
HA und KH	82	5,5	1.644	7,9	X			X
HA, FA_inn, FA_onk und KH	65	4,3	604	2,9	X	X	X	X
HA, FA_onk und KH	64	4,3	952	4,6	X		X	X
HA, FA_inn und KH	49	3,3	777	3,8	X	X		X

Eingeordnet	1.485	99,3	20.607	99,5
Nicht eingeordnet	11	0,7	103	0,5

Abkürzungen: Hausarzt (HA), Facharzt für Innere Medizin (FA_inn), Facharzt für Onkologie (FA_onk), Krankenhaus (KH).

Insgesamt wurden von circa der Hälfte der PatientInnen mit Darmkrebs sowohl in den drei Landkreisen der Modellregion als auch in Baden-Württemberg Leistungen aus mindestens zwei verschiedenen Versorgungsbereichen in Anspruch genommen. Die andere Hälfte der Betroffenen von den betrachteten Versorgungsbereichen nahmen nur hausärztliche Leistungen in Anspruch. Die häufigste Schnittstelle ergab sich mit rund 18% in der Modellregion und rund 14% in Baden-Württemberg zwischen hausärztlichen und ambulanten fachärztlichen Leistungen der Inneren Medizin.

Interregionale Inanspruchnahme

Abbildung 58 zeigt das Ergebnis der Analyse des Ortes der Inanspruchnahme (blaue Quadrate) von Krankenhausleistungen durch Versicherte mit Darmkrebs-Diagnose auf Ebene der Landkreise und kreisfreien Städte in Baden-Württemberg im Jahr 2013. Die Größe der blauen Quadrate richtet sich nach der Bettenzahl in Krankenhäusern im jeweiligen Kreis, je mehr Betten desto größer wird ein Landkreis bzw. kreisfreie Stadt dargestellt. Die Pfeile zeigen auf den Ort, in dem die Leistung in Anspruch genommen wurde. Je dicker dieser Pfeil dargestellt ist, desto mehr Wanderung fand für die Leistungsanspruchnahme statt. Die Kürzel in der Abbildung entsprechen den Kfz-Kennzeichen der Kreise. Sofern ein Landkreis und eine kreisfreie Stadt ein gemeinsames Kfz-Kennzeichen besitzen, wurde die kreisfreie Stadt mit einem (S) gekennzeichnet. Untersucht wurden 6.794 Krankenhausfälle aufgrund von Darmkrebs unter den AOK-Versicherten. Bei diesen fand bei 60% die Krankenhausversorgung im Wohnort bzw. Kreis statt. In rund 38% der Krankenhausaufenthalte aufgrund von Darmkrebs erfolgte der Krankenhausaufenthalt in einem anderen Kreis in Baden-Württemberg als dem Wohnort. Innerhalb der Kreise der Modellregion fanden kaum Wanderungen statt. Mit Blick auf die einzelnen Kreise der Modellregion nahmen vor allem Versicherte aus dem Landkreis Reutlingen Krankenhausleistungen im Landkreis Tübingen in Anspruch.

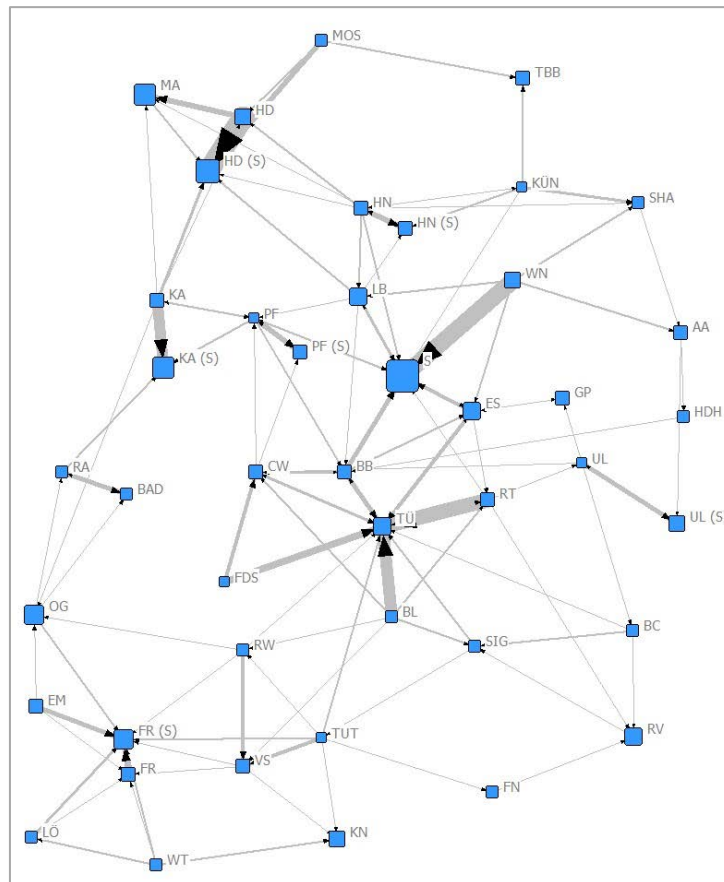


Abbildung 58: Krankenhausfälle bei Hauptdiagnose Darmkrebs bei Entlassung nach Wohn- und Behandlungsort im Jahr 2013 in den Landkreisen und kreisfr. Städten in Baden-Württemberg. [Eigene Berechnung auf Basis von Abrechnungsdaten der AOK Baden-Württemberg, unadjustiert]

Inanspruchnahme im Basisjahr 2013 und zukünftig

Eine weitere zentrale Frage, der im Modellprojekt nachgegangen wurde, sind mögliche Folgen der demografischen Entwicklung auf die Inanspruchnahme von Versorgungsangeboten für Menschen mit Darmkrebs. Hierzu wurde auf Basis von Sozialdaten der AOK-BW die Inanspruchnahme von AkteurInnen der Versorgung des spezifischen Bedarfs für das Basisjahr 2013 betrachtet. Fokussiert wurden hausärztliche Leistungen, ambulante fachärztliche Leistungen der Fachgruppen Innere Medizin und Onkologie sowie die Versorgung im Krankenhaus. Die beobachteten alters- und geschlechtsspezifischen Inanspruchnahmeraten aus den Sozialdaten wurden sowohl auf die Wohnbevölkerung im Jahr 2013 als auch auf die vorausberechnete Wohnbevölkerung im Jahr 2023 in den Landkreisen und kreisfreien Städten Baden-Württembergs übertragen. Basis dieser Berechnung sind die Bevölkerungsfortschreibung und Bevölkerungsvorausberechnung des Statistischen Landesamtes Baden-Württemberg.

Im Jahr 2013 lag die Inanspruchnahme hausärztlicher Leistungen in allen Landkreisen und kreisfreien Städten Baden-Württembergs bei nahezu 100%. Abbildung 59 zeigt die zu erwartende Veränderung der Inanspruchnahme hausärztlicher Leistungen durch Darmkrebs-PatientInnen zum Jahr 2023 aufgrund der veränderten Bevölkerungsstruktur.

Ergebnisse

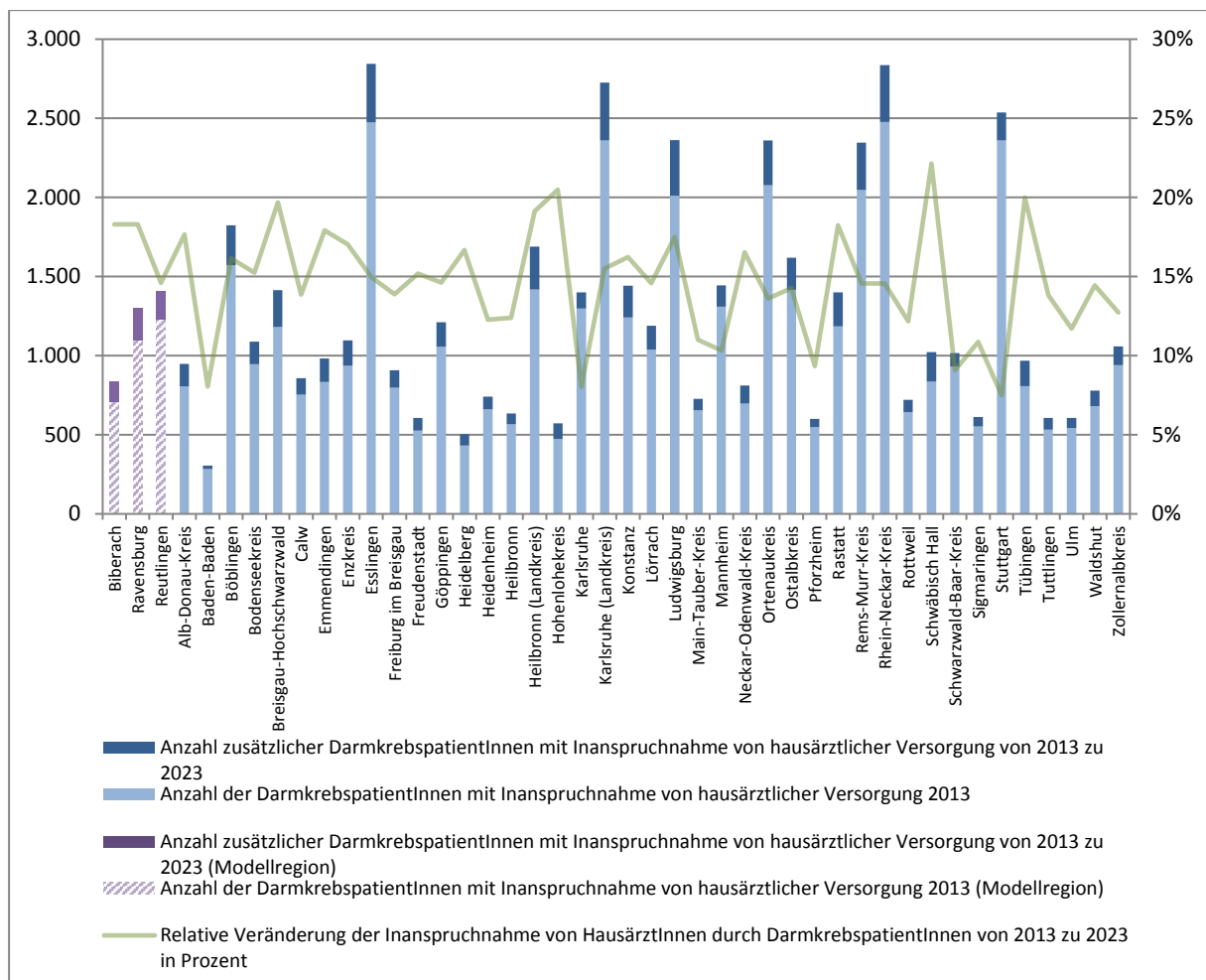


Abbildung 59: Inanspruchnahme hausärztlicher Leistungen durch Darmkrebs-PatientInnen (2013 und projiziert 2023) und relative Veränderung in Prozent. [Eigene Darstellung auf Basis von adjustierte Abrechnungsdaten der AOK Baden-Württemberg, der Bevölkerungsfortschreibung (2013) und regionalisierten Bevölkerungsvorausrechnung (2023) des Statistischen Landesamtes Baden-Württemberg]

Demnach ergibt sich in allen Landkreisen und kreisfreien Städten in Baden-Württemberg eine Zunahme der Inanspruchnahme hausärztlicher Leistungen durch Darmkrebs-PatientInnen mit rund 15% in Baden-Württemberg insgesamt. Die höchste relative Zunahme ergibt sich für den Landkreis Schwäbisch Hall mit rund 22%, die niedrigste in der kreisfreien Stadt Stuttgart mit rund 8%. In den Landkreisen der Modellregion liegt die relative Zunahme nah am Landesdurchschnitt mit 18% in Biberach und Ravensburg sowie rund 15% in Reutlingen rund 15%.

Ergebnisse

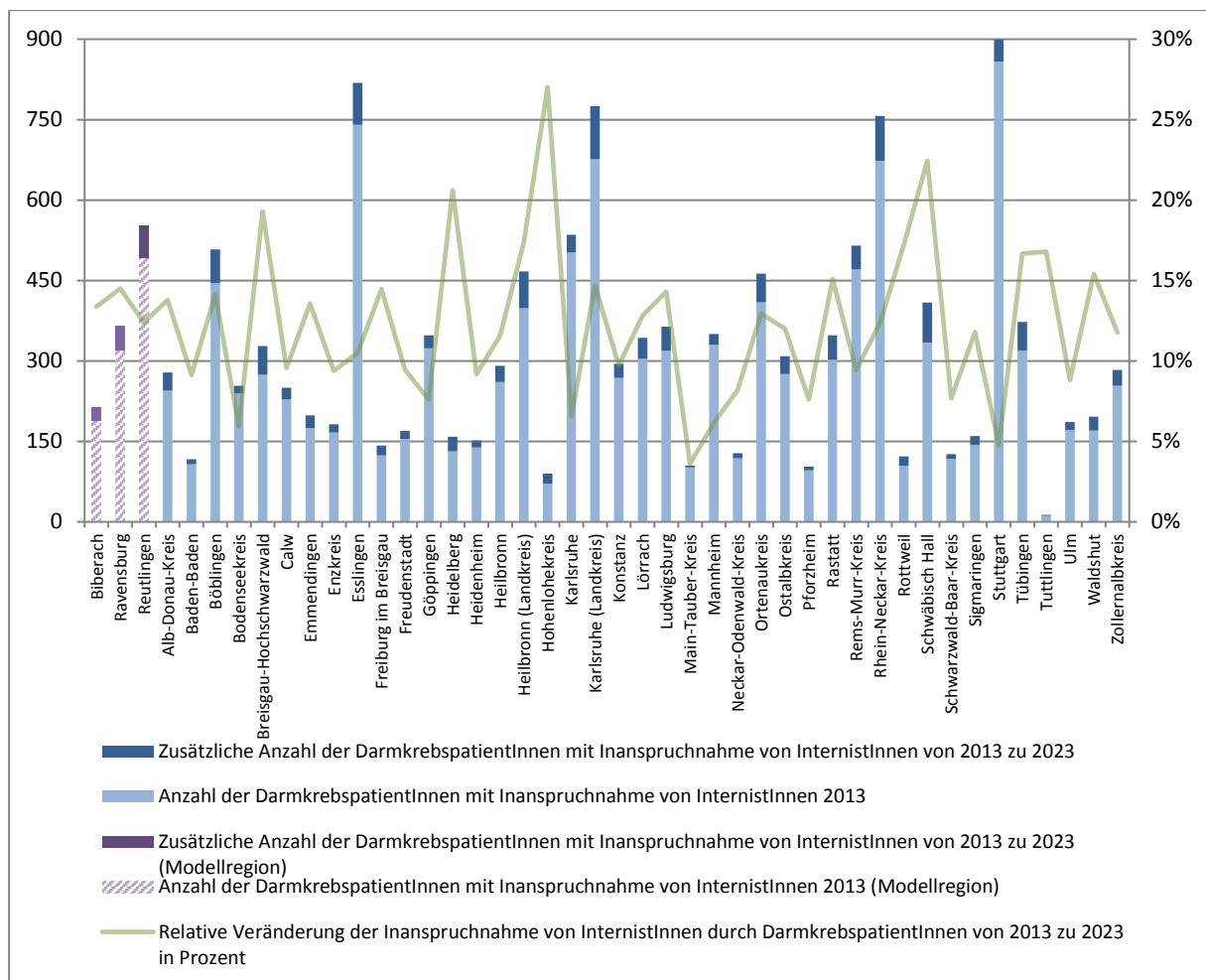


Abbildung 60: Inanspruchnahme ambulanter internistischer Leistungen durch Darmkrebs-PatientInnen (2013 und projiziert 2023) und relative Veränderung in Prozent. [Eigene Darstellung auf Basis von adjustierte Abrechnungsdaten der AOK Baden-Württemberg, der Bevölkerungsfortschreibung (2013) und regionalisierten Bevölkerungsvorausrechnung (2023) des Statistischen Landesamtes Baden-Württemberg]

Abbildung 60 zeigt die erwartete Veränderung der Inanspruchnahme vertragsärztlicher internistischer und Abbildung 61 onkologischer Leistungen vom Jahr 2013 zum Jahr 2023. Im Basisjahr 2013 wurden Leistungen beider Fachgruppen in Baden-Württemberg durch rund die Hälfte der Betroffenen in Anspruch genommen, wobei hiervon 23% auf vertragsärztliche onkologische Leistungen entfielen. Auf Kreisebene ergaben sich hierbei deutliche Unterschiede. Die höchste Inanspruchnahme beider Fachgruppen ergab sich bei Darmkrebs-PatientInnen wohnhaft in der kreisfreien Stadt Heilbronn mit rund 81%, die niedrigste im Landkreis Tuttlingen mit rund 29%. In der Modellregion lag die Inanspruchnahme beider Fachgruppen bei rund 56% im Landkreis Biberach, rund 63% im Landkreis Ravensburg und 58% im Landkreis Reutlingen. Für 2023 ergibt sich für die Inanspruchnahme ambulanter internistischer Leistungen in allen Kreisen eine Zunahme. In Baden-Württemberg insgesamt liegt die relative Zunahme bei rund 12%, für den Hohenlohekreis ergibt sich die größte Zunahme der relativen Inanspruchnahme mit rund 27%, die geringste Zunahme ergibt sich für den Landkreis Main-Tauber-Kreis mit rund 4%. In der Modellregion liegt die relative Zunahme nah an den Ergebnissen für Baden-Württemberg insgesamt mit rund 13% im Landkreis Biberach, 15% im Landkreis Ravensburg und rund 12% im Landkreis Reutlingen. Ähnliche Dimensionen ergeben sich für die relative Veränderung der Inanspruchnahme vertragsärztlicher Leistungen durch OnkologInnen. Bis auf die kreisfreie

Ergebnisse

Stadt Heidelberg ergeben sich auch hier Zunahmen für alle betrachteten Regionen. In Baden-Württemberg liegt die relative Zunahme ebenfalls bei 12%, die höchste Zunahme ergibt sich für die kreisfreie Stadt Baden-Baden mit rund 24%. Für die Landkreise Biberach und Ravensburg ergibt sich eine Zunahme von rund 14%, in Reutlingen von rund 13%.

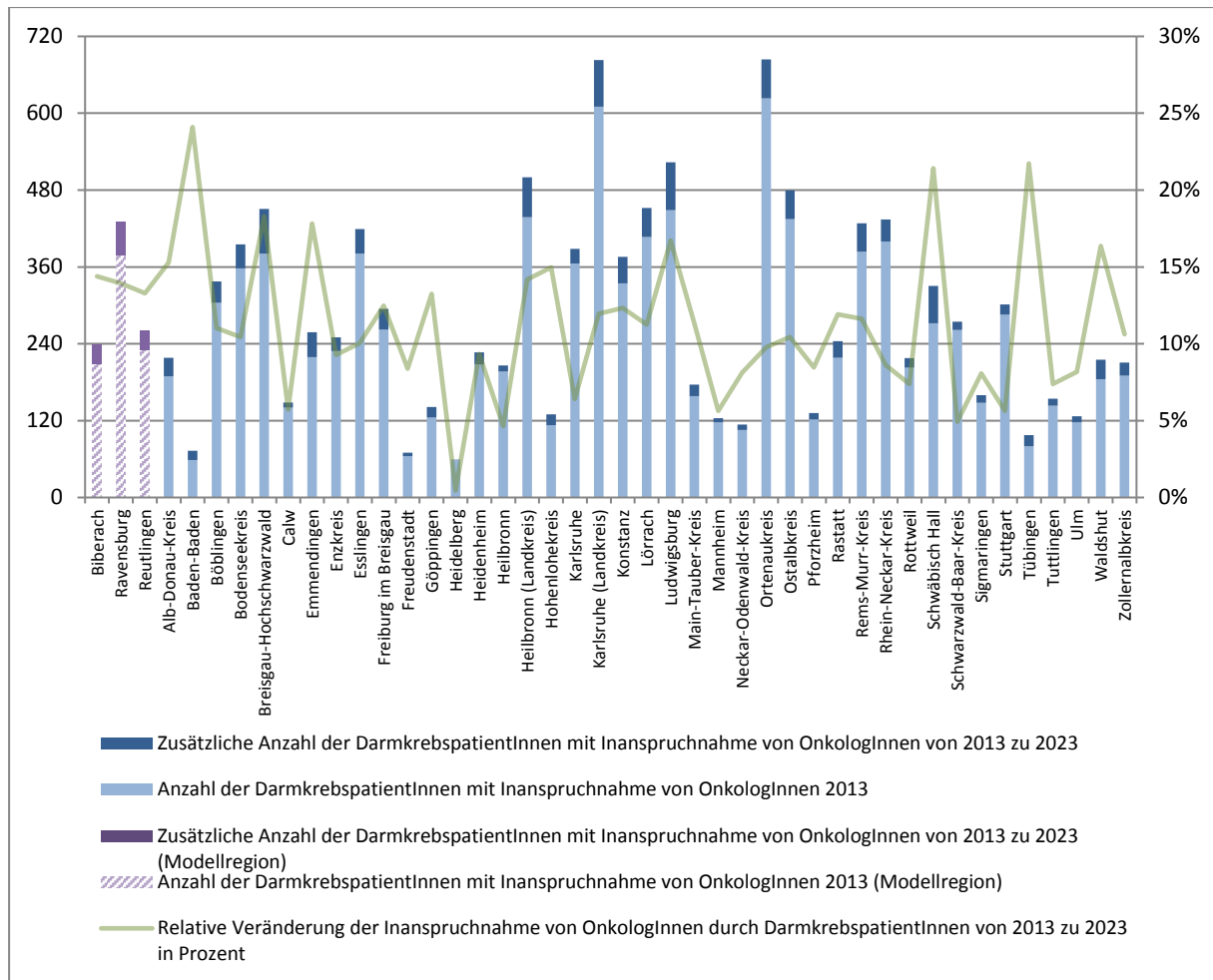


Abbildung 61: Inanspruchnahme ambulanter onkologischer Leistungen durch Darmkrebs-PatientInnen (2013 und projiziert 2023) und relative Veränderung in Prozent. [Eigene Darstellung auf Basis von adjustierte Abrechnungsdaten der AOK Baden-Württemberg, der Bevölkerungsfortschreibung (2013) und regionalisierten Bevölkerungsvorausrechnung (2023) des Statistischen Landesamtes Baden-Württemberg]

Der geschätzte Anteil der Darmkrebs-PatientInnen mit mindestens einem Krankenhausaufenthalt aufgrund der Darmkrebserkrankung im Jahr 2013 liegt bei 20%. Auf Kreisebene liegt die Spanne dieses Anteils zwischen 14% (kreisfreie Stadt Ulm) und 26% (Landkreis Enzkreis). In der Modellregion lag die geschätzte Krankenhausinanspruchnahme durch Darmkrebs-PatientInnen bei 17% im Landkreis Biberach, 21% im Landkreis Ravensburg und 16% im Landkreis Reutlingen.

Die Ergebnisse der Projektion für den Leistungsbereich der Krankenhausversorgung sind in Abbildung 62 dargestellt. Auch in diesem Versorgungsbereich ergibt sich in allen Kreisen Baden-Württembergs eine Zunahme der Inanspruchnahme durch Darmkrebs-PatientInnen in einer Spanne zwischen rund 6% im Landkreis Heidenheim und rund 22% in der kreisfreien Stadt Freiburg im Breisgau. In Baden-Württemberg insgesamt ergibt sich eine relative Zunahme von rund 13%. In der Modellregion liegt

Ergebnisse

die relative Zunahme bei rund 16% im Landkreis Biberach, 17% im Landkreis Ravensburg und 9% im Landkreis Reutlingen.

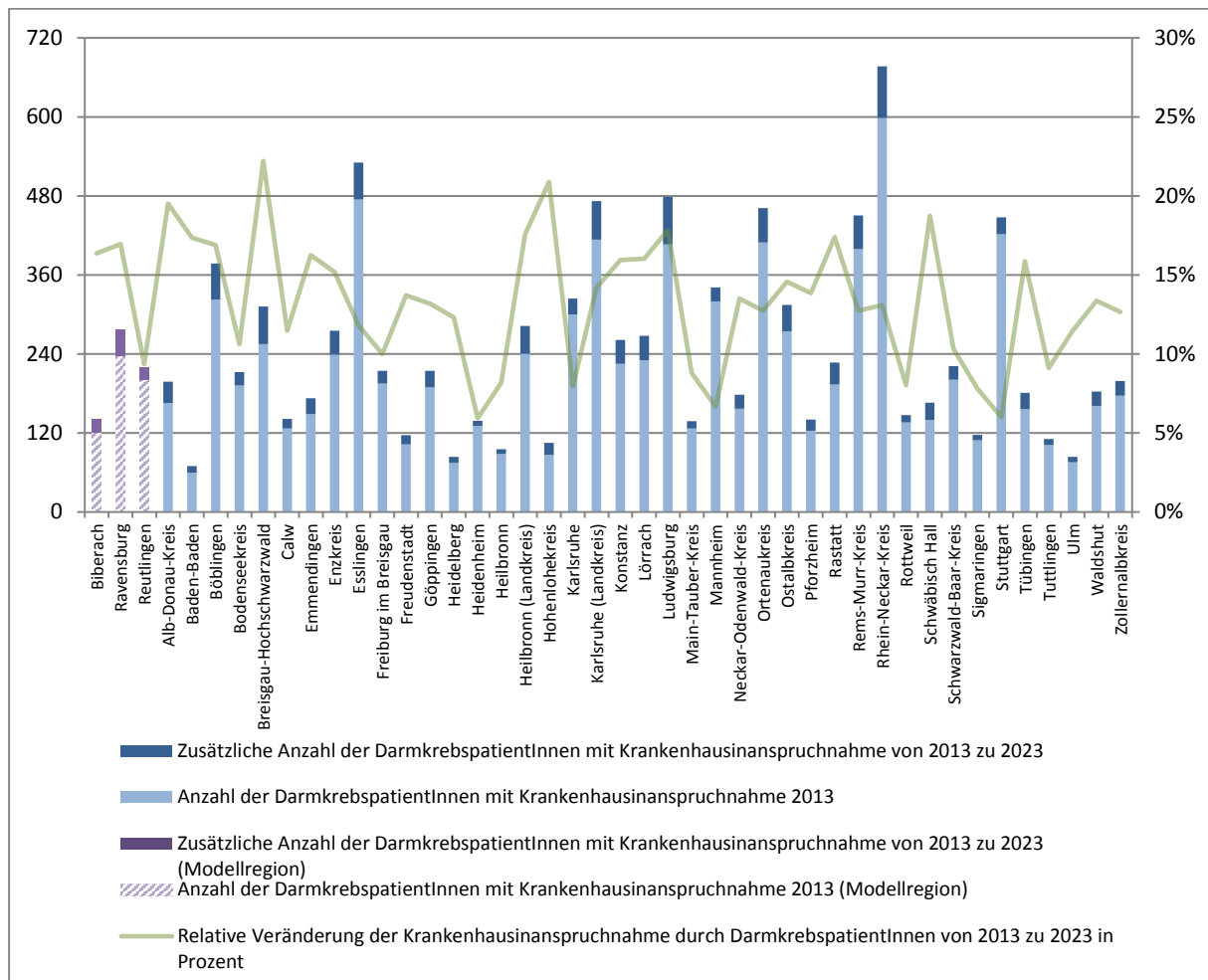


Abbildung 62: Inanspruchnahme von Krankenhausleistungen durch Darmkrebs-PatientInnen (2013 und projiziert 2023) und relative Veränderung in Prozent. [Eigene Darstellung auf Basis von adjustierte Abrechnungsdaten der AOK Baden-Württemberg, der Bevölkerungsfortschreibung (2013) und regionalisierten Bevölkerungsvorausrechnung (2023) des Statistischen Landesamtes Baden-Württemberg]

3.1.5. Demenz

Prävalenz im Basisjahr 2013 und 2023

Auf der Basis von Sozialdaten der AOK Baden-Württemberg aus dem Abrechnungsjahr 2013 wurde die 1-Jahres-Prävalenz der Demenz auf der Ebene der 44 Landkreise und kreisfreien Städte in Baden-Württemberg berechnet. Da die ermittelte Prävalenz auf Abrechnungsdaten der Routineversorgung basiert, spricht man auch von „administrativer“ Prävalenz. Um mögliche Unterschiede in der Alters- und Geschlechtsstruktur zwischen der Versichertenpopulation der AOK Baden-Württemberg und der Wohnbevölkerung auszugleichen, wurden die ermittelten Prävalenzen nach Alter und Geschlecht adjustiert. Hierzu wurde die Bevölkerungsfortschreibung des Statistischen Landesamtes Baden-Württemberg für das Jahr 2013 herangezogen, die sich auf Daten des Zensus 2011 stützt. Die berechnete rohe Rate der Prävalenz bezieht sich somit auf die Gesamtbevölkerung eines Landkreises bzw. einer kreisfreien Stadt und gibt den Anteil der Betroffenen einer Demenz an der Gesamtbevöl-

kerung an. Unterschiedliche Prävalenzen in den betrachteten Regionen ergeben sich unter anderem durch Unterschiede in der Alters- und Geschlechtsstruktur.

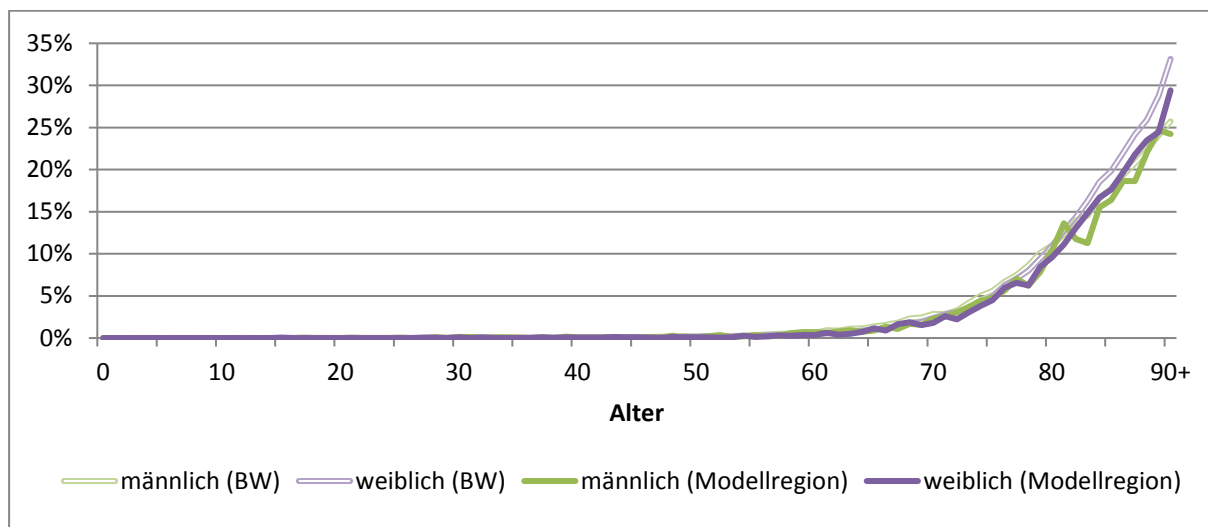


Abbildung 63: Administrative Prävalenz der Demenz nach Alter und Geschlecht in Baden-Württemberg und der Modellregion im Jahr 2013. [Eigene Berechnung auf Basis von Abrechnungsdaten der AOK Baden-Württemberg, adjustiert]

Abbildung 63 zeigt die Verteilung alters- und geschlechtsspezifischer Prävalenzraten der Demenz unter den Versicherten der AOK Baden-Württemberg im Jahr 2013 jeweils für Baden-Württemberg insgesamt und die Modellregion. Die Verteilungen sind dabei ähnlich. Der „glatte“ Verlauf für die baden-württembergische Population lässt sich vor allem aufgrund der höheren Fallzahl erklären. Ab einem Alter von circa 80 Jahren nimmt die Häufigkeit der Demenz stark zu. Während Sie in der Gruppe der 80-Jährigen sowohl in Baden-Württemberg als auch in der Modellregion bei circa 10% liegt, ist sie bei der Gruppe der 90-Jährigen und älter mehr als dreimal so hoch für die Frauen in Baden-Württemberg. Ein weiterer Unterschied ergibt sich für höhere Altersgruppen bei der Geschlechterverteilung. Bis zu einem Alter von circa 82 Jahren sind die Häufigkeiten bei Männern und Frauen fast identisch verteilt, danach sind die Häufigkeiten bei den Frauen höher.

In einer weiteren Analyse wurden die häufigsten dokumentierten Begleitdiagnosen bei Menschen mit Demenz ermittelt (siehe Tabelle 18). Mit rund 71% lag bei den meisten Betroffenen eine dokumentierte Hypertonie vor gefolgt von Stoffwechselstörungen mit rund 45% und Sonstige Formen der Herzkrankheit mit 41%.

Tabelle 18: Die drei häufigsten Begleitdiagnosen bei Versicherten mit Demenz-Diagnose im Jahr 2013 in Baden-Württemberg. [Eigene Berechnung auf Basis von Abrechnungsdaten der AOK Baden-Württemberg, adjustiert]

ICD-10 Code	N	Prozent	ICD-10 Gruppenbezeichnung
I10 - I15	62.254	71,3	Hypertonie
E70 - E90	39.178	44,8	Stoffwechselstörungen
I30 - I52	35.864	41,0	Sonstige Formen der Herzkrankheit

In Abbildung 64 ist die administrative 1-Jahres-Prävalenz der Demenz im Jahr 2013 dargestellt. Bei einer Bevölkerungszahl von 10.631.278 zum 31.12.2013 laut der Bevölkerungsfortschreibung des Statistischen Landesamtes Baden-Württemberg lebten zu diesem Zeitpunkt circa 180.730 Menschen mit einer Demenz in Baden-Württemberg. Damit lag der Anteil an Menschen mit Demenz bezogen

auf die Bevölkerung in Baden-Württemberg bei rund 1,7%. Der Anteil der Bevölkerung mit einer Demenz war in der kreisfreien Stadt Baden-Baden mit rund 2,4% am höchsten, im Landkreis Tübingen mit rund 1,1% am niedrigsten. Im regionalen Vergleich liegt die administrative Prävalenz der Demenz in der Modellregion mit rund 1,3% (Landkreis Biberach), 1,6% (Landkreis Ravensburg) und 1,5% (Landkreis Reutlingen) im Mittelfeld.

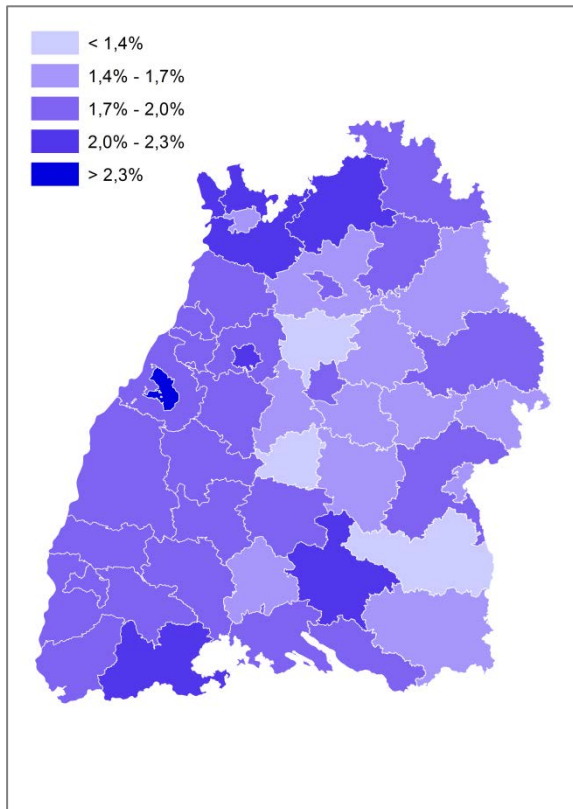


Abbildung 64: Administrative Prävalenz der Demenz im Jahr 2013, adjustiert nach Alter und Geschlecht der Wohnbevölkerung im Kreis, angegeben in Prozent. [Eigene Berechnung auf Basis von Abrechnungsdaten der AOK Baden-Württemberg, adjustiert]

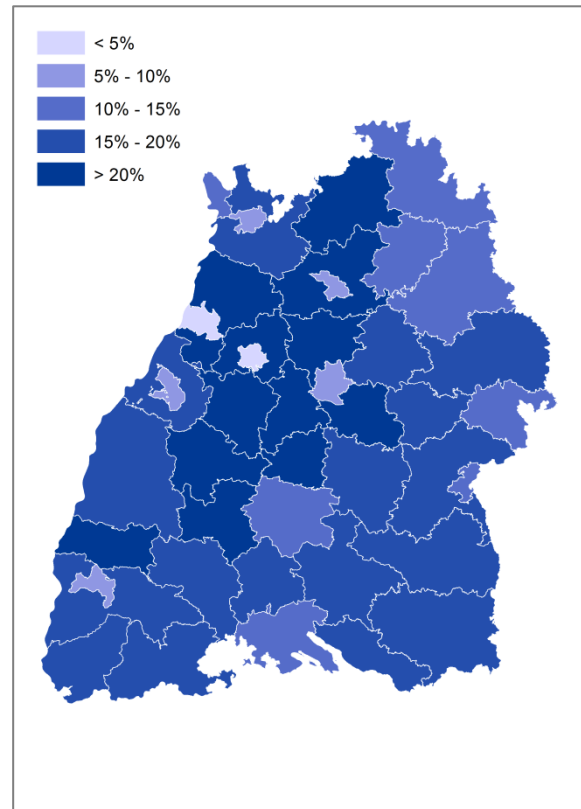


Abbildung 65: Relative Veränderung der administrativen Prävalenz der Demenz von 2013 zu projiziert 2023 in Prozent. [Eigene Berechnung auf Basis von Abrechnungsdaten der AOK Baden-Württemberg, adjustiert und regionalisierten Bevölkerungsvorausrechnung (2023) des Statistischen Landesamtes Baden-Württemberg]

Unterschiede zwischen den Kreisen lassen sich zum großen Teil durch Unterschiede in der Altersstruktur erklären. Während das absolute Risiko einer Demenz im Alter von 70 Jahren in Baden-Württemberg bei schätzungsweise rund 2% liegt, ist es in der Altersgruppe der 80-Jährigen um circa ein 4-faches höher (siehe Abbildung 63). Der Anteil der Altersgruppe 80 und älter ist in der kreisfreien Stadt Baden-Baden mit rund 8% am höchsten, im Landkreis Tübingen mit rund 4% am niedrigsten. Diese Altersverteilungsunterschiede zwischen beiden Regionen lassen sich zum Teil durch die unterschiedliche Pflegeplatzdichte erklären. Im Landkreis Tübingen kommt im Landesvergleich die größte Zahl an Einwohnern auf einen Platz der vollstationären Dauerpflege (circa 153), während die Pflegeplatzdichte in Baden-Baden mit circa 61 Einwohnern je vollstationärem Dauerpflegeplatz am höchsten ist.

Inwiefern die hier ermittelte Prävalenz der Demenz anhand von alters- und geschlechtsadjustierten Abrechnungsdaten einer gesetzlichen Krankenkasse der tatsächlichen Verbreitung nahekommt und

welchen Limitationen im Bereich der Demenz eine solche Schätzung unterliegt, wird nachfolgend diskutiert.

Als Goldstandard für die Messung von Krankheitshäufigkeiten gelten Übersichtsarbeiten in Form von Metaanalysen oder systematische Reviews über Felderhebungen. Diese liegen aufgrund des hohen Aufwands v.a. von Felderhebungen nicht auf kleinräumiger Ebene vor. Gemäß den Ergebnissen einer Übersichtsarbeit aus Feldstudien im Rahmen des EuroCoDe-Projektes liegt laut Alzheimer Europe die Prävalenz von Demenzen in der Altersgruppe 65 und älter in Deutschland bei rund 8,8%. Für die gleiche Altersgruppe ergibt sich anhand der alters- und geschlechtsangepassten Daten der AOK Baden-Württemberg eine Prävalenz von rund 8,1% in Baden-Württemberg für 2013 und liegt damit unter den Ergebnissen des EuroCoDe-Projektes. Ein möglicher Grund hierfür könnte die Untererfassung von leichten oder frühen Formen der Demenz liegen. So gibt es Hinweise darauf, dass das für Abrechnungszwecke verwendete Klassifikationssystem ICD-10 im Vergleich zum DSM-III-R strikter zu sein scheint [61].

Neben der Frage nach der derzeitigen Häufigkeit von Demenzen wurde untersucht, wie sich die Häufigkeit in einem mittelfristigen Zeitraum von zehn Jahren aufgrund demografischer Veränderungen entwickeln könnte. Hierzu wurde eine Projektion der administrativen Prävalenz vom Jahr 2013 auf das Jahr 2023 durchgeführt. Dabei wurden zunächst alters- und geschlechtsspezifische Prävalenzraten anhand von Sozialdaten der AOK Baden-Württemberg berechnet auf Ebene der Landkreise und kreisfreien Städte. Im nächsten Schritt wurden diese Prävalenzraten auf die Alters- und Geschlechtsstruktur der vorausberechneten Wohnbevölkerung zum Stichtag des 31.12.2023 projiziert. Hierzu wurden die Ergebnisse der Bevölkerungsvorausberechnung des Statistischen Landesamtes Baden-Württemberg mit dem Basisjahr 2014 in der Hauptvariante mit Wanderungsbewegungen verwendet. In Abbildung 65 ist die relative Veränderung der administrativen Prävalenz der Demenz vom Basisjahr 2013 zum Jahr 2023 abgebildet. Demnach ist in allen 44 Landkreisen und kreisfreien Städten Baden-Württembergs eine Zunahme des Anteils an Menschen mit Demenz zu erwarten, die regional unterschiedlich stark ausgeprägt ist. Die höchste Zunahme ist nach dieser Schätzung im Landkreis Böblingen mit rund 22,9% zu erwarten, während sich in der kreisfreien Stadt Pforzheim mit circa 3,6% die kleinste Zunahme ergibt. In Baden-Württemberg insgesamt ergibt sich nach dieser Rechnung eine Zunahme von rund 16,1%, was einer Zahl von rund 209.830 Menschen mit Demenz im Jahr 2023 entspricht. Die Entwicklung in der Modellregion verhält sich ähnlich wie in Baden-Württemberg insgesamt mit einer Zunahme von 17,9% (Landkreis Biberach), 18,6% (Landkreis Ravensburg) und 17,9% (Landkreis Reutlingen).

Die hier vorgestellten Projektionsergebnisse hängen in erster Linie von der Entwicklung der Bevölkerungsstruktur ab und berücksichtigen mit dem Alter einen der Hauptrisikofaktoren für eine Demenz. Weitere bekannte und zudem beeinflussbare Risikofaktoren für eine Demenz, insbesondere einer Alzheimer-Demenz, der häufigsten Form der Demenzen, sind vaskuläre Risikofaktoren und Erkrankungen wie z.B. Hypertonie, Diabetes mellitus, Hyperlipidämie, Adipositas und Nikotinabusus. In der S3-Leitlinie Demenzen wird mit Empfehlungsgrad B eine frühzeitige Behandlung dieser Risikofaktoren und Erkrankungen ab dem mittleren Lebensalter empfohlen als Beitrag einer Primärprävention der Demenz. Weiterhin sollte „[r]egelmäßige körperliche Bewegung und ein aktives geistiges und soziales Leben [...] empfohlen werden“ [62].

Intersektorale Inanspruchnahme

Als Betroffener von Demenz können je nach Krankheitsfortschritt verschiedene Gesundheitsleistungen eine Rolle spielen. Bei der Diagnosestellung und der weiteren Begleitung spielen niedergelassene Ärzte wie Hausärzte und Neurologen eine wichtige Rolle. Im weiteren Verlauf nimmt häufig die Pflege an Bedeutung zu. Betroffene bilden dabei die Schnittstelle zwischen verschiedenen Sektoren, die im Idealfall aufeinander abgestimmt sind. Die Analyse der Häufigkeit verschiedener Schnittstellen kann dabei eine Abschätzung des Koordinationsbedarfs zwischen verschiedenen Sektoren oder Versorgungsbereichen geben.

Anhand von Sozialdaten der AOK Baden-Württemberg wurde für Versicherte mit einer Demenzdiagnose und wohnhaft in Baden-Württemberg geschaut, welche Leistungen diese innerhalb des Jahres 2013 in Anspruch genommen haben. D.h. es wurden Demenz-Patienten betrachtet, die sich in unterschiedlichen Phasen ihrer Erkrankung befinden. Als einzelne Sektoren oder Versorgungsbereiche wurden dabei hausärztliche Leistungen, fachärztliche Leistungen durch Neurologen und Nervenärzte, vollstationäre Dauerpflege sowie ambulante und/oder teilstationäre Pflegeleistungen fokussiert. Hausärztliche und fachärztliche Leistungen durch Neurologen oder Nervenärzte können dabei demenzspezifisch erfolgt sein und beinhalten Leistungen wie ärztliche Untersuchungen, Verordnungen von z.B. Arzneimitteln oder Heil- und Hilfsmitteln und Überweisungen. Unter vollstationärer Dauerpflege ist die dauerhafte Unterbringung in einem Pflegeheim zu verstehen. Ambulante Pflegeleistungen beinhalten Leistungen im Sinne des SGB XI. D.h. es wurde zuvor eine dauerhafte Pflegebedürftigkeit über die Begutachtung durch den MDK festgestellt. Dann haben Versicherte einen Anspruch auf Pflegesachleistungen wie ambulante Pflegedienste und Pflegegeld, welches bereitgestellt wird für die Pflege durch Angehörige und andere niedrigschwellige Unterstützungsleistungen. Teilstationäre Leistungen beinhalten Tages- und Nachtpflege.

Tabelle 19: Häufigkeit intersektoraler Schnittstellen bei Versicherten in Baden-Württemberg und der Modellregion mit Demenz im Jahr 2013. [Eigene Berechnung auf Basis von Abrechnungsdaten der AOK Baden-Württemberg, unadjustiert]

Anzahl AOK-Versicherte mit Demenz	Modellregion (n=5.812)		BW (n=87.368)					
	n	%	n	%	HA	FA	PF (s)	PF(a)
HA und PF(a)	2.010	34,6	25.432	29,1	X			X
Nur HA	1.821	31,3	24.230	27,7	X			
HA und PH	921	15,8	9.725	11,1	X		X	
HA und Neuro	485	8,3	11.794	13,5	X	X		
HA, Neuro und PF(a)	465	8,0	10.379	11,9	X	X		X
HA, Neuro und PH	74	1,3	5.292	6,1	X	X	X	

Eingeordnet	5.776	99,4	86.852	99,4
Nicht eingeordnet	36	0,6	516	0,6

Abkürzungen: Hausärztliche Leistungen (HA), fachärztliche Leistungen durch Neurologen und Nervenärzte (FA), vollstationäre Dauerpflege (PF(s)) sowie ambulante und/oder teilstationäre Pflegeleistungen (PF(a))

Insgesamt wurden intersektorale Schnittstellen für 87.368 Demenz-Patienten im Jahr 2013 erfasst. Von diesen haben circa 72% mindestens zwei der betrachteten Versorgungsbereiche in Anspruch genommen, während der andere Teil nur hausärztliche Leistungen in Anspruch genommen hat. Am häufigsten trat die Kombination von hausärztlichen Leistungen und ambulanter Pflege mit einem

Anteil von circa 29% auf. Bei rund 30% der an Demenz erkrankten Versicherten in Baden-Württemberg wurden drei der vier betrachteten Versorgungsbereiche in Anspruch genommen. In der Modellregion fiel dieser Anteil mit rund 18% deutlich niedriger aus.

Die in Tabelle 19 dargestellte Häufigkeitsschätzung intersektoraler Schnittstellen stellt eine konservative Schätzung dar, da nicht alle Versorgungsbereiche, die durch Menschen mit Demenz in Anspruch genommen werden, berücksichtigt sind. Dies bezieht sich zum einen auf demenzbezogene Leistungen. In der aktuellen S3-Leitlinie für Diagnostik und Therapie bei Demenzen wird z.B. das Angebot von ergotherapeutischen Maßnahmen bei Patienten mit leichter bis mittelschwerer Demenz empfohlen, um den Erhalt von Alltagsfunktionen zu fördern [62]. Zum anderen bestehen häufig Komorbiditäten, wodurch weitere Versorgungsbereiche relevant sind. In einer anderen Analyse intersektoraler Schnittstellen von Menschen mit Demenz für das Jahr 2010 beobachteten die Autoren, dass in Baden-Württemberg 6,9% der Demenz-Patienten ambulant ausschließlich hausärztliche Leistungen bzw. keine fachärztlichen Leistungen (alle Fachgruppen) in Anspruch genommen haben. Für den umgekehrten Fall – ausschließliche Behandlung durch Fachärzte der Gebiete Neurologie, Nervenheilkunde und Psychiatrie – beobachteten die Autoren höhere Raten in kreisfreien Städten als in Landkreisen, was sich zum Teil durch eine höhere Arztdichte in städtischen Gebieten erklären ließ [63].

Inanspruchnahme im Basisjahr 2013 und Projektion für 2023

Eine weitere zentrale Frage, der im Modellprojekt nachgegangen wurde, sind mögliche Folgen der demografischen Entwicklung auf die Inanspruchnahme von Versorgungsangeboten für Menschen mit Demenz. Hierzu wurde auf Basis von Sozialdaten der AOK-BW die Inanspruchnahme von AkteurInnen der Versorgung demenzspezifischen Bedarfs für das Basisjahr 2013 betrachtet. Fokussiert wurden hausärztliche Leistungen, fachärztliche Leistungen von Neurologen und Nervenärzten, vollstationäre Dauerpflege und ambulante zusammen mit teilstationärer Pflege im Rahmen des SGB XI. Die beobachteten alters- und geschlechtsspezifischen Inanspruchnahmeraten aus den Sozialdaten wurden sowohl auf die Wohnbevölkerung im Jahr 2013 als auch auf die vorausberechnete Wohnbevölkerung im Jahr 2023 in den Landkreisen und kreisfreien Städten Baden-Württembergs übertragen. Basis dieser Berechnung sind die Bevölkerungsfortschreibung und Bevölkerungsvorausberechnung des Statistischen Landesamtes Baden-Württemberg. Die Ergebnisse dieser Analysen sind in den nachfolgenden vier Abbildungen dargestellt.

Ergebnisse

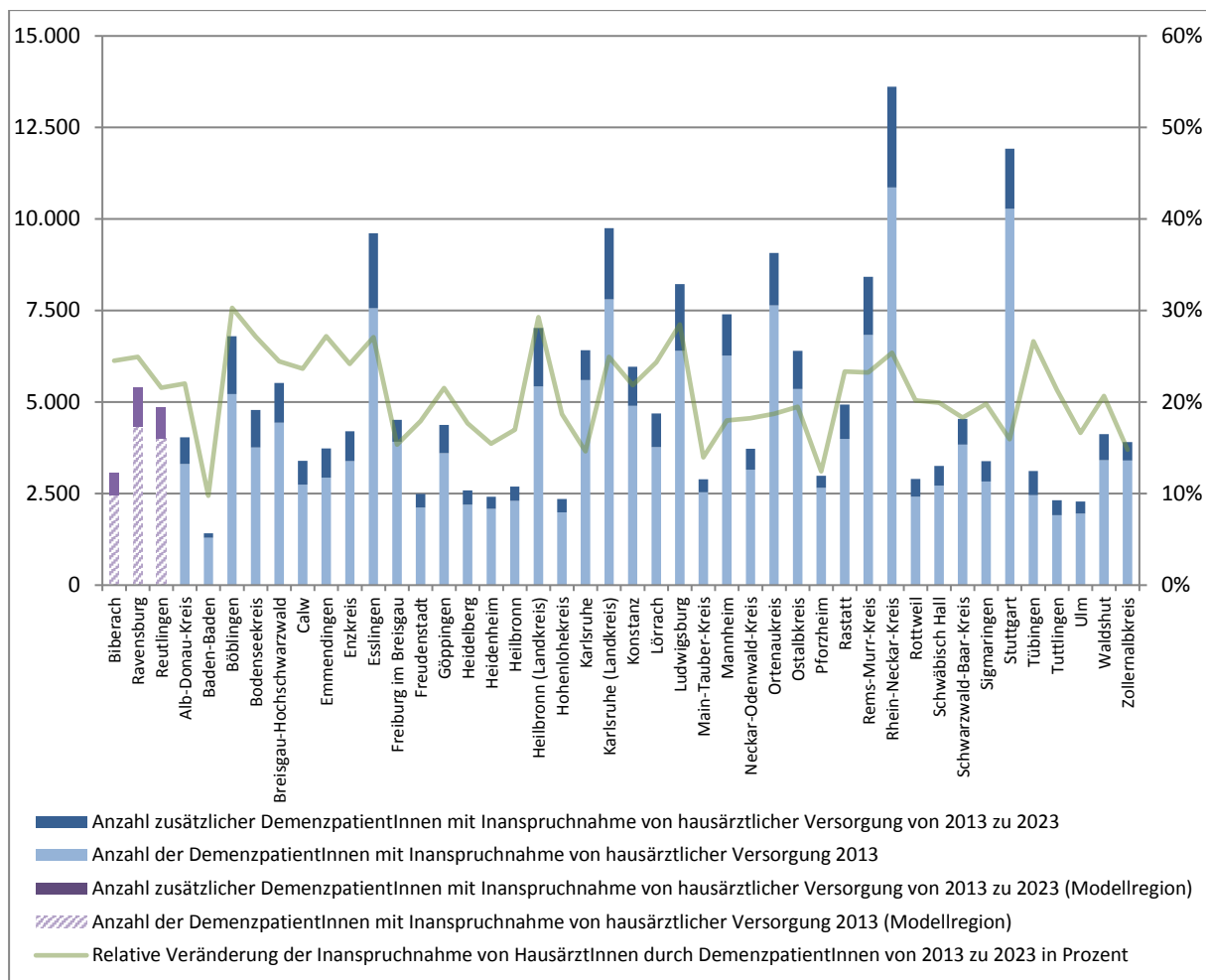


Abbildung 66: Inanspruchnahme hausärztlicher Leistungen durch Demenz-PatientInnen (2013 und projiziert 2023) und relative Veränderung in Prozent. [Eigene Darstellung auf Basis von adjustierte Abrechnungsdaten der AOK Baden-Württemberg, der Bevölkerungsfortschreibung (2013) und regionalisierten Bevölkerungsvorausrechnung (2023) des Statistischen Landesamtes Baden-Württemberg]

In Abbildung 66 ist die geschätzte Anzahl an Menschen mit Demenz dargestellt, die im Jahr 2013 hausärztliche Leistungen in Anspruch genommen haben und eine Projektion der entsprechenden Zahl auf die Bevölkerung im Jahr 2023. Ebenfalls abgebildet ist die relative Veränderung der Inanspruchnahme hausärztlicher Leistungen vom Basisjahr 2013 zum Jahr 2023. In allen Kreisen ist mit einer Zunahme der Inanspruchnahme zu rechnen. Da die Inanspruchnahme hausärztlicher Leistungen in allen Kreisen im Jahr 2013 nahezu 100% betrug, ähneln die dargestellten Häufigkeiten und relativen Veränderungen denen der administrativen Prävalenz der Demenz, sind insgesamt aber höher. Der höchste Zuwachs ergibt sich im Landkreis Böblingen mit circa 30%, der niedrigste in der kreisfreien Stadt Baden-Baden mit circa 10%. In der Modellregion ergibt sich nach dieser Rechnung ein Zuwachs von rund 25% in den Landkreisen Biberach und Ravensburg sowie 22% im Landkreis Reutlingen.

Die Inanspruchnahme ambulanter neurologischer bzw. nervenärztlicher Leistungen unterscheidet sich regional deutlich. In Baden-Württemberg insgesamt haben circa 15% der Demenz-Patienten im Jahr 2013 diese Leistungen in Anspruch genommen. Am niedrigsten war die Inanspruchnahme im Landkreis Zollernalbkreis mit rund 3%, am höchsten im Landkreis Konstanz mit 42%. In der Modellregion lag der Anteil etwas niedriger als in Baden-Württemberg insgesamt mit 12% (Landkreis Biber-

ach), 9% (Landkreis Ravensburg) und 13% (Landkreis Reutlingen). Wie sich die Inanspruchnahme von 2013 bis 2023 aufgrund der veränderten Bevölkerungsstruktur verändert, ist in Abbildung 67 dargestellt.

Im Jahr 2013 befanden sich in Baden-Württemberg circa 17% der Demenz-PatientInnen in vollstationärer Dauerpflege (siehe Abbildung 68). Damit befand sich die große Mehrheit der Demenz-PatientInnen in häuslicher Umgebung. Ähnlich stellt sich die Situation in der Modellregion dar. Im Landkreis Biberach befanden sich circa 16% der Demenz-PatientInnen in vollstationärer Dauerpflege, im Landkreis Ravensburg 18% und im Landkreis Reutlingen 16%. In Baden-Württemberg variierte die Inanspruchnahme deutlich. Sie war am höchsten in der kreisfreien Stadt Mannheim mit rund 25% und im Landkreis Göppingen mit rund 7% am niedrigsten. Auch die relative Veränderung vom Basisjahr 2013 zu 2023 fällt regional unterschiedlich aus. Insgesamt ist aber in allen Kreisen mit einer Zunahme der Inanspruchnahme zu rechnen. Die höchste Zunahme ergibt sich für den Landkreis Böblingen mit circa 36%, die niedrigste für die kreisfreie Stadt Baden-Baden mit rund 15%. Die durchschnittliche Zunahme in Baden-Württemberg liegt bei rund 23%. In diesem Rahmen bewegt sich auch die erwartete Zunahme in der Modellregion mit 25% in den Landkreisen Biberach und Ravensburg sowie rund 28% im Landkreis Reutlingen.

Von den rund 83% der Demenz-PatientInnen in Baden-Württemberg, die im Jahr 2013 in häuslicher Umgebung wohnten, wurden im Rahmen des SGB XI rund 36% durch einen ambulanten Pflegedienst, Angehörige und/oder erhielten teilstationäre Pflege (Tages- oder Nachtpflege) gepflegt. In Abbildung 69 sind hierzu die absolute Häufigkeit von Demenz-PatientInnen mit einer Inanspruchnahme für das Jahr 2013, die absolute Häufigkeit zusätzlicher Demenz-PatientInnen mit Inanspruchnahme im Jahr 2023 sowie die relative Veränderung von 2013 zu 2023 abgebildet. Auch hier ergibt sich für alle Kreise in Baden-Württemberg eine Zunahme der Inanspruchnahme, die regional variiert. In Baden-Württemberg ergibt sich durchschnittlich eine relative Zunahme von rund 23%. Die größte Zunahme unter den Stadt- und Landkreisen ergibt sich für den Bodenseekreis mit 34%, die niedrigste wieder für die kreisfreie Stadt Baden-Baden mit rund 13%. In der Modellregion ergibt sich eine relative Zunahme von 26% im Landkreis Biberach, 28% im Landkreis Ravensburg und 24% im Landkreis Reutlingen.

Ergebnisse

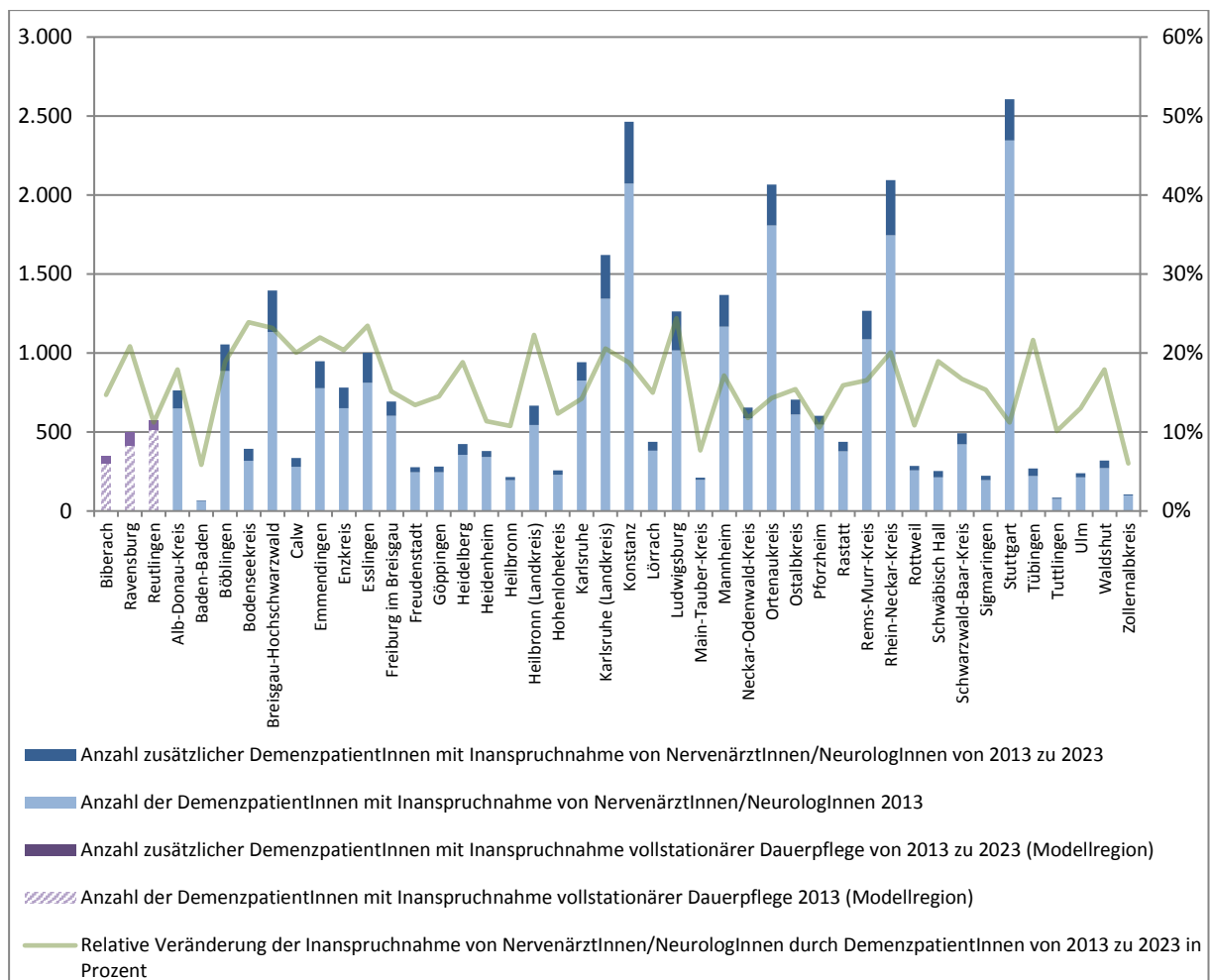


Abbildung 67: Inanspruchnahme von Nervenärzten/Neurologen durch Demenz-PatientInnen (2013 und projiziert 2023) und relative Veränderung in Prozent. [Eigene Darstellung auf Basis von adjustierte Abrechnungsdaten der AOK Baden-Württemberg, der Bevölkerungsfortschreibung (2013) und regionalisierten Bevölkerungsvorausrechnung (2023) des Statistischen Landesamtes Baden-Württemberg]

Ergebnisse

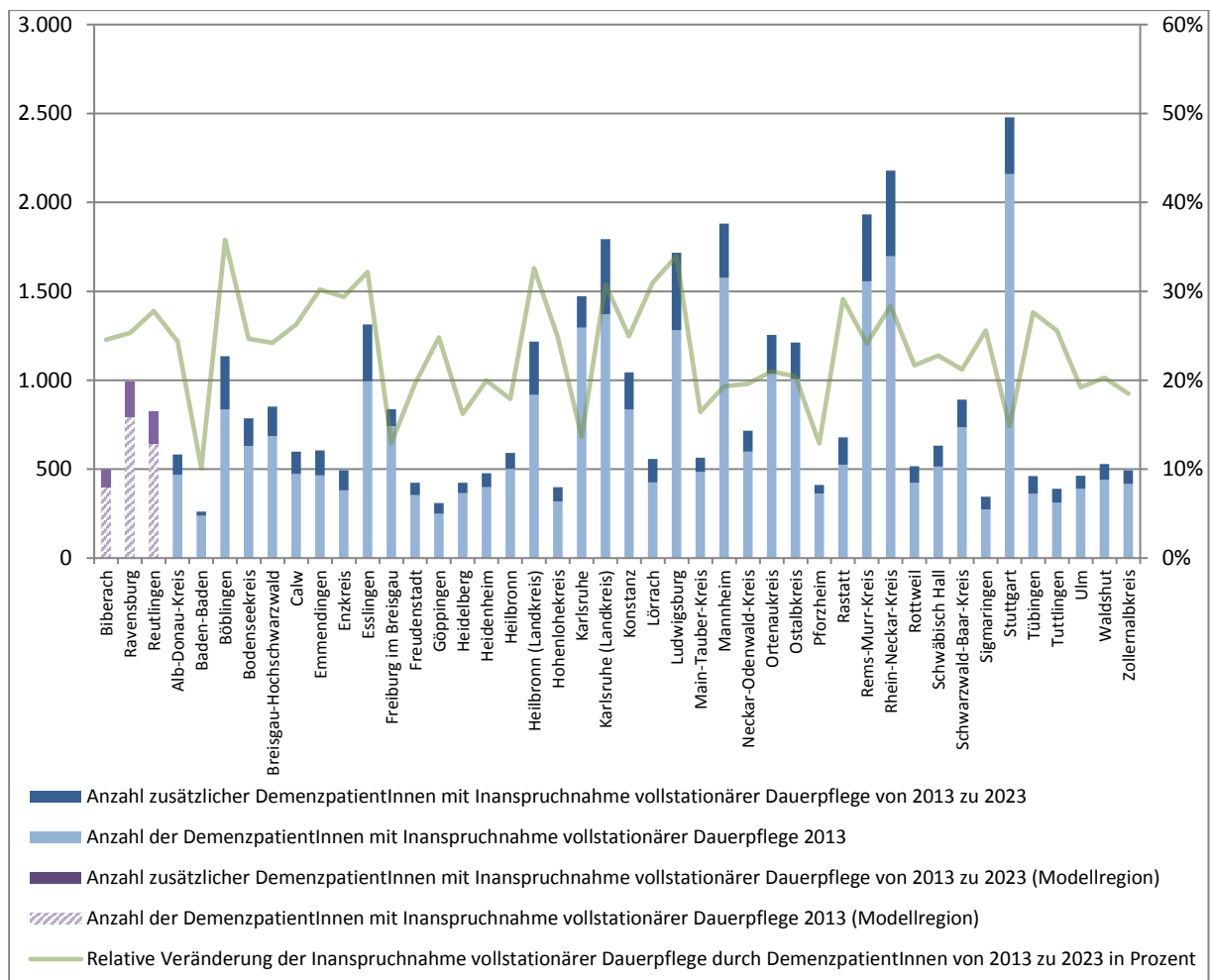


Abbildung 68: Inanspruchnahme vollstationärer Dauerpflege durch Demenz-PatientInnenen (2013 und projiziert 2023) und relative Veränderung in Prozent. [Eigene Darstellung auf Basis von adjustierte Abrechnungsdaten der AOK Baden-Württemberg, der Bevölkerungsfortschreibung (2013) und regionalisierten Bevölkerungsvorausrechnung (2023) des Statistischen Landesamtes Baden-Württemberg]

Ergebnisse

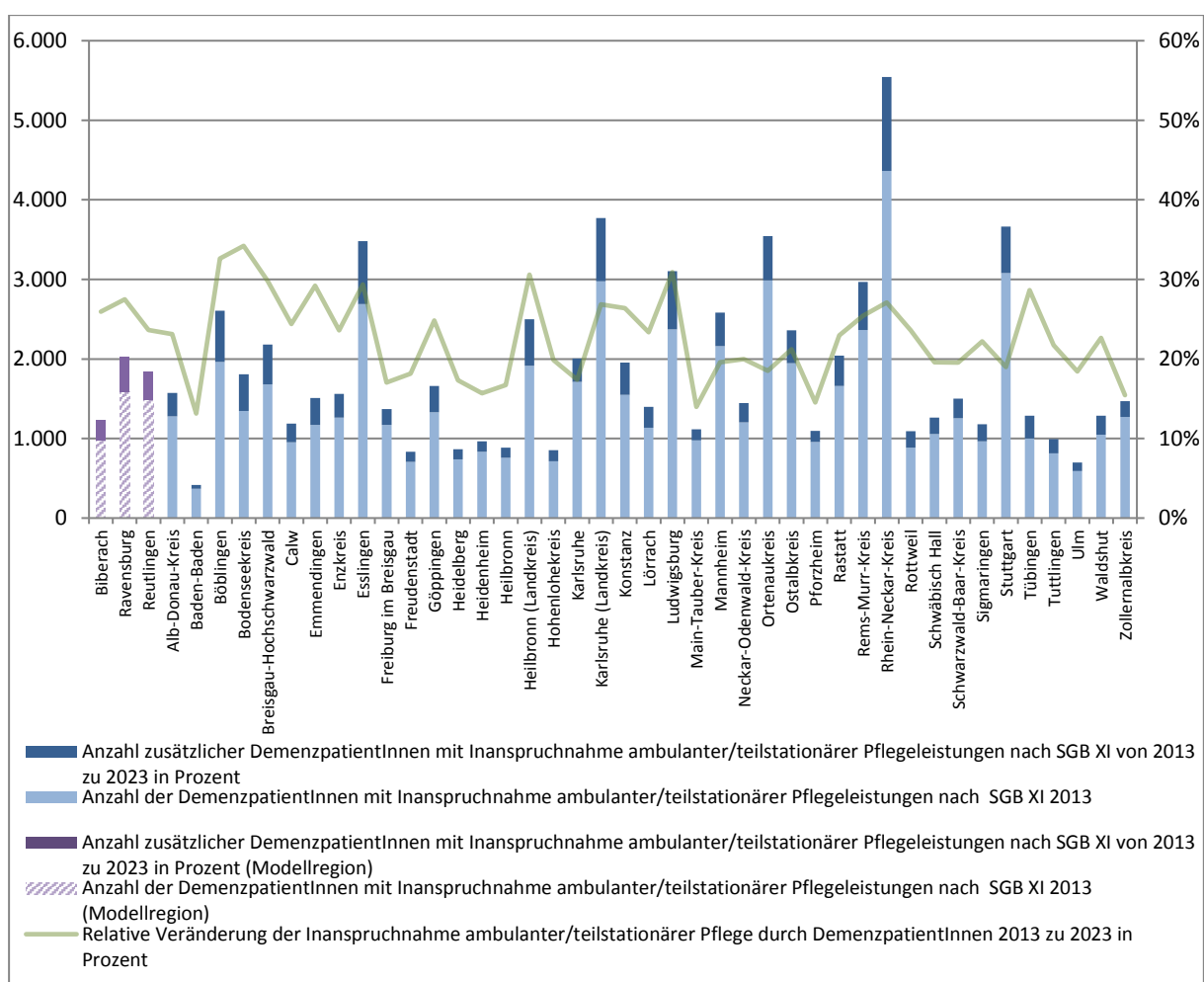


Abbildung 69: Inanspruchnahme ambulanter/teilstationärer Pflege durch Demenzpatienten (2013 und projiziert 2023) und relative Veränderung in Prozent. [Eigene Darstellung auf Basis von adjustierte Abrechnungsdaten der AOK Baden-Württemberg, der Bevölkerungsfortschreibung (2013) und regionalisierten Bevölkerungsvorausrechnung (2023) des Statistischen Landesamtes Baden-Württemberg]

3.1.6. Depression

Prävalenz im Basisjahr 2013 und 2023

Auf der Basis von Sozialdaten der AOK Baden-Württemberg aus dem Abrechnungsjahr 2013 wurde die 1-Jahres-Prävalenz der Depression auf der Ebene der 44 Landkreise und kreisfreien Städte in Baden-Württemberg berechnet. Da die ermittelte Prävalenz auf Abrechnungsdaten der Routineversorgung basiert, spricht man auch von „administrativer“ Prävalenz. Um mögliche Unterschiede in der Alters- und Geschlechtsstruktur zwischen der Versichertenpopulation der AOK Baden-Württemberg und der Wohnbevölkerung auszugleichen, wurden die ermittelten Prävalenzen nach Alter und Geschlecht adjustiert. Hierzu wurde die Bevölkerungsfortschreibung des Statistischen Landesamtes Baden-Württemberg für das Jahr 2013 herangezogen, die sich auf Daten des Zensus 2011 stützt. Die berechnete rohe Rate der Prävalenz bezieht sich somit auf die Gesamtbevölkerung eines Landkreises bzw. einer kreisfreien Stadt und gibt den Anteil der Betroffenen einer Depression an der Gesamtbevölkerung an. Unterschiedliche Prävalenzen in den betrachteten Regionen ergeben sich unter anderem durch Unterschiede in der Alters- und Geschlechtsstruktur.

In Abbildung 70 ist die administrative 1-Jahres-Prävalenz der Depression unterschieden nach Alter und Geschlecht im Jahr 2013 für das gesamte Bundesland Baden-Württemberg dargestellt. Es zeigt sich mit einer Ausnahme der Altersgruppe von 60-75 Jahren ein kontinuierlicher Anstieg der Prävalenz mit fortschreitendem Alter. Ebenso sind Frauen mit zunehmender Alter prozentual häufiger betroffen, wohingegen ab einem Alter von 60 Jahren der geschlechtsspezifische Unterschied in der administrativen Prävalenz nahezu konstant bleibt.

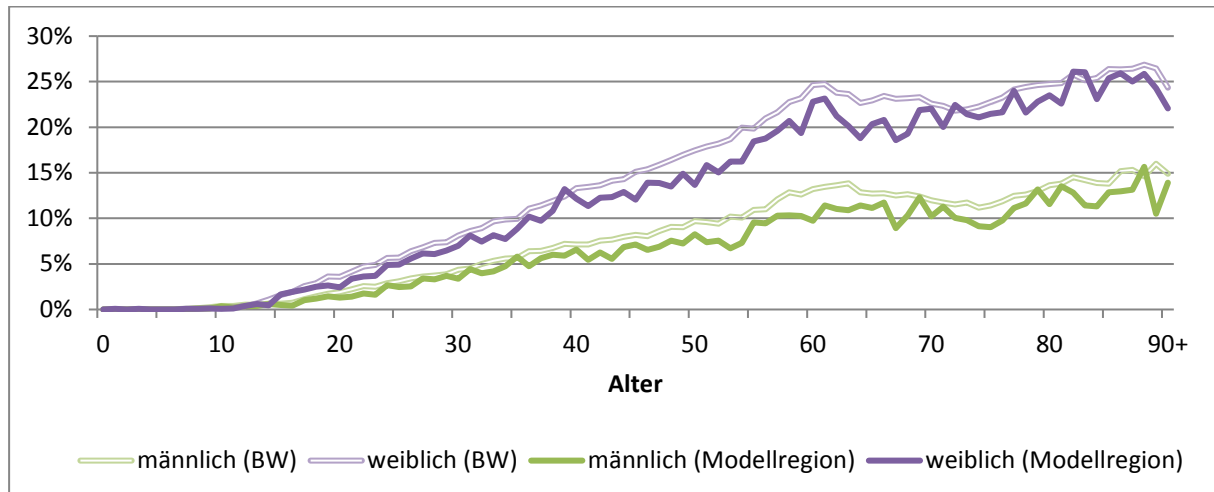


Abbildung 70: Administrative Prävalenz der Depression nach Alter und Geschlecht in Baden-Württemberg im Jahr 2013. [Eigene Berechnung auf Basis von Abrechnungsdaten der AOK Baden-Württemberg, adjustiert]

Abbildung 71 zeigt die administrative 1- Jahres Prävalenz der Depression adjustiert nach Alter und Geschlecht der Wohnbevölkerung im jeweiligen Stadt- und Landkreis im Jahr 2013. Die Prävalenz der Depression war im Jahr 2013 mit 13,5% der Bevölkerung im Landkreis Mannheim am höchsten, gefolgt von 13,37% im Landkreis Zollernalb. Die niedrigste Prävalenz zeigte sich mit 8,0% im Landkreis Biberach, gefolgt vom Landkreis Freudenstadt mit 8,4%. In Baden-Württemberg lag der Anteil der Bevölkerung mit der Diagnose Depression insgesamt bei 10,5%.

Neben der Frage nach der derzeitigen Häufigkeit von Depressionen wurde untersucht, wie sich die Häufigkeit in einem mittelfristigen Zeitraum von zehn Jahren aufgrund demografischer Veränderungen entwickeln könnte. Hierzu wurde eine Projektion der administrativen Prävalenz vom Jahr 2013 auf das Jahr 2023 durchgeführt. Dabei wurden zunächst alters- und geschlechtsspezifische Prävalenzraten anhand von Sozialdaten der AOK Baden-Württemberg auf Ebene der Landkreise und kreisfreien Städte berechnet. Im nächsten Schritt wurden diese Prävalenzraten auf die Alters- und Geschlechtsstruktur der vorausgerechneten Wohnbevölkerung zum Stichtag des 31.12.2023 projiziert. Hierzu wurden die Ergebnisse der Bevölkerungsvorausberechnung des Statistischen Landesamtes Baden-Württemberg mit dem Basisjahr 2014 in der Hauptvariante mit Wanderungsbewegungen verwendet. Mit der zum Jahresende 2015 bereitgestellten Vorausberechnung sollte insbesondere dem Zuzug von Flüchtlingen im Jahr 2015 Rechnung getragen werden.

Abbildung 72 stellt die relative Veränderung der 1-Jahres Prävalenz der Depression vom Basisjahr 2013 zum Jahr 2023 dar. Es zeigt sich, dass bis auf die Stadtkreise Karlsruhe und Pforzheim in allen verbleibenden 42 Kreisen eine Zunahme des Anteils von Menschen mit Depression zu erwarten ist. Demnach ist die höchste Zunahme dieser Schätzung mit 6,2% im Kreis Neckar – Odenwald zu erwarten und die niedrigste Zunahme mit 0,4% im Kreis Stuttgart. Insgesamt ergibt sich in Baden-Württemberg nach dieser Schätzung im Jahr 2023 eine Prävalenz von 10,8% (vgl. 2013: 10,5%).

Ergebnisse

Das Gesundheitsmonitoring des Robert-Koch-Institutes ergab innerhalb der „Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland“ (DEGS1) [64] aus dem Jahre 2008-2011 eine 1- Jahres Prävalenz einer depressiven Symptomatik bei Erwachsenen von 18-79 Jahren von 8,1% (Frauen: 10,2%; Männer: 6,1%). Somit ergibt sich eine deutlich niedrigere 1-Jahres Prävalenz im Vergleich zu dem Evaluationsdatensatz der AOK-BW. Unterschiede in Bezug auf Häufigkeit von Depression zeigen insbesondere epidemiologische Daten und Diagnosestatistiken der Krankenkassen. Aus diesem Grund kommt der Zusammenschau verschiedener Daten(quellen) und insbesondere der Analyse von zeitlichen Trends eine besondere Rolle zu.

Die hier vorgestellten Projektionsergebnisse hängen in erster Linie von der Entwicklung der Bevölkerungsstruktur ab.

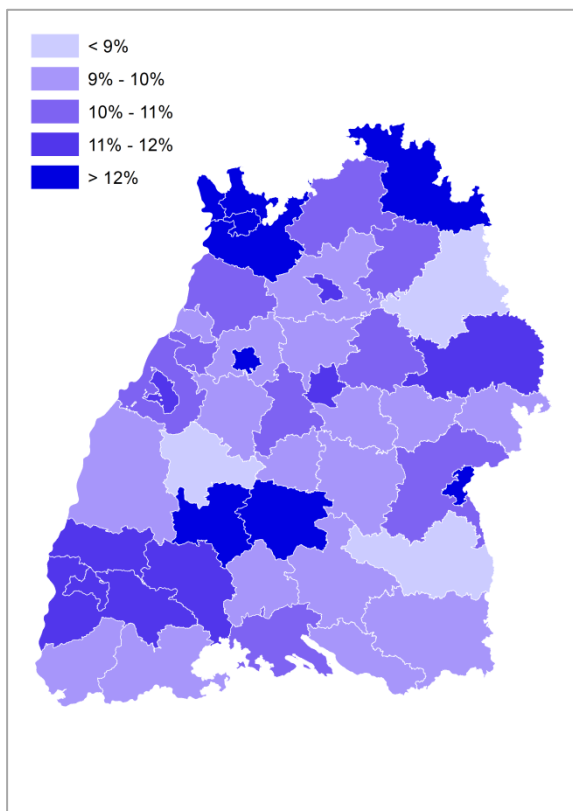


Abbildung 71: Administrative Prävalenz von Depression im Jahr 2013, adjustiert nach Alter und Geschlecht der Wohnbevölkerung im Kreis, angegeben in Prozent. [Eigene Berechnung auf Basis von Abrechnungsdaten der AOK Baden-Württemberg, adjustiert]

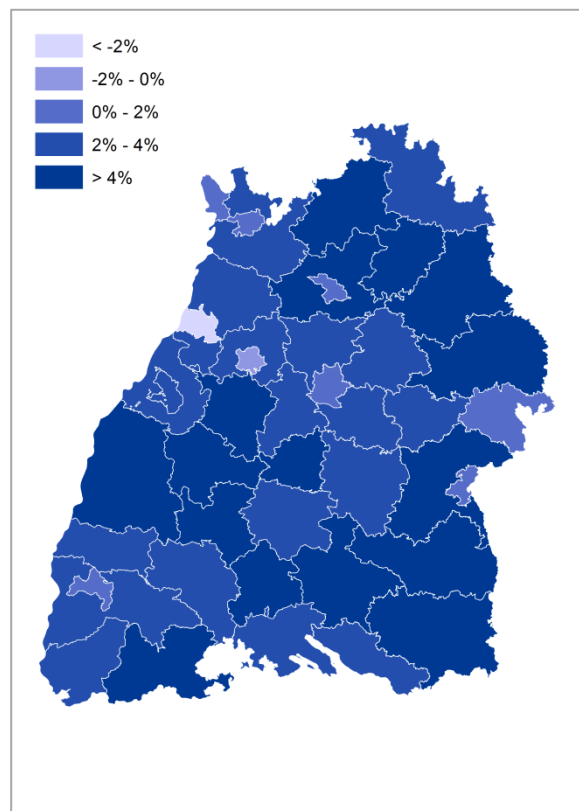


Abbildung 72: Veränderung der administrativen Prävalenz von Depression von 2013 zu projiziert 2023 in Prozent. [Eigene Berechnung auf Basis von Abrechnungsdaten der AOK Baden-Württemberg, adjustiert und regionalisierten Bevölkerungsvorausrechnung (2023) des Statistischen Landesamtes Baden-Württemberg]

Ergebnisse

Tabelle 20 zeigt die Häufigkeitsverteilung von dokumentierten Komorbiditäten bei Menschen mit der Diagnose Depression. Etwa die Hälfte der betroffenen Patienten mit Depression hat entweder eine sonstige Erkrankung der Wirbelsäule und des Rückens (49,8%) oder eine Hypertonie (48,1%).

Tabelle 20: Die drei häufigsten Begleitdiagnosen bei Versicherten mit Depression im Jahr 2013 in Baden-Württemberg. [Eigene Berechnung auf Basis von Abrechnungsdaten der AOK Baden-Württemberg, adjustiert]

ICD-10 Code	N	Prozent	ICD-10 Gruppenbezeichnung
M50-M54	220.418	49,8	Sonstige Krankheiten der Wirbelsäule und des Rückens
I10-I15	212.633	48,1	Hypertonie [Hochdruckkrankheit]
E70-E90	162.244	36,7	Stoffwechselstörungen

Intersektorale Inanspruchnahme

Tabelle 21 zeigt im Rahmen der intersektoralen Inanspruchnahme prozentual die betroffenen Menschen mit Depression, welche im Rahmen ihrer Erkrankung ausschließlich von einem Hausarzt betreut wurden bzw. inwieweit weitere Fachärzte und/oder eine Krankenhausbehandlung in die Versorgung integriert wurden. 67% der Betroffenen war ausschließlich in hausärztlicher Betreuung und 29,7% in fach- und hausärztlicher Betreuung. Bei 1,6% wurde die kombinierte Versorgung durch einen stationären Aufenthalt ergänzt. Lediglich bei 1% erfolgte die medizinische Versorgung durch den Hausarzt und das Krankenhaus ohne Beteiligung eines Facharztes. Den geringsten Anteil mit 0,4% stellt die Gruppe dar, welche ausschließlich im Jahr 2013 von einem Facharzt betreut wurde.

Tabelle 21: Häufigkeit intersektoraler Schnittstellen bei Versicherten in Baden-Württemberg und der Modellregion mit Depression im Jahr 2013. [Eigene Berechnung auf Basis von Abrechnungsdaten der AOK Baden-Württemberg, unadjustiert]

Anzahl AOK-Versicherte mit Depression	Modellregion (n=30.467)		BW (n=442.303)		HA	FA	KH
	n	%	n	%			
Nur HA	22.321	73,3	296.498	67,0	X		
HA und FA	7.064	23,2	131.371	29,7	X	X	
HA, FA und KH	459	1,5	7.029	1,6	X	X	X
HA und KH	457	1,5	4.272	1,0	X		X
Nur FA	102	0,3	1.880	0,4		X	

Eingeordnet	30.403	99,8	441.050	99,7
Nicht eingeordnet	64	0,2	1253	0,3

Abkürzungen: Hausärztliche Leistungen (HA), ambulante fachärztliche Leistungen durch (psychologische) Psychotherapeuten, Psychiater und Nervenärzte (FA), Krankenhausleistungen (KH).

Eine disziplinen- und sektorenspezifische Analyse der Versorgungssituation aus dem Jahr 2013 von Patienten mit psychischen Erkrankungen in Deutschland für den Zeitraum von 2005-2007 ergab, dass Patienten mit einer affektiven Störung (F3, beinhaltet u.a. das Krankheitsbild der Depression) zu 87,7% ausschließlich durch Allgemeinmediziner bzw. Fachärzte für somatische Medizin behandelt wurden, 7,4% ausschließlich durch die Fachdisziplinen Psychiatrie, Psychotherapie sowie Psychosomatik und 9,9% sowohl durch Allgemeinmediziner/Fachärzte für somatische Medizin als auch durch die oben aufgeführten Fachdisziplinen [65]. Diese Ergebnisse auf Grundlage von Versichertendaten

auf Bundesebene unterscheiden sich von den erhobenen Daten innerhalb des hier vorliegenden Projektes „Intersektorale Versorgung Baden-Württemberg“. In Baden-Württemberg (Grundlage AOK-BW Versichertendaten) nehmen Menschen mit der Diagnose Depression etwa 2/3 isoliert einen Hausarzt in Anspruch, wohingegen 1/3 sich sowohl in hausärztlicher- wie auch in fachärztlicher Betreuung befinden.

Interregionale Inanspruchnahme

Im Rahmen der medizinischen Behandlung von Menschen mit Depression kann auch entsprechend der Indikation ein stationärer Aufenthalt notwendig sein (vgl. nationale Versorgungsleitlinie: unipolare Depression).

Abbildung 73 stellt die regionale Wanderung zwischen den einzelnen Stadt- und Landkreisen in Baden-Württemberg dar. Die Abkürzung leitet sich aus dem entsprechenden Kfz-Kennzeichen des jeweiligen Stadt- bzw. Landkreises ab. Die Quadrate stellen die einzelnen Krankenhäuser in ihrer entsprechenden geographischen Lage dar. Die Größe der einzelnen Quadrate orientiert sich an der Bettenanzahl im jeweiligen Stadt- und Landkreis. Grundlage für diese Berechnung war die Krankenhausstatistik zum Stichtag 31.12.2013. In Stuttgart stehen mit insgesamt 18.687 die meisten Betten zur Verfügung, die niedrigste Bettenkapazität liegt im Landkreis Hohenlohe mit 283 Betten.

Grundgesamtheit für die Auswertung der Betroffenen war die Summe der jeweiligen Menschen mit der Diagnose Depression im Stadt- oder Landkreis. Zur Identifikation der relevanten stationären Inanspruchnahmen wurde die Hauptdiagnose im Rahmen der Entlassung definiert. Der jeweilige Pfeil symbolisiert die Wanderung der betroffenen Patienten abhängig von Wohnort und Ort der stationären Inanspruchnahme. Damit ein Pfeil entstehen kann müssen mindestens drei Fälle aus dem Stadt- oder Landkreis in einen weiteren Stadt- oder Landkreis gewandert sein. Die jeweilige Größe des Pfeiles wird durch die absolute Anzahl der Betroffenen bestimmt.

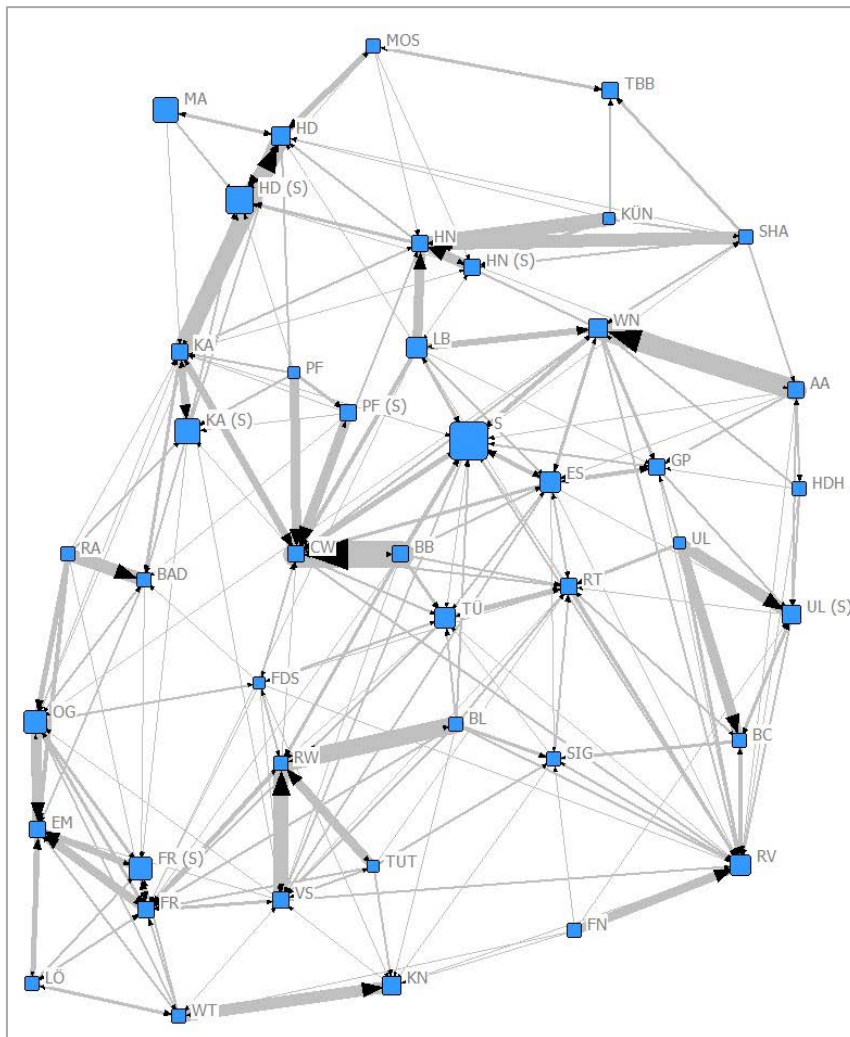


Abbildung 73: Krankenhausfälle bei Hauptdiagnose Depression bei Entlassung nach Wohn- und Behandlungsort im Jahr 2013 in den Landkreisen und kreisfr. Städten in Baden-Württemberg. [Eigene Berechnung auf Basis von Abrechnungsdaten der AOK Baden-Württemberg, unadjustiert]

Insgesamt gab es im Jahr 2013 13.327 Krankenhausfälle mit der Diagnose Depression unter den AOK-Versicherten. Davon fand in 52% der Fälle die Behandlung innerhalb des eigenen Kreises statt, bei 42,9% hingegen erfolgte eine Wanderung in einen anderen Kreis, in 5,1% der Fälle erfolgte die Behandlung an einem Ort außerhalb von Baden-Württemberg.

Inanspruchnahme im Basisjahr 2013 und 2023

Eine weitere zentrale Frage sind mögliche Folgen der demografischen Entwicklung auf die Inanspruchnahme von Versorgungsangeboten für Menschen mit Depression. Hierzu wurde auf Basis von Sozialdaten der AOK-BW die Inanspruchnahme von AkteurInnen der Versorgung depressionsspezifischen Bedarfs auf Grundlage der aktuellen S3 Leitlinie zur Behandlung einer unipolaren Depression für das Basisjahr 2013 betrachtet. Fokussiert wurden hausärztliche und fachärztliche Leistungen sowie Leistungen, welche von psychologischen Psychotherapeuten erbracht wurden (im weiteren Verlauf unter der Inanspruchnahme der Facharztgruppe aufgeführt).

Die beobachteten alters- und geschlechtsspezifischen Inanspruchnahmeraten aus den Sozialdaten wurden sowohl auf die Wohnbevölkerung im Jahr 2013 als auch auf die vorausberechnete Wohnbe-

völkerung im Jahr 2023 in den Landkreisen und kreisfreien Städten Baden-Württembergs übertragen. Basis dieser Berechnung sind die Bevölkerungsfortschreibung und Bevölkerungsvorausberechnung des Statistischen Landesamtes Baden-Württemberg. Die Ergebnisse dieser Analysen sind in den nachfolgenden vier Abbildungen dargestellt.

Als Betroffener mit der Diagnose Depression können je nach Schweregrad der Erkrankung verschiedene Gesundheitsleistungen, insbesondere die beteiligte Facharztgruppe, wie auch die indizierte Therapie (nicht-medikamentöse Beratung, Aufklärung und Unterstützung, eine medikamentöse Therapie und/oder Gesprächstherapie oder eine stationäre Therapie) eine Rolle in der Behandlung spielen²⁶. Bei der Diagnosestellung und der weiteren Begleitung spielen niedergelassene Ärzte wie Hausärzte und weitere Fachärzte (u.a. Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie, Fachärzte für Psychosomatik und Psychotherapie, Fachärzte für Neurologie, Kinder- und Jugendpsychiater), aber auch psychologische Psychotherapeuten und stationäre Einrichtungen eine wichtige Rolle. Die Analyse der Häufigkeit verschiedener Schnittstellen kann dabei eine Abschätzung des Koordinationsbedarfs zwischen verschiedenen Sektoren oder Versorgungsbereichen geben.

Anhand von Sozialdaten der AOK Baden-Württemberg wurde für Versicherte mit der Diagnose Depression und wohnhaft in Baden-Württemberg ausgewertet, welche Leistungen diese innerhalb des Jahres 2013 in Anspruch genommen haben.

Abbildung 74 zeigt die Inanspruchnahme hausärztlicher Leistungen von Menschen mit der Diagnose Depression im Jahr 2013 und 2023 und entsprechend deren prozentuale Veränderung bezogen auf den jeweiligen Kreis in Baden-Württemberg. Insgesamt haben in Baden-Württemberg Menschen mit Depression zu 99,3% die Leistung eines Hausarztes in Anspruch genommen. Die höchste absolute Inanspruchnahme eines Hausarztes von Menschen mit Depression lag im Jahr 2013 mit 69.328 im Kreis Stuttgart, gefolgt von 68.457 im Kreis Rhein-Neckar. Die niedrigste Inanspruchnahme lag mit 6.097 in der kreisfreien Stadt Baden-Baden. Bezogen auf die Schätzung für das Jahr 2023 sind im Landkreis Heilbronn mit 11% die höchste Zunahme zu erwarten, die niedrigsten Zunahmen einer prognostizierten Inanspruchnahme zeigen sich jeweils mit 3,2% in den Kreisen Rottweil und Main-Tauber.

26 Nationale Versorgungsleitlinie: unipolare Depression (S3), gültig von 2015 bis 2020.
<http://www.awmf.org/leitlinien/detail/II/nvl-005.html> [letzter Zugriff am 24.04.18]

Ergebnisse

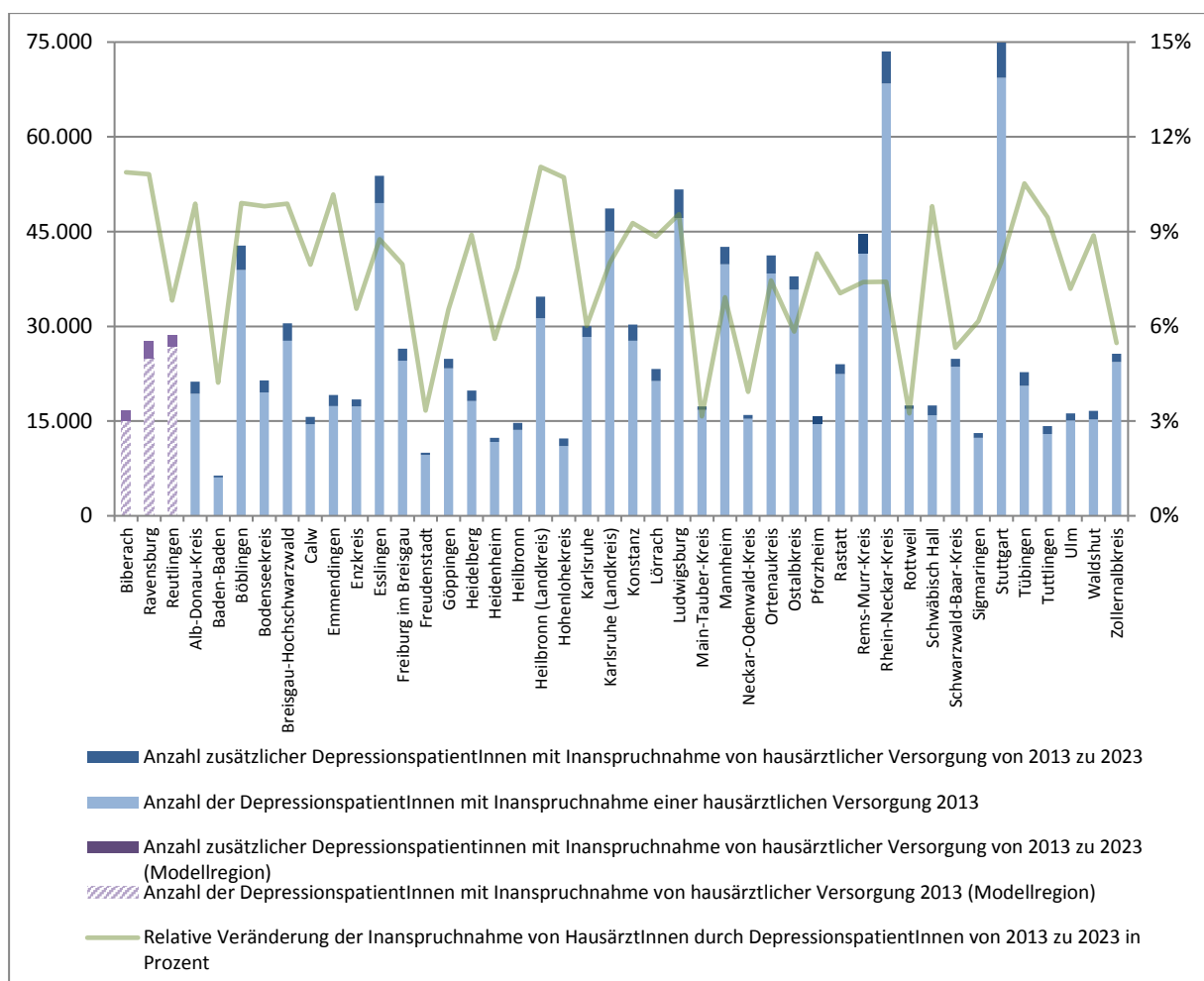


Abbildung 74: Inanspruchnahme hausärztlicher Leistungen durch PatientInnen mit Diagnose Depression (2013 und projiziert 2023) und relative Veränderung in Prozent. [Eigene Darstellung auf Basis von adjustierte Abrechnungsdaten der AOK Baden-Württemberg, der Bevölkerungsfortschreibung (2013) und regionalisierten Bevölkerungsvorausrechnung (2023) des Statistischen Landesamtes Baden-Württemberg]

Der hohe Anteil einer Inanspruchnahme eines Hausarztes kann einerseits durch die Erfassung der administrativen Prävalenz erklärt werden, d.h. nur diejenigen Menschen mit Depression erhalten auch die Diagnose Depression, wenn sie Kontakt(e) zu Ärzten (ärztliche Diagnosestellung) haben. Andererseits bietet auch die Datengrundlage, Sozialdaten der AOK-BW, eine mögliche Erklärung, da ein besonders hoher Anteil der Versicherten sich in einem HZV-Vertrag befinden, in dem sich Versicherte innerhalb dieses Selektivvertrages (HZV) verpflichten einen Hausarzt als primäre Anlaufstation und Lotse zu wählen.²⁷

Abbildung 75 zeigt die Inanspruchnahme von medizinischer Leistung durch einen Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie bzw. Facharzt für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Kinder- und Jugendpsychiater, Neuropädiater, psychotherapeutisch tätige Ärzte und psychologische Psychotherapeuten. Berücksichtigt sind Menschen mit der Diagnose Depression im Jahr 2013 und 2023. Ebenfalls wird die entsprechende prozentuale Veränderung zwischen 2013 und 2023 bezogen auf

²⁷ Vertrag zur hausarztzentrierten Versorgung zwischen AOK BW, HÄVG und MEDI, Stand: 01.07.2017: <https://www.hausarzt-bw.de/website/var/assets/6.hzv-vertraege/hzv-vertraege/vertragsunterlagen/aok/vertrag-zur-hausarztzentrierten-versorgung-in-baden-wuerttemberg/hauptvertrag-aok-bw.pdf> [letzter Zugriff am 24.04.18]

Ergebnisse

den jeweiligen Kreis in Baden-Württemberg dargestellt. Insgesamt haben in Baden-Württemberg Menschen mit Depression zu 32,9% die Leistung der oben aufgeführten Facharztgruppen in Anspruch genommen. Die höchste absolute Inanspruchnahme eines Facharztes von Menschen mit Depression lag im Jahr 2013 mit 25592 im Kreis Stuttgart, gefolgt von 23989 im Kreis Rhein-Neckar. Die niedrigste Inanspruchnahme lag mit 2168 in der kreisfreien Stadt Baden-Baden. Bezogen auf die Schätzung für das Jahr 2023 sind in den Kreisen Stuttgart und Hohenlohe mit 8,7% die höchste Zunahme zu erwarten, die niedrigste Zunahme einer prognostizierten Inanspruchnahme zeigt sich im Kreis Freudenstadt mit 0,7%. In den Kreisen Main-Tauber und Neckar-Odenwald ist isoliert ein Rückgang von 0,6% bzw. 1,9% zu erwarten.

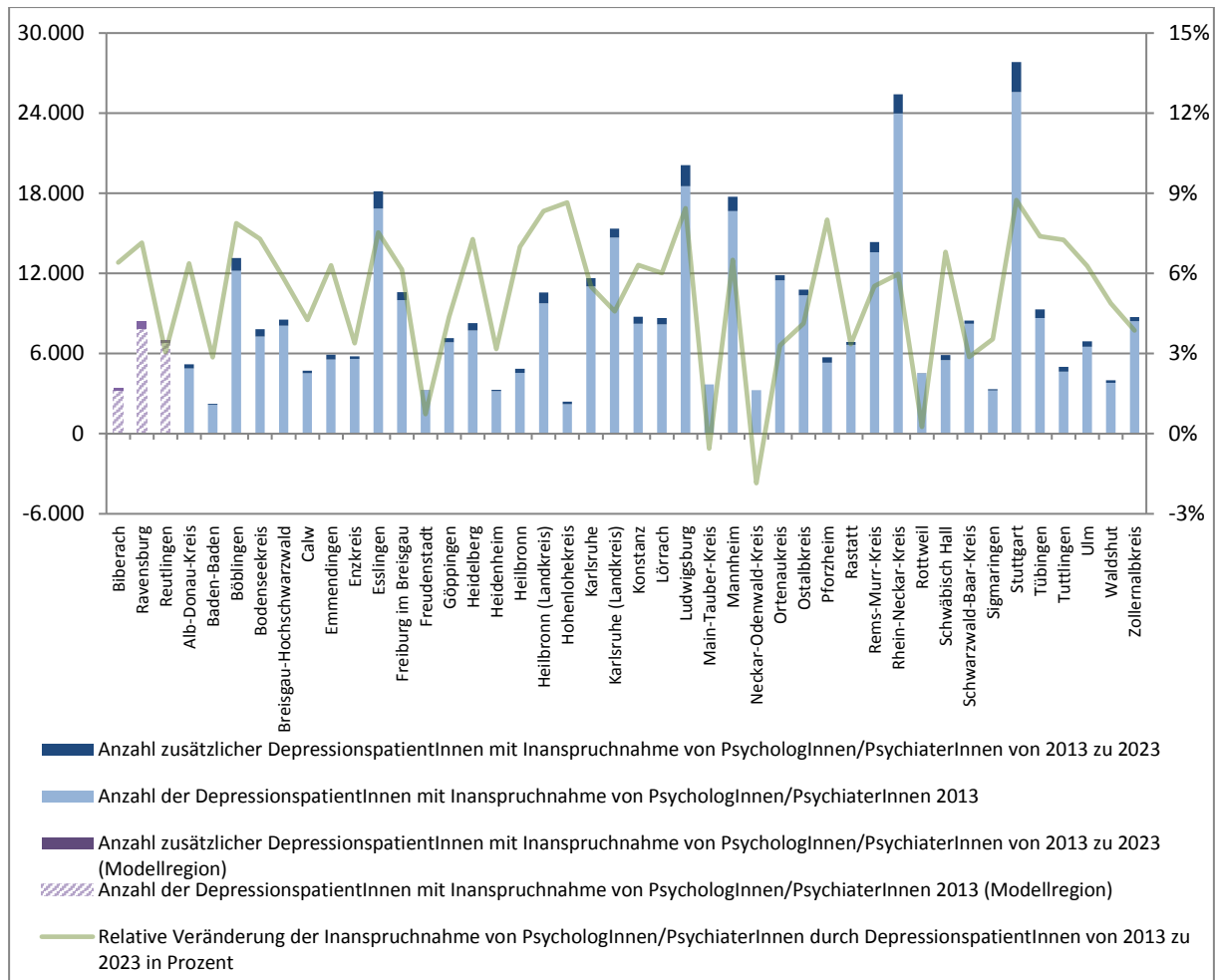


Abbildung 75: Inanspruchnahme fachärztlicher Leistungen durch PatientInnen mit Diagnose Depression (2013 und projiziert 2023) und relative Veränderung in Prozent. [Eigene Darstellung auf Basis von adjustierte Abrechnungsdaten der AOK Baden-Württemberg, der Bevölkerungsfortschreibung (2013) und regionalisierten Bevölkerungsvorausrechnung (2023) des Statistischen Landesamtes Baden-Württemberg]

Abbildung 76 zeigt die Inanspruchnahme von Krankenhausaufenthalten bei Menschen mit der Diagnose Depression. In den Kreisen Rhein-Neckar und Stuttgart zeigen sich mit 1500 bzw. 1489 die höchste Inanspruchnahme im Jahr 2013. In der kreisfreien Stadt Baden-Baden war die Inanspruchnahme mit 228 am geringsten. Die Schätzung für das Jahr 2023 ergab mit 7,4% die höchste Zunahme im Kreis Stuttgart, gefolgt von 4,9% im Kreis Esslingen. Dieser Zunahme steht eine Abnahme der Inanspruchnahme im Kreis Neckar-Odenwald Kreis von – 6,7% gegenüber.

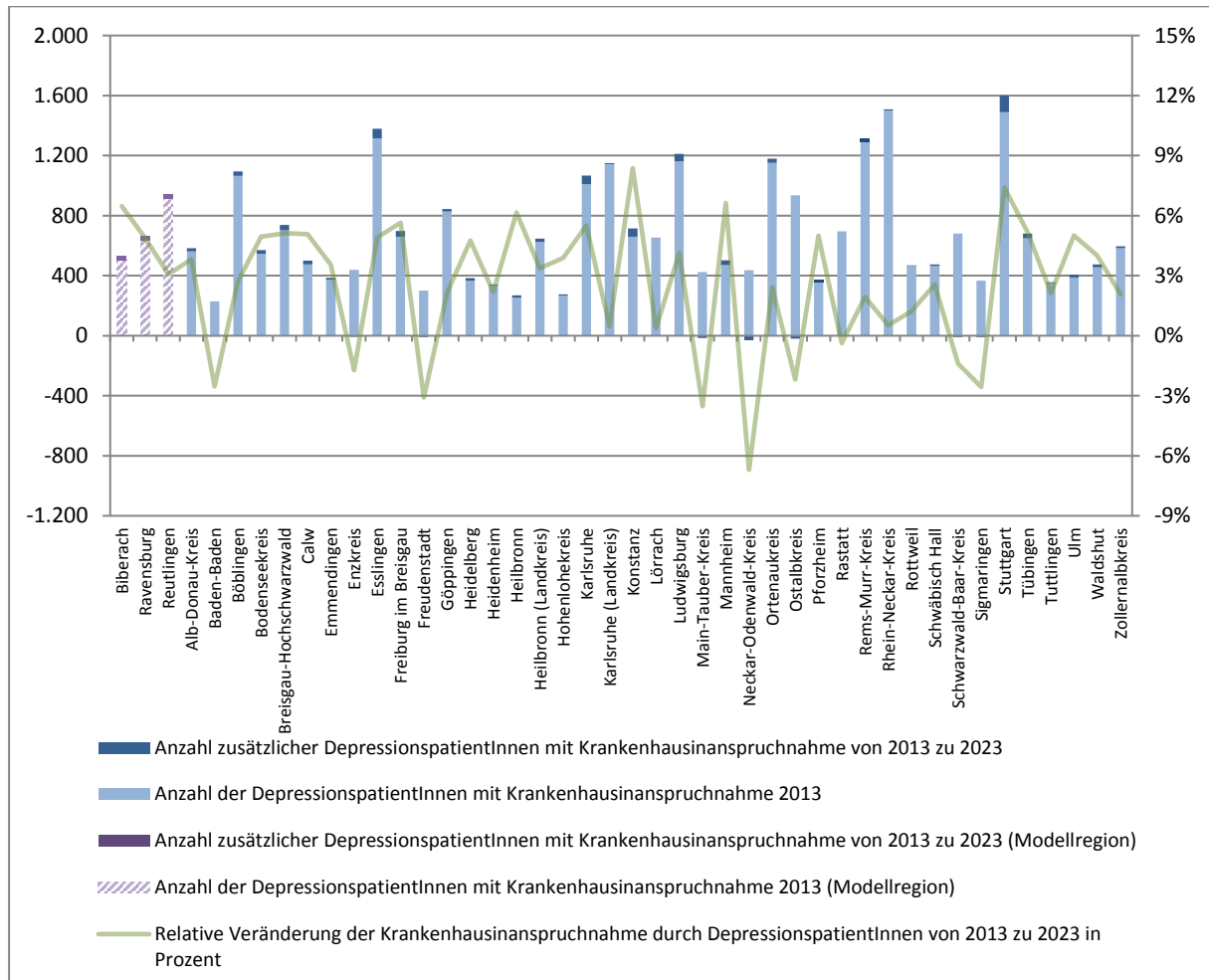


Abbildung 76: Inanspruchnahme Krankenhaus (2013 und projiziert 2023) und relative Veränderung in Prozent. [Eigene Darstellung auf Basis von adjustierte Abrechnungsdaten der AOK Baden-Württemberg, der Bevölkerungsfortschreibung (2013) und regionalisierten Bevölkerungsvorausrechnung (2023) des Statistischen Landesamtes Baden-Württemberg]

Die durchschnittliche Verweildauer im Krankenhaus für Menschen mit Depression variiert in den Stadt- und Landkreisen in Baden-Württemberg von durchschnittlich 42 Tagen in Ulm bis 58 Tage in Stuttgart.

3.1.7. Diabetes mellitus Typ 1

Prävalenz im Basisjahr 2013 und 2023

Abbildung 77 zeigt die administrative Prävalenz von Diabetes mellitus Typ 1 nach Alter und Geschlecht unter den Versicherten der AOK in Baden-Württemberg und der Modellregion. Mit Blick auf die Altersverteilung der administrativen Prävalenz in Baden-Württemberg ist eine Zunahme bis zur Altersgruppe um das 80. Lebensjahr zu beobachten. Hier erreicht der Anteil der Betroffenen ein Maximum mit circa 2,3% bei den 81-jährigen Männern und 2,1% bei den 79-jährigen Frauen. Insgesamt ist der Betroffenenanteil bei den Männern meist etwas höher. Bis ungefähr zu einem Alter von 55 Jahren sind die Raten fast identisch, danach sind die Raten unter den Männern bis zu einem Alter von 83 Jahren deutlich höher. Die beobachteten Raten unterliegen großen Schwankungen innerhalb der

Ergebnisse

Altersgruppen, was sich vor allem durch die niedrigen Fallzahlen auf dieser räumlichen Ebene erklären lässt.

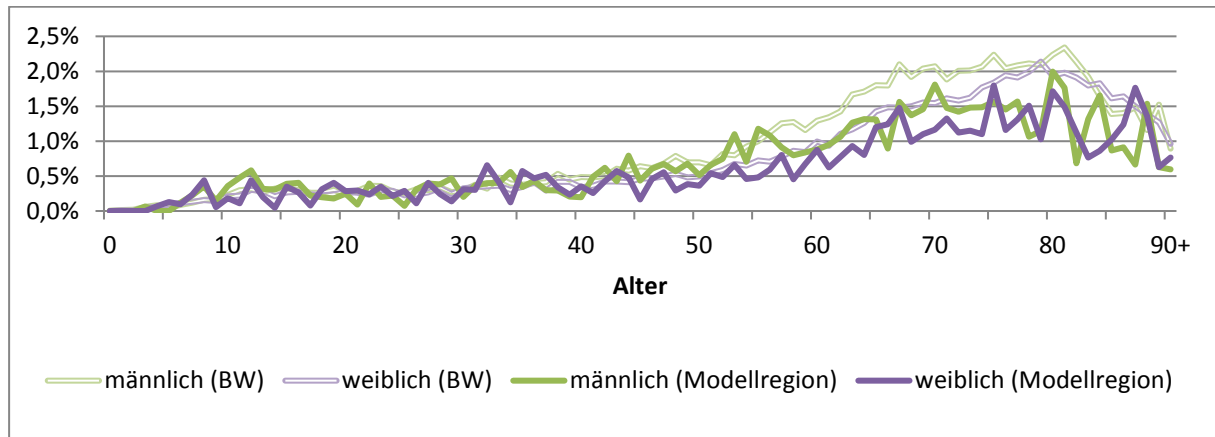


Abbildung 77 : Administrative Prävalenz von Diabetes mellitus Typ 1 nach Alter und Geschlecht in Baden-Württemberg und der Modellregion im Jahr 2013. [Eigene Berechnung auf Basis von Abrechnungsdaten der AOK Baden-Württemberg, adjustiert]

Die häufigsten Begleitdiagnosen nach ICD-10-Klassifikation bei Versicherten mit Diabetes mellitus Typ 1 in Baden-Württemberg sind in Tabelle 22 dargestellt. Dabei können die dargestellten Begleitdiagnosen zum einem als gesicherte Diagnose aus der ambulanten ärztlichen Versorgung stammen, die in mindestens zwei Quartalen des Beobachtungsjahres auftraten oder aus der stationären Versorgung als Hauptdiagnose bei Entlassung. Als häufigste Begleitdiagnose wurde bei 66,6% der Diabetes mellitus Typ1-Betroffenen die Hypertonie beobachtet.

Tabelle 22: Die drei häufigsten Begleitdiagnosen bei Versicherten mit Diabetes mellitus Typ 1-Diagnose im Jahr 2013 in Baden-Württemberg. [Eigene Berechnung auf Basis von Abrechnungsdaten der AOK Baden-Württemberg, adjustiert]

ICD-10 Code	N	Prozent	ICD-10 Gruppenbezeichnung
I10 - I15	21.226	66,6	Hypertonie [Hochdruckkrankheit]
E70 - E90	15.204	47,7	Stoffwechselstörungen
M50 - M54	11.810	37,0	Sonstige Krankheiten der Wirbelsäule und des Rückens

Die Analyse nach Alter und Geschlecht adjustierter Raten auf Grundlage von Sozialdaten der AOK Baden-Württemberg ergibt für Baden-Württemberg einen Anteil von rund 0,7% Diabetes mellitus Typ 1-PatientInnen an der Bevölkerung im Jahr 2013. Die Ergebnisse für die Landkreise und kreisfreien Städte sind in Abbildung 78 dargestellt. Der Betroffenenanteil war hiernach am niedrigsten im Landkreis Göppingen mit rund 0,5% und am höchsten in der kreisfreien Stadt Mannheim mit 1%. In der Modellregion lag die administrative Prävalenz bei 0,6% im Landkreis Biberach, bei rund 0,5% im Landkreis Ravensburg und bei 0,7% im Landkreis Reutlingen.

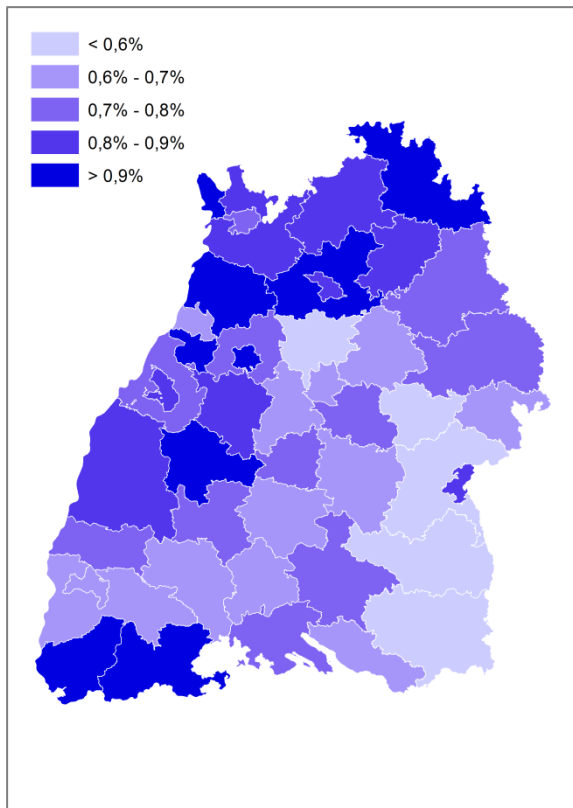


Abbildung 78: Administrative Prävalenz von Diabetes mellitus Typ 1 im Jahr 2013, adjustiert nach Alter und Geschlecht der Wohnbevölkerung im Kreis, angegeben in Prozent. [Eigene Berechnung auf Basis von Abrechnungsdaten der AOK Baden-Württemberg, adjustiert]

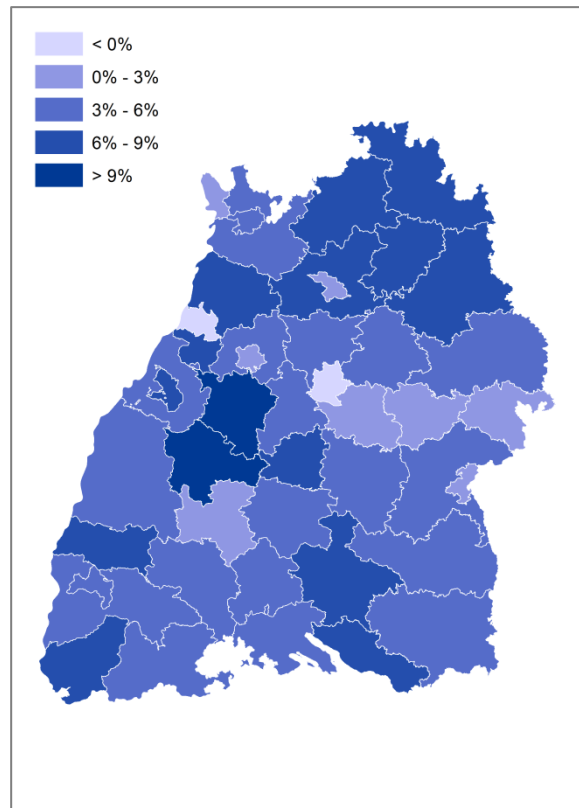


Abbildung 79: Relative Veränderung der administrativen Prävalenz von Diabetes mellitus Typ 1 von 2013 zu projiziert 2023 in Prozent. [Eigene Berechnung auf Basis von Abrechnungsdaten der AOK Baden-Württemberg, adjustiert und regionalisierten Bevölkerungsvorausrechnung (2023) des Statistischen Landesamtes Baden-Württemberg]

Abbildung 79 zeigt die relative Veränderung der administrativen Prävalenz des Diabetes mellitus Typ 1 vom Basisjahr 2013 zum Jahr 2023 aufgrund der veränderten Bevölkerungsstruktur. In Baden-Württemberg insgesamt ergibt sich eine leichte Zunahme von rund 4%. Im regionalen Vergleich liegt die Spannweite zwischen rund -3% in der kreisfreien Stadt Karlsruhe und 10% im Landkreis Freudenstadt. Innerhalb der Modellregion liegt die relative Veränderung nah beieinander mit rund 4% im Landkreis Biberach, rund 3% im Landkreis Ravensburg und 5% im Landkreis Reutlingen.

Intersektorale Inanspruchnahme

Auf Grundlage von Abrechnungsdaten der AOK-BW wurde für AOK-Versicherte mit Diabetes mellitus Typ 1 geschaut, welche verschiedenen Leistungen diese innerhalb eines Jahres in Anspruch genommen haben. Betrachtet wurden dabei Baden-Württemberg insgesamt und die drei Landkreise der Modellregion. Betroffene bilden dabei die Schnittstelle zwischen verschiedenen Sektoren, die im Idealfall aufeinander abgestimmt sind. Die Analyse der Häufigkeit verschiedener Schnittstellen kann dabei eine Abschätzung des Koordinationsbedarfs zwischen verschiedenen Sektoren oder Versorgungsbereichen geben. Für Betroffene von Diabetes mellitus Typ 1 wurden hierbei vier verschiedene Versorgungsbereiche oder Sektoren fokussiert. Betrachtet wurde die Inanspruchnahme hausärztlicher Leistungen im Jahr 2013, ambulanter fachärztlicher Leistungen durch InternistInnen, EndokrinologInnen/DiabetologInnen und AugenärztInnen sowie Krankenhausleistungen. Die Inanspruchnahme

Ergebnisse

von Krankenhausleistungen ist z.B. indiziert bei der Erstmanifestation des Diabetes mellitus Typ 1, insbesondere im Kindes- und Jugendalter. Die Ergebnisse dieser Analyse sind in Tabelle 23 dargestellt.

Tabelle 23: Intersektorale Schnittstellen bei AOK-Versicherten mit Diabetes mellitus Typ 1 im Jahr 2013. [Eigene Berechnung auf Basis von Abrechnungsdaten der AOK Baden-Württemberg, unadjustiert]

Anzahl AOK-Versicherte mit DM1	Modellregion (n=2.032)		BW (n=31.883)		HA	FA_inn	FA_aug	KH
	n	%	n	%				
HA und FA_aug	717	35,3	10.380	32,6	X		X	
HA, FA_inn und FA_aug	493	24,3	9.154	28,7	X	X	X	
Nur HA	472	23,2	6.102	19,1	X			
HA und FA_inn	137	6,7	2.718	8,5	X	X		
HA, FA_aug und KH	80	3,9	994	3,1	X		X	X
HA, FA_inn, FA_aug und KH	60	3,0	1.054	3,3	X	X	X	X
HA und KH	46	2,3	895	2,8	X			X
HA, FA_inn und KH	18	0,9	437	1,4	X	X		X
Eingeordnet	2.023	99,6	31.734	99,5				
Nicht eingeordnet	9	0,4	149	0,5				

Abkürzungen: Hausärztliche Leistungen (HA), ambulante fachärztliche Leistungen der Fachgruppe Innere Medizin, Endokrinologie oder Diabetologie (FA_inn) und Augenheilkunde (FA_aug) sowie Krankenhausleistungen (KH).

Die Schnittstellenhäufigkeiten in der Modellregion sind in ihrer Tendenz identisch mit den Ergebnissen für Baden-Württemberg und auch in Ihrer Größenordnung ähnlich. Bei rund 80% der Betroffenen ergaben sich unter den betrachteten Leistungen sowohl in Baden-Württemberg als auch in der Modellregion intersektorale Schnittstellen. Die rund 20% der Betroffenen ohne Versorgungsschnittstellen wurden ausschließlich hausärztlich versorgt. Mit rund einem Drittel der Betroffenen stellte die Kombination von hausärztlichen und ambulanten augenärztlichen Leistungen die häufigste Schnittstelle dar, gefolgt von der gleichzeitigen Inanspruchnahme hausärztlicher-, ambulanter internistischer und augenärztlicher Versorgung mit rund 24% in der Modellregion und rund 29% in Baden-Württemberg.

Interregionale Inanspruchnahme

Abbildung 80 zeigt das Ergebnis der Analyse des Ortes der Inanspruchnahme (blaue Quadrate) von Krankenhausleistungen durch Versicherte mit Diabetes mellitus Typ 1 auf Ebene der Landkreise und kreisfreien Städte in Baden-Württemberg im Jahr 2013.

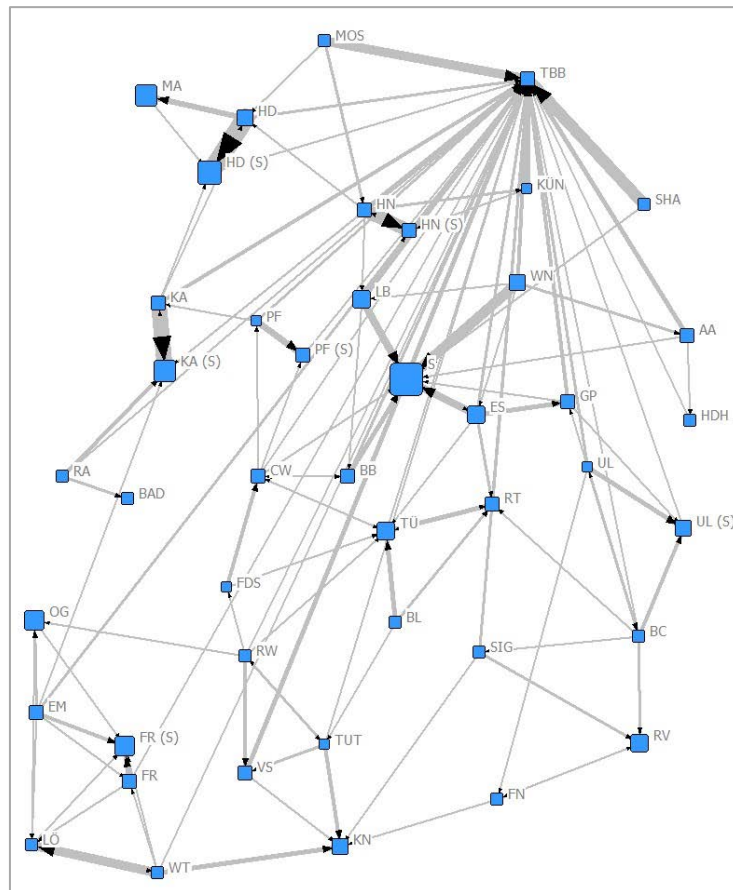


Abbildung 80: Krankenhausfälle bei Hauptdiagnose Diabetes mellitus Typ 1 bei Entlassung nach Wohn- und Behandlungsort im Jahr 2013 in den Landkreisen und kreisfr. Städten in Baden-Württemberg. [Eigene Berechnung auf Basis von Abrechnungsdaten der AOK Baden-Württemberg, unadjustiert]

Die Größe der blauen Quadrate richtet sich nach der Bettenzahl in Krankenhäusern im jeweiligen Kreis, je mehr Betten desto größer wird ein Landkreis bzw. kreisfreie Stadt dargestellt. Die Pfeile zeigen auf den Ort, in dem die Leistung in Anspruch genommen wurde. Je dicker dieser Pfeil dargestellt ist, desto mehr Wanderung fand für die Leistungsanspruchnahme statt. Die Kürzel in der Abbildung entsprechen den Kfz-Kennzeichen der Kreise. Sofern ein Landkreis und eine kreisfreie Stadt ein gemeinsames Kfz-Kennzeichen besitzen, wurde die kreisfreie Stadt mit einem (S) gekennzeichnet. Untersucht wurden 3.911 Krankenhausfälle aufgrund von Diabetes mellitus Typ 1 unter den AOK-Versicherten. Bei diesen fand bei rund 57% die Krankenhausversorgung im eigenen Wohnort bzw. Kreis statt. In rund 38% der Krankenhausaufenthalte aufgrund von Diabetes mellitus Typ 1 erfolgte der Krankenhausaufenthalt in einem anderen Kreis in Baden-Württemberg als dem Wohnort. Innerhalb der Kreise der Modellregion fanden kaum Wanderungen statt. Die größten Wanderungsbewegungen fanden vom Landkreis Rhein-Neckar-Kreis (HD) in die angrenzende kreisfreie Stadt Heidelberg (HD (S)) sowie vom Landkreis Karlsruhe in die kreisfreie Stadt Karlsruhe statt. Von PatientInnen vieler verschiedener Kreise wurde besonders der Landkreis Main-Tauber-Kreis für eine Diabetes mellitus Typ 1-Behandlung angesteuert. Hier befindet sich auch die Diabetes-Klinik Bad Mergentheim, die Teil des dortigen überregionalen Diabetes Zentrums Mergentheim ist.

Inanspruchnahme im Basisjahr 2013 und zukünftig

Eine weitere zentrale Frage, der im Modellprojekt nachgegangen wurde, sind mögliche Folgen der demografischen Entwicklung auf die Inanspruchnahme von Versorgungsangeboten für Menschen mit Diabetes mellitus Typ 1. Hierzu wurde auf Basis von Sozialdaten der AOK Baden-Württemberg die Inanspruchnahme von AkteurInnen der Versorgung des spezifischen Bedarfs für das Basisjahr 2013 betrachtet. Fokussiert wurden hausärztliche Leistungen, ambulante fachärztliche Leistungen der Fachgruppen Innere Medizin und Augenheilkunde sowie die Versorgung im Krankenhaus. Die beobachteten alters- und geschlechtsspezifischen Inanspruchnahmeraten aus den Sozialdaten wurden sowohl auf die Wohnbevölkerung im Jahr 2013 als auch auf die vorausberechnete Wohnbevölkerung im Jahr 2023 in den Landkreisen und kreisfreien Städten Baden-Württembergs übertragen. Basis dieser Berechnung sind die Bevölkerungsfortschreibung und Bevölkerungsvorausberechnung des Statistischen Landesamtes Baden-Württemberg.

In Abbildung 81 sind die Ergebnisse für den Bereich der hausärztlichen Versorgung dargestellt. Im Jahr 2013 lag die Inanspruchnahme hausärztlicher Leistungen in allen Landkreisen und kreisfreien Städten Baden-Württembergs bei nahezu 100%. Für das Jahr 2023 ergibt sich ausgehend vom Basisjahr 2013 in allen Kreisen Baden-Württembergs eine Zunahme. Diese fällt am stärksten im Landkreis Emmendingen mit rund 16% mehr Diabetes mellitus Typ 1-PatientInnen und am geringsten im Landkreis Rottweil mit 1% aus. In Baden-Württemberg insgesamt ergibt sich eine Zunahme von rund 9%, ähnlich wie in der Modellregion mit 10% im Landkreis Biberach, 9% im Landkreis Ravensburg und 8% im Landkreis Reutlingen.

Abbildung 82 zeigt die mögliche Entwicklung der Inanspruchnahme ambulanter internistischer, endokrinologischer oder diabetologischer Leistungen. In Baden-Württemberg insgesamt wurden diese Leistungen im Jahr 2013 durch circa 43% der PatientInnen in Anspruch genommen. In der Modellregion fiel die Inanspruchnahmerate geringer aus mit 33% im Landkreis Biberach, 38% im Landkreis Ravensburg und 35% im Landkreis Reutlingen. Bezogen auf alle Kreise gab es deutliche Unterschiede bei einer Spannweite von 28% im Landkreis Schwarzwald-Baar-Kreis und rund 67% im Landkreis Emmendingen. Für letzteren Kreis ergibt sich im regionalen Vergleich gleichzeitig mit rund 16% die höchste erwartete Zunahme der Inanspruchnahme. Die geringste Zunahme ergibt sich, wie bereits bei den hausärztlichen Leistungen auch, mit 2% für den Landkreis Rottweil. Innerhalb der Modellregion liegt die erwartete relative Zunahme der Inanspruchnahme bei 16% im Landkreis Biberach, 12% im Landkreis Ravensburg und 9% im Landkreis Reutlingen. Für Baden-Württemberg insgesamt ergibt sich eine relative Zunahme der Inanspruchnahme internistischer, endokrinologischer oder diabetologischer Leistungen von rund 10%.

Ergebnisse

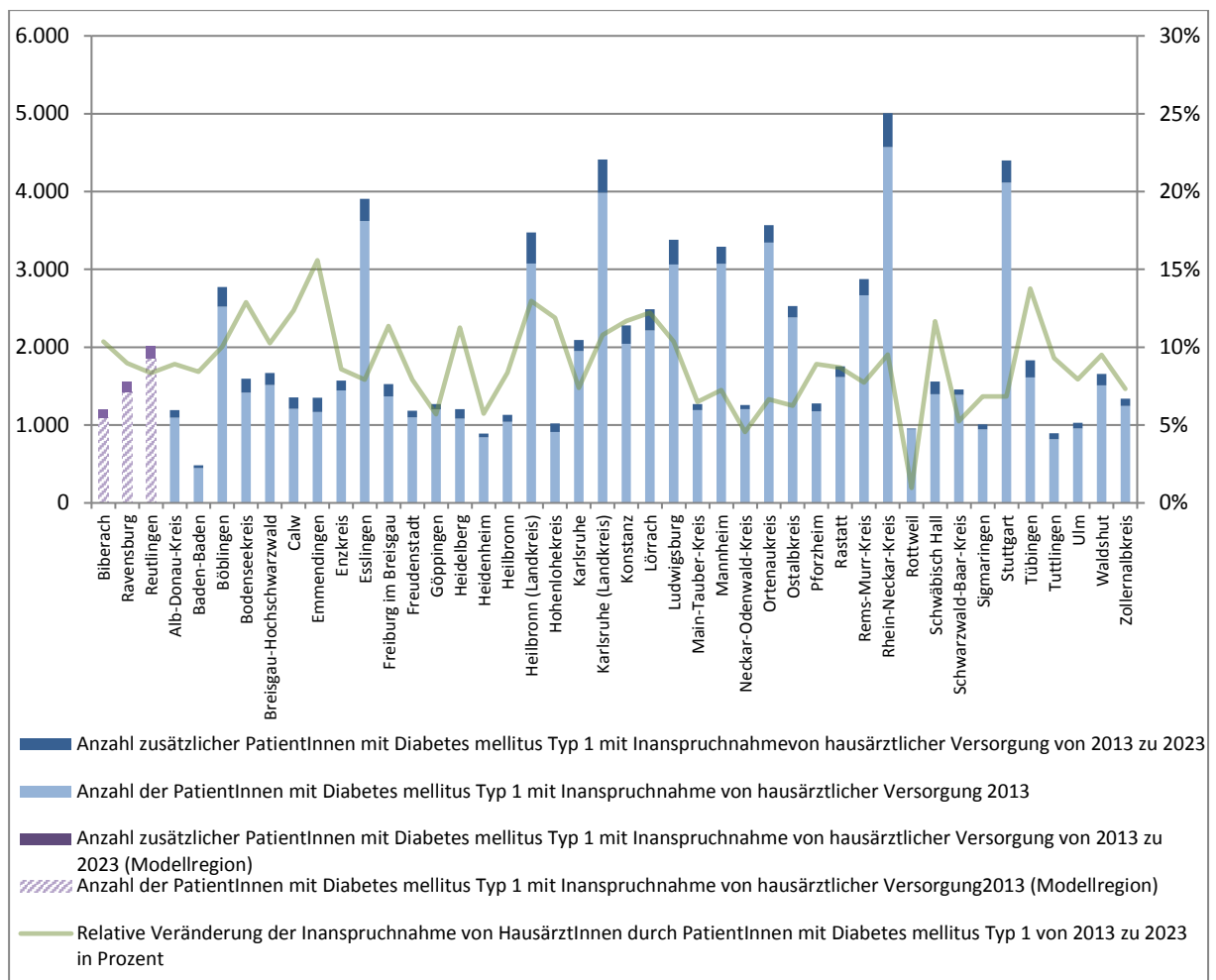


Abbildung 81: Inanspruchnahme hausärztlicher Leistungen durch Diabetes mellitus Typ 1-PatientInnen (2013 und projiziert 2023) und relative Veränderung in Prozent. [Eigene Darstellung auf Basis von adjustierte Abrechnungsdaten der AOK Baden-Württemberg, der Bevölkerungsfortschreibung (2013) und regionalisierten Bevölkerungsvorausrechnung (2023) des Statistischen Landesamtes Baden-Württemberg]

Erwartete Veränderungen vom Basisjahr 2013 zum Jahr 2023 für die Inanspruchnahme ambulanter augenärztlicher Leistungen sind in Abbildung 83 dargestellt.

Ergebnisse

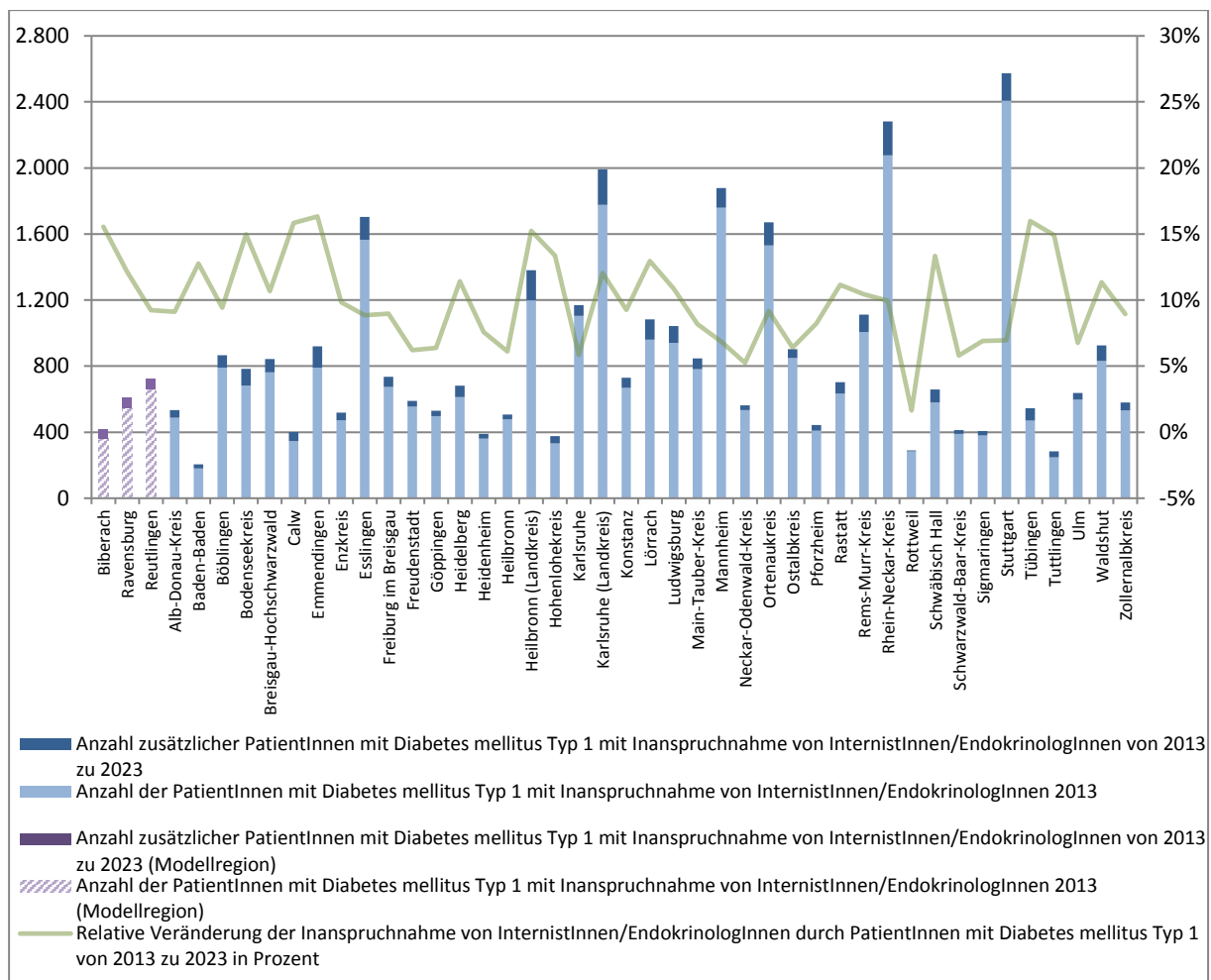


Abbildung 82: Inanspruchnahme von Internisten/Endokrinologen durch Diabetes mellitus Typ 1-PatientInnen (2013 und projiziert 2023) und relative Veränderung in Prozent. [Eigene Darstellung auf Basis von adjustierte Abrechnungsdaten der AOK Baden-Württemberg, der Bevölkerungsfortschreibung (2013) und regionalisierten Bevölkerungsvorausrechnung (2023) des Statistischen Landesamtes Baden-Württemberg]

Im Jahr 2013 lag die Inanspruchnahme dieser Leistungen unter den Betroffenen in Baden-Württemberg bei rund 68%. Die geringste Inanspruchnahme ergab sich für die kreisfreie Stadt Freiburg im Breisgau mit rund 55%, die höchste im Landkreis Freudenstadt mit rund 80%. In der Modellregion lag die Inanspruchnahme bei 72% im Landkreis Biberach, im Landkreis Ravensburg bei rund 60% und im Landkreis Reutlingen bei 66%. Die Veränderung der Inanspruchnahme zum Jahr 2023 verhält sich hier ähnlich wie in den übrigen betrachteten Bereichen der vertragsärztlichen Versorgung. In Baden-Württemberg ergibt sich eine relative Zunahme von rund 10%. Die geringste erwartete Zunahme für 2023 bzw. keine Veränderung ergibt sich auch für diesen Versorgungsbereich im Landkreis Rottweil mit 1%, die größte im Landkreis Emmendingen mit rund 16%. In der Modellregion ergibt sich eine geringe relative Zunahme der Inanspruchnahme mit rund 8% im Landkreis Biberach und rund 9% in den Landkreisen Ravensburg und Reutlingen.

Ergebnisse

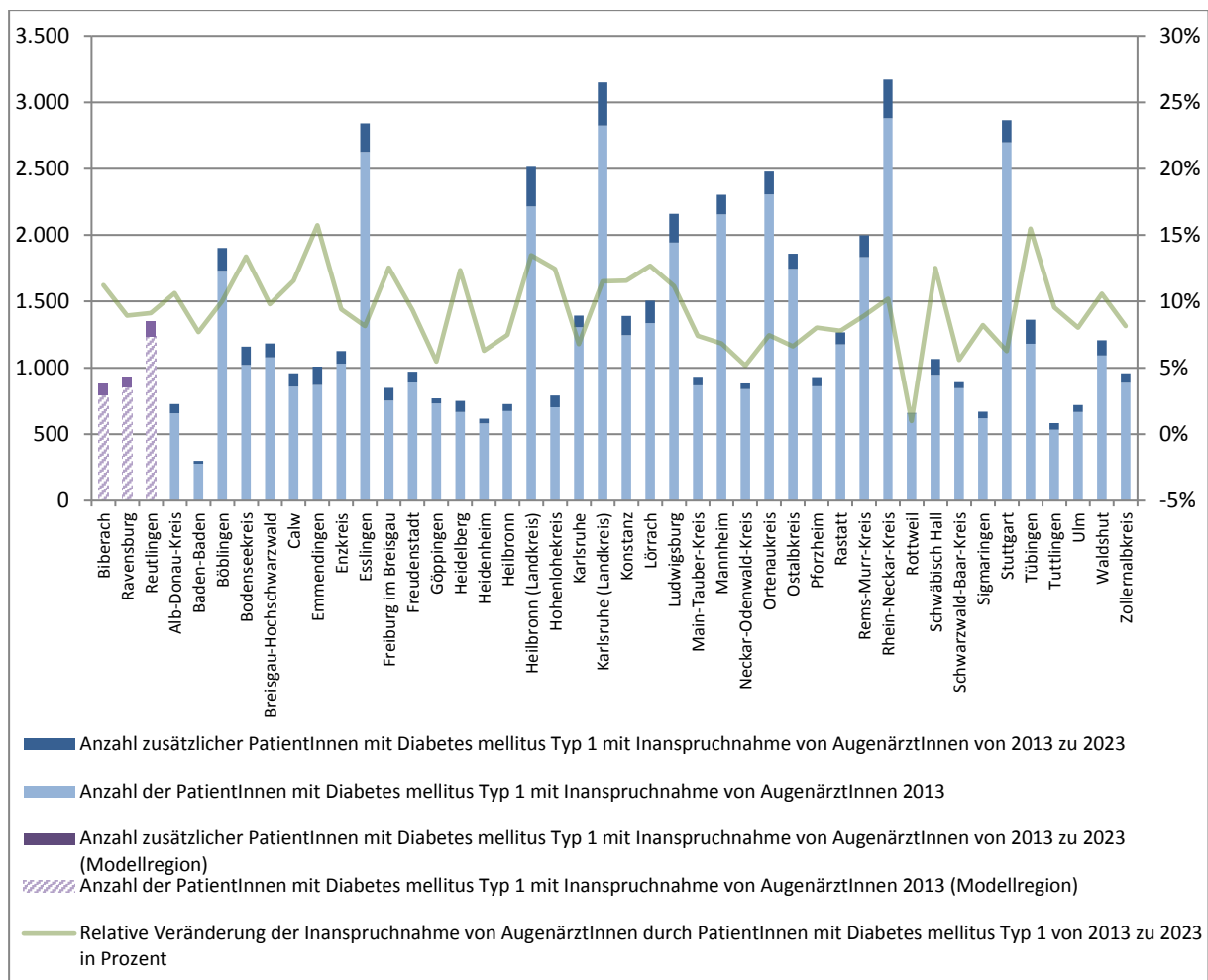


Abbildung 83: Inanspruchnahme ambulanter augenärztlicher Leistungen durch Diabetes mellitus Typ 1-PatientInnen (2013 und projiziert 2023) und relative Veränderung in Prozent. [Eigene Darstellung auf Basis von adjustierte Abrechnungsdaten der AOK Baden-Württemberg, der Bevölkerungsfortschreibung (2013) und regionalisierten Bevölkerungsvorausrechnung (2023) des Statistischen Landesamtes Baden-Württemberg]

Die Inanspruchnahme von Krankenhausleistungen aufgrund eines Diabetes mellitus Typ 1 im Jahr 2013 sowie die erwartete absolute und relative Veränderung zum Jahr 2023 ist dargestellt in Abbildung 84. In Baden-Württemberg insgesamt waren schätzungsweise 11% der administrativ erfassten Diabetes mellitus Typ 1-PatientInnen aufgrund dieser Erkrankung im Krankenhaus. Am niedrigsten war dieser Anteil im Landkreis Freudenstadt mit 7%, am höchsten in der kreisfreien Stadt Heidelberg mit rund 18%. In der Modellregion lag der Anteil bei ähnlich wie in Baden-Württemberg insgesamt mit 12% im Landkreis Biberach, 10% im Landkreis Ravensburg und 9% im Landkreis Reutlingen. Zum Jahr 2023 ergibt sich für Baden-Württemberg insgesamt eine geringe relative Zunahme von rund 7%, was circa 650 zusätzliche Betroffene mit Krankenhausinanspruchnahme im gesamten Bundesland bedeuten würde. Eine ähnlich geringe relative Zunahme ergibt sich auch in der Modellregion mit zusätzlichen 5% im Landkreis Biberach und rund 7% im Landkreis Ravensburg und Reutlingen. Im regionalen Vergleich ergibt sich für Betroffene aus dem Landkreis Freudenstadt kaum eine Veränderung mit -2%, im Alb-Donau-Kreis eine Zunahme von rund 15%.

Ergebnisse

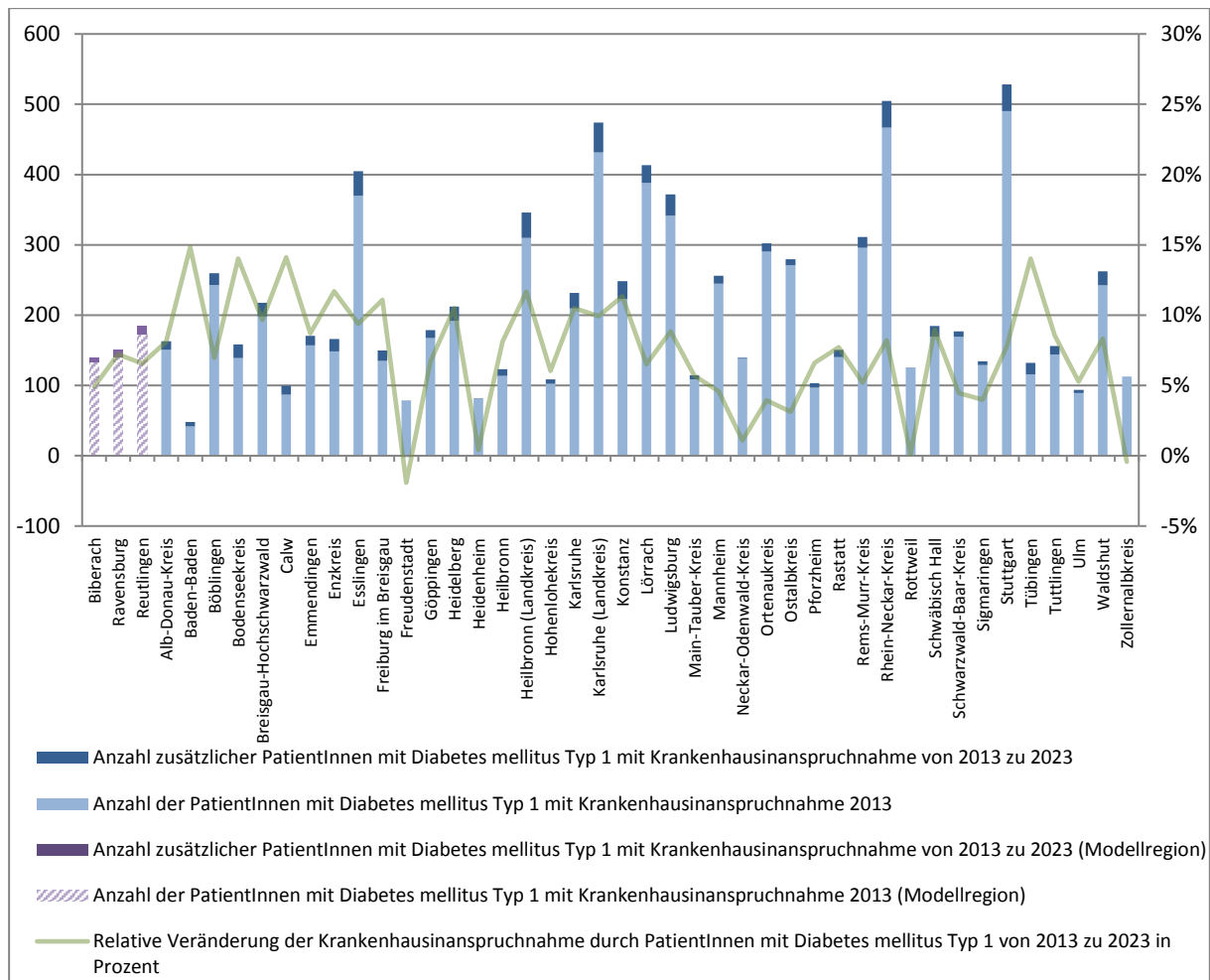


Abbildung 84: Inanspruchnahme von Krankenhausleistungen durch Diabetes mellitus Typ 1-PatientInnen (2013 und projiziert 2023) und relative Veränderung in Prozent. [Eigene Darstellung auf Basis von adjustierte Abrechnungsdaten der AOK Baden-Württemberg, der Bevölkerungsfortschreibung (2013) und regionalisierten Bevölkerungsvorausrechnung (2023) des Statistischen Landesamtes Baden-Württemberg]

3.1.8. Diabetes mellitus Typ 2

Prävalenz im Basisjahr 2013 und 2023

Auf Grundlage von Sozialdaten der AOK Baden-Württemberg aus dem Abrechnungsjahr 2013 wurde die 1-Jahres-Prävalenz des Diabetes mellitus Typ 2 auf der Ebene der 44 Landkreise und kreisfreien Städte in Baden-Württemberg berechnet. Da die ermittelte Prävalenz auf Abrechnungsdaten der Routineversorgung basiert, spricht man auch von „administrativer“ Prävalenz. Um mögliche Unterschiede in der Alters- und Geschlechtsstruktur zwischen der Versichertenpopulation der AOK Baden-Württemberg und der Wohnbevölkerung auszugleichen, wurden die ermittelten Prävalenzen nach Alter und Geschlecht adjustiert. Hierzu wurde die Bevölkerungsfortschreibung des Statistischen Landesamtes Baden-Württemberg für das Jahr 2013 herangezogen, die sich auf Daten des Zensus 2011 stützt. Die berechnete rohe Rate der Prävalenz bezieht sich somit auf die Gesamtbevölkerung eines Landkreises bzw. einer kreisfreien Stadt und gibt den Anteil der Betroffenen mit einem Diabetes mellitus Typ 2 an der Gesamtbevölkerung an. Unterschiedliche Prävalenzen in den betrachteten Regionen ergeben sich unter anderem durch Unterschiede in der Alters- und Geschlechtsstruktur.

In Abbildung 85 ist die administrative 1-Jahres-Prävalenz des Diabetes mellitus Typ 2 unterschieden nach Alter und Geschlecht im Jahr 2013 für das gesamte Bundesland Baden-Württemberg und zu-

sammenfassend für die Modellregion dargestellt. Es zeigt sich ab der Altersgruppe 35-40 Jahren ein kontinuierlicher Anstieg der Prävalenz mit fortschreitendem Alter, erst ab einem Alter von etwa 80 Jahren fällt die Prävalenz leicht ab. Insgesamt zeigen sich über die Jahre hinweg keine nennenswerten geschlechtsspezifischen Unterschiede in der administrativen Prävalenz.

Die aufgeführten alters- und geschlechtsabhängigen Unterschiede in der administrativen 1-Jahres-Prävalenz finden sich überwiegend auch in den jeweiligen Modellregionen wieder. Lediglich in der Altersgruppe von 65-75 Jahren ist die Prävalenz des Diabetes mellitus Typ 2 in der Modellregion um etwa 5% niedriger als in Baden-Württemberg insgesamt.

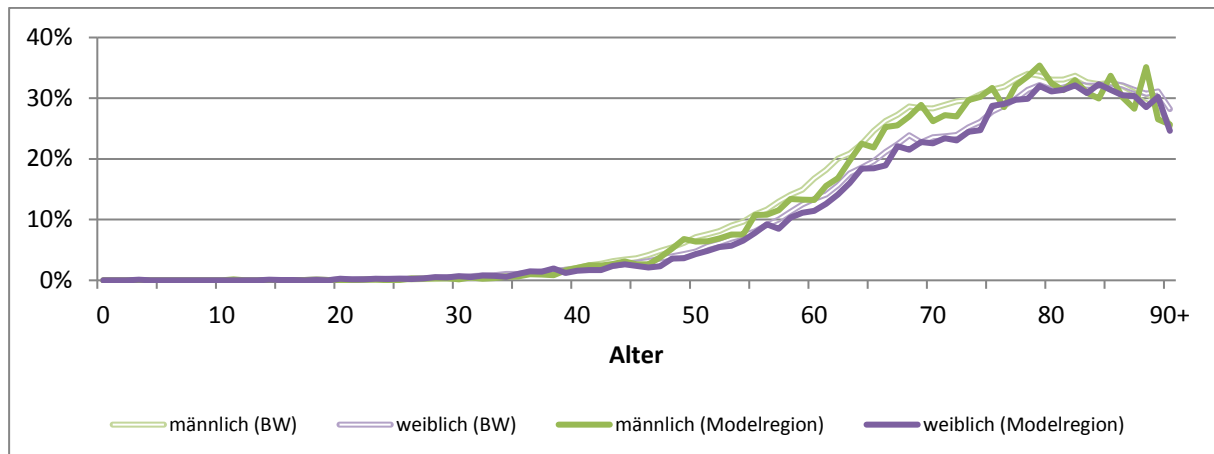


Abbildung 85: Administrative Prävalenz des Diabetes mellitus Typ 2 nach Alter und Geschlecht in Baden-Württemberg im Jahr 2013. [Eigene Berechnung auf Basis von Abrechnungsdaten der AOK Baden-Württemberg, adjustiert]

Die häufigsten Begleitdiagnosen nach ICD-10-Klassifikation bei Versicherten mit Diabetes mellitus Typ 2 in Baden-Württemberg sind in Tabelle 24 dargestellt. Dabei können die dargestellten Begleitdiagnosen zum einem als gesicherte Diagnose aus der ambulanten ärztlichen Versorgung stammen, die in mindestens zwei Quartalen des Beobachtungsjahres auftraten oder aus der stationären Versorgung als Hauptdiagnose bei Entlassung. Als häufigste Begleitdiagnose wurde bei 78,2% der Menschen mit Diabetes mellitus Typ 2 die Hypertonie kodiert.

Tabelle 24: Die drei häufigsten Begleitdiagnosen bei Versicherten mit Diabetes mellitus Typ 2-Diagnose im Jahr 2013 in Baden-Württemberg. [Eigene Berechnung auf Basis von Abrechnungsdaten der AOK Baden-Württemberg, adjustiert]

ICD-10 Code	N	Prozent	ICD-10 Gruppenbezeichnung
I10 - I15	299.409	78,2	Hypertonie [Hochdruckkrankheit]
E70 - E90	213.603	55,8	Stoffwechselstörungen
M50 - M54	168.427	44,0	Sonstige Krankheiten der Wirbelsäule und des Rückens

Abbildung 86 zeigt die administrative 1- Jahres Prävalenz des Diabetes mellitus Typ 2 adjustiert nach Alter und Geschlecht der Wohnbevölkerung im jeweiligen Stadt- und Landkreis im Jahr 2013. Die Prävalenz des Diabetes mellitus Typ 2 war im Jahr 2013 mit 10,7% der Bevölkerung im Landkreis Rhein-Neckar am höchsten. Die niedrigste Prävalenz zeigte sich mit 6,9% im Landkreis Tübingen. In Baden-Württemberg lag der Anteil der Bevölkerung mit Diabetes mellitus Typ 2 insgesamt bei 8,7%. Neben der Frage nach der derzeitigen Häufigkeit von Betroffenen mit Diabetes mellitus Typ 2 wurde untersucht, wie sich die Häufigkeit in einem mittelfristigen Zeitraum von zehn Jahren aufgrund demografischer Veränderungen entwickeln könnte. Hierzu wurde eine Projektion der administrativen

Ergebnisse

Prävalenz vom Jahr 2013 auf das Jahr 2023 durchgeführt. Dabei wurden zunächst alters- und geschlechtsspezifische Prävalenzraten anhand von Sozialdaten der AOK Baden-Württemberg auf Ebene der Landkreise und kreisfreien Städte berechnet. Im nächsten Schritt wurden diese Prävalenzraten auf die Alters- und Geschlechtsstruktur der vorausberechneten Wohnbevölkerung zum Stichtag des 31.12.2023 projiziert. Hierzu wurden die Ergebnisse der Bevölkerungsvorausberechnung des Statistischen Landesamtes Baden-Württemberg mit dem Basisjahr 2014 in der Hauptvariante mit Wanderungsbewegungen verwendet. Mit der zum Jahresende 2015 bereitgestellten Vorausberechnung sollte insbesondere dem Zuzug von Flüchtlingen im Jahr 2015 Rechnung getragen werden.

Abbildung 87 stellt die relative Veränderung der 1-Jahres Prävalenz des Diabetes mellitus Typ 2 vom Basisjahr 2013 zum Jahr 2023 dar. Demnach ist die höchste Zunahme dieser Schätzung mit 13,5% im Kreis Freudenstadt und die niedrigste Zunahme mit 0,4% im Stadtkreis Stuttgart zu erwarten. Ein Rückgang um -1,9% ist lediglich im Stadtkreis Karlsruhe zu erwarten. Insgesamt ergibt sich in Baden-Württemberg nach dieser Schätzung im Jahr 2023 eine Prävalenz von 9,4% (vgl. 2013: 8,7%).

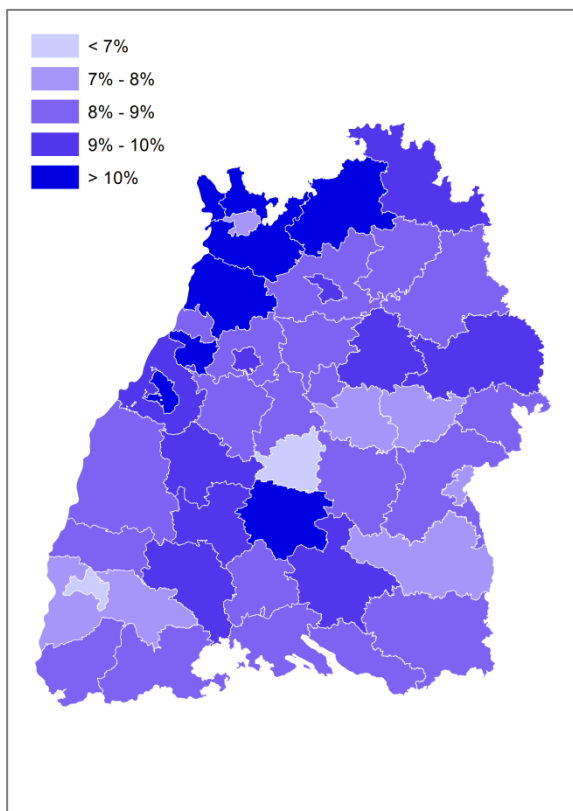


Abbildung 86: Administrative Prävalenz von Diabetes mellitus Typ 2 im Jahr 2013, adjustiert nach Alter und Geschlecht der Wohnbevölkerung im Kreis, angegeben in Prozent. [Eigene Berechnung auf Basis von Abrechnungsdaten der AOK Baden-Württemberg, adjustiert]

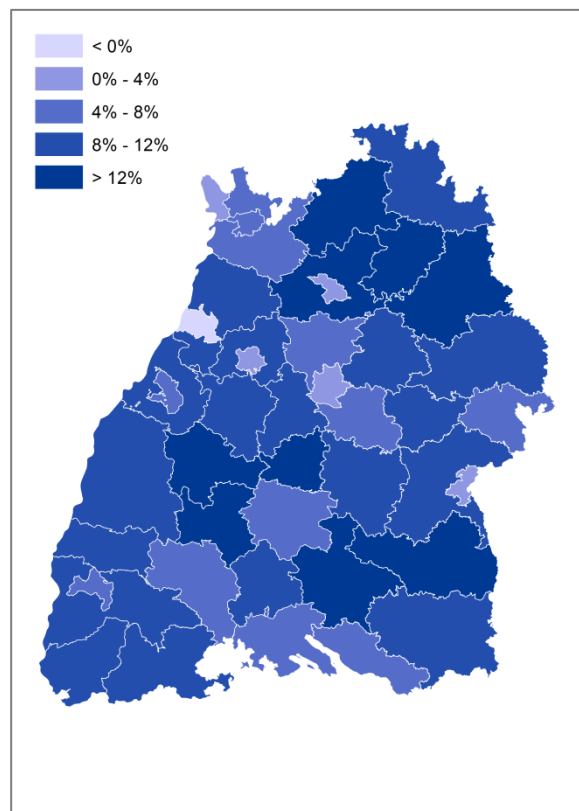


Abbildung 87: Relative Veränderung der administrativen Prävalenz von Diabetes mellitus Typ 2 von 2013 zu projiziert 2023 in Prozent. [Eigene Berechnung auf Basis von Abrechnungsdaten der AOK Baden-Württemberg, adjustiert und regionalisierten Bevölkerungsvorausrechnung (2023) des Statistischen Landesamtes Baden-Württemberg]

Intersektorale Inanspruchnahme

Tabelle 25 zeigt im Rahmen der intersektoralen Inanspruchnahme prozentual die betroffenen Menschen mit Diabetes mellitus Typ 2, welche im Rahmen ihrer Erkrankung ausschließlich von einem

Ergebnisse

Hausarzt betreut wurden bzw. inwieweit weitere Fachärzte (FA inn = Facharzt für Innere Medizin und/oder Diabetologie, FA aug = Facharzt für Augenheilkunde) und/oder eine Krankenhausbehandlung in die Versorgung integriert wurden. In Baden-Württemberg waren 34,6% der Betroffenen ausschließlich in hausärztlicher Betreuung und 31,1% in haus- und augenärztlicher Betreuung. Bei 19,3% erfolgte die Behandlung sowohl durch den Hausarzt wie auch durch die Fachärzte für Augenheilkunde und Innere Medizin/Diabetologie. Lediglich bei 0,7% erfolgte die medizinische Versorgung durch den Hausarzt und das Krankenhaus ohne Beteiligung eines Facharztes. Unter Hinzunahme weiterer Fachärzte sinkt dieser Anteil auf bis zu 0,3%.

Vergleichbare Werte ergeben sich ebenfalls in den jeweiligen Modellregionen in Baden-Württemberg.

Tabelle 25: Intersektorale Schnittstellen bei AOK-Versicherten mit Diabetes mellitus Typ 2 im Jahr 2013. [Eigene Berechnung auf Basis von Abrechnungsdaten der AOK Baden-Württemberg, unadjustiert]

Anzahl AOK-Versicherte mit DM2	Modellregion (n=27.751)		BW (n=382.826)					
	n	%	N	%	HA	FA_inn	FA_aug	KH
Nur HA	9.419	33,9	132.607	34,6	X			
HA und FA_aug	9.097	32,8	119.062	31,1	X		X	
HA, FA_inn und FA_aug	5.386	19,4	74.009	19,3	X	X	X	
HA und FA_inn	3.337	12,0	49.458	12,9	X	X		
HA und KH	157	0,6	2.531	0,7	X			X
HA, FA_aug und KH	119	0,4	1.573	0,4	X		X	X
HA, FA_inn, FA_aug und KH	93	0,3	1.421	0,4	X	X	X	X
HA, FA_inn und KH	68	0,2	1.059	0,3	X	X		X

Eingeordnet	27.676	99,7	381.720	99,7
Nicht eingeordnet	75	0,3	1.106	0,3

Interregionale Inanspruchnahme

Im Rahmen der medizinischen Behandlung von Menschen mit Diabetes mellitus Typ 2 können entsprechend der Indikation bzw. klinischen Verlaufes neben der Hausarzt- und Facharztbene auch stationäre Krankenhausaufenthaltes indiziert sein.

Abbildung 88 stellt die regionale Wanderung zwischen den einzelnen Stadt- und Landkreise in Baden-Württemberg dar. Die Abkürzung leitet sich aus dem entsprechenden Kfz-Kennzeichen des jeweiligen Stadtkreises bzw. Landkreises ab. Die Quadrate stellen die einzelnen Krankenhäuser in ihrer entsprechenden geographischen Lage dar. Die Größe der einzelnen Quadrate orientiert sich an der Bettenanzahl im jeweiligen Stadt- und Landkreis. Grundlage für diese Berechnung war die Krankenhausstatistik zum Stichtag 31.12.2013.

Grundgesamtheit für die Auswertung der Betroffenen war die Summe der jeweiligen Menschen mit der Diagnose Diabetes mellitus Typ 2 im Stadt- oder Landkreis. Zur Identifikation der relevanten stationären Inanspruchnahmen wurde die Hauptdiagnose im Rahmen der Entlassung definiert. Der jeweilige Pfeil symbolisiert die Wanderung der betroffenen Patienten abhängig von Wohnort und Ort der stationären Inanspruchnahme. Damit ein Pfeil entstehen kann müssen mindestens drei Fälle aus dem Stadt- oder Landkreis in einen weiteren Stadt- oder Landkreis gewandert sein. Die jeweilige Größe des Pfeiles wird durch die absolute Anzahl der Betroffenen bestimmt.

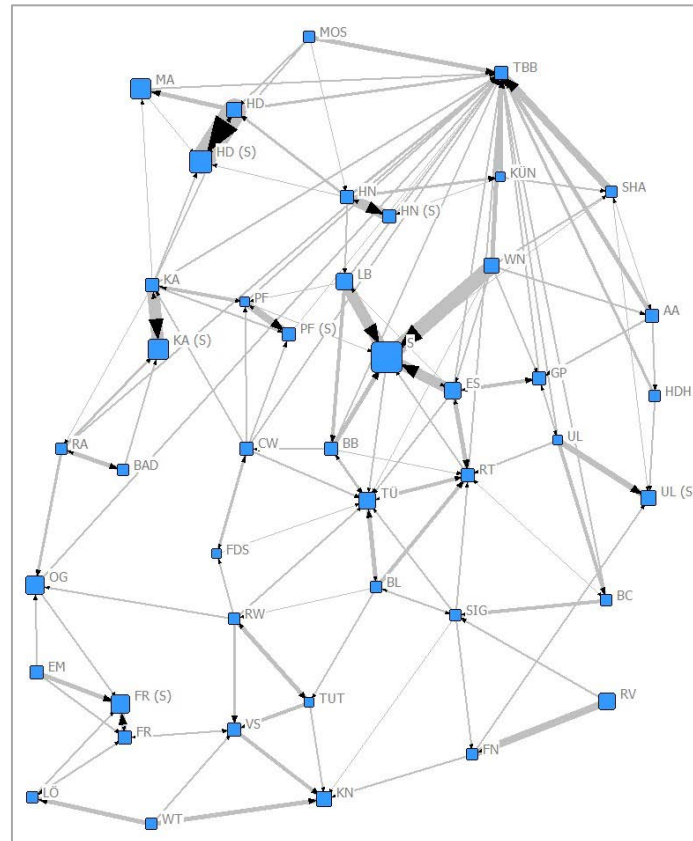


Abbildung 88: Krankenhausfälle bei Hauptdiagnose Diabetes mellitus Typ 2 bei Entlassung nach Wohn- und Behandlungsort im Jahr 2013 in den Landkreisen und kreisfr. Städten in Baden-Württemberg. [Eigene Berechnung auf Basis von Abrechnungsdaten der AOK Baden-Württemberg, unadjustiert]

Inanspruchnahme im Basisjahr 2013 und zukünftig

Eine weitere zentrale Frage sind mögliche Folgen der demografischen Entwicklung auf die Inanspruchnahme von Versorgungsangeboten für Menschen mit Diabetes mellitus Typ 2. Hierzu wurde auf Basis von Sozialdaten der AOK-BW die Inanspruchnahme von AkteurInnen der Versorgung analysiert. Fokussiert wurden hausärztliche Leistungen, fachärztliche Leistungen (Fachärzte für Innere Medizin/Diabetologie und Fachärzte für Augenheilkunde) und stationäre Aufenthalte.

Die beobachteten alters- und geschlechtsspezifischen Inanspruchnahmeraten aus den Sozialdaten wurden sowohl auf die Wohnbevölkerung im Jahr 2013 als auch auf die vorausberechnete Wohnbevölkerung im Jahr 2023 in den Landkreisen und kreisfreien Städten Baden-Württembergs übertragen. Basis dieser Berechnung sind die Bevölkerungsfortschreibung und Bevölkerungsvorausberechnung des Statistischen Landesamtes Baden-Württemberg. Die Ergebnisse dieser Analysen sind in den nachfolgenden vier Abbildungen dargestellt.

Als Betroffener mit der Diagnose Diabetes mellitus Typ 2 können je nach Ursache und Schweregrad der Erkrankung verschiedene Gesundheitsleistungen, insbesondere die beteiligte Facharztgruppe und die Notwendigkeit eines stationären Aufenthaltes eine unterschiedliche Rolle spielen. Ein besonderes Augenmerk liegt in der Analyse auf der Prävention, Früherkennung und der Versorgung von Komplikationen bei Betroffenen mit der Diagnose Diabetes mellitus Typ 2, sodass insbesondere die Inanspruchnahme von Fachärzten für Innere Medizin/Diabetologie und Fachärzten für Augenheilkunde ausgewertet wurde.

Ergebnisse

Die Analyse der Häufigkeit verschiedener Schnittstellen kann dabei eine Abschätzung des Koordinationsbedarfs zwischen verschiedenen Sektoren oder Versorgungsbereichen geben.

Anhand von Sozialdaten der AOK Baden-Württemberg wurde für Versicherte mit der Diagnose Diabetes mellitus Typ 2 und wohnhaft in Baden-Württemberg ausgewertet, welche Leistungen diese innerhalb des Jahres 2013 in Anspruch genommen haben.

Abbildung 89 zeigt die Inanspruchnahme hausärztlicher Leistungen von Menschen mit der Diagnose Diabetes mellitus Typ 2 im Jahr 2013 und 2023 und entsprechend deren prozentuale Veränderung bezogen auf den jeweiligen Kreis in Baden-Württemberg. Insgesamt haben in Baden-Württemberg Menschen mit Diabetes mellitus Typ 2 zu 99,1% die Leistung eines Hausarztes in Anspruch genommen. Die höchste absolute Inanspruchnahme eines Hausarztes von Menschen mit Diabetes mellitus Typ 2 lag im Jahr 2013 mit 48.355 im Kreis Stuttgart, gefolgt von 43.524 im Landkreis Karlsruhe. Die niedrigste Inanspruchnahme lag mit 5.303 in der kreisfreien Stadt Baden-Baden. Bezogen auf die Schätzung für das Jahr 2023 sind im Landkreis Heilbronn mit 18,7% die höchste Zunahme zu erwarten, die niedrigsten Zunahmen einer prognostizierten Inanspruchnahme zeigen sich mit 8,4% im Kreis Baden-Baden.

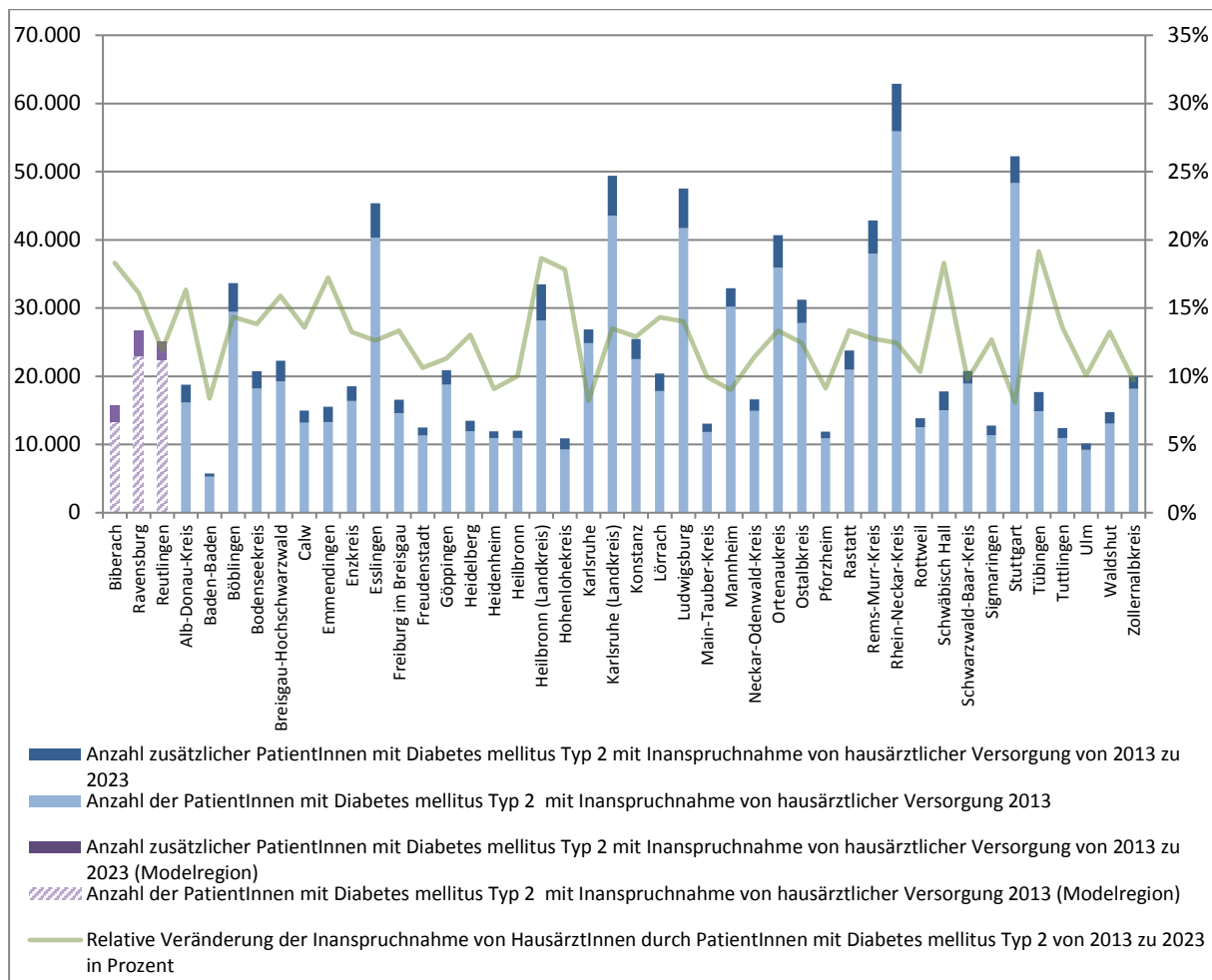


Abbildung 89: Inanspruchnahme von hausärztlicher Leistungen durch Diabetes mellitus Typ 2-PatientInnen (2013 und projiziert 2023) und relative Veränderung in Prozent. [Eigene Darstellung auf Basis von adjustierte Abrechnungsdaten der AOK Baden-Württemberg, der Bevölkerungsfortschreibung (2013) und regionalisierten Bevölkerungsvorausrechnung (2023) des Statistischen Landesamtes Baden-Württemberg]

Abbildung 90 zeigt die Inanspruchnahme von medizinischer Leistung durch eine/n FachärztIn für Innere Medizin/Diabetologie. Berücksichtigt sind Menschen mit der Diagnose Diabetes mellitus Typ 2 im Jahr 2013 und 2023. Ebenfalls wird die entsprechende prozentuale Veränderung zwischen 2013 und 2023 bezogen auf den jeweiligen Kreis in Baden-Württemberg dargestellt. Insgesamt haben in Baden-Württemberg Menschen mit chronischem Kreuzschmerz zu 34% die Leistung der oben aufgeführten Facharztgruppe in Anspruch genommen. Die höchste absolute Inanspruchnahme eines Facharztes von Menschen mit Diabetes mellitus Typ 2 lag im Jahr 2013 mit 19.779 im Kreis Rhein-Neckar, gefolgt von 19.641 im Kreis Stuttgart. Die niedrigste Inanspruchnahme lag mit 1.749 im Kreis Baden-Baden. Bezogen auf die Schätzung für das Jahr 2023 ist im Kreis Tübingen mit 19,6% die höchste Zunahme zu erwarten, die niedrigste Zunahme einer prognostizierten Inanspruchnahme zeigt sich im Kreis Stuttgart mit 7,1%.

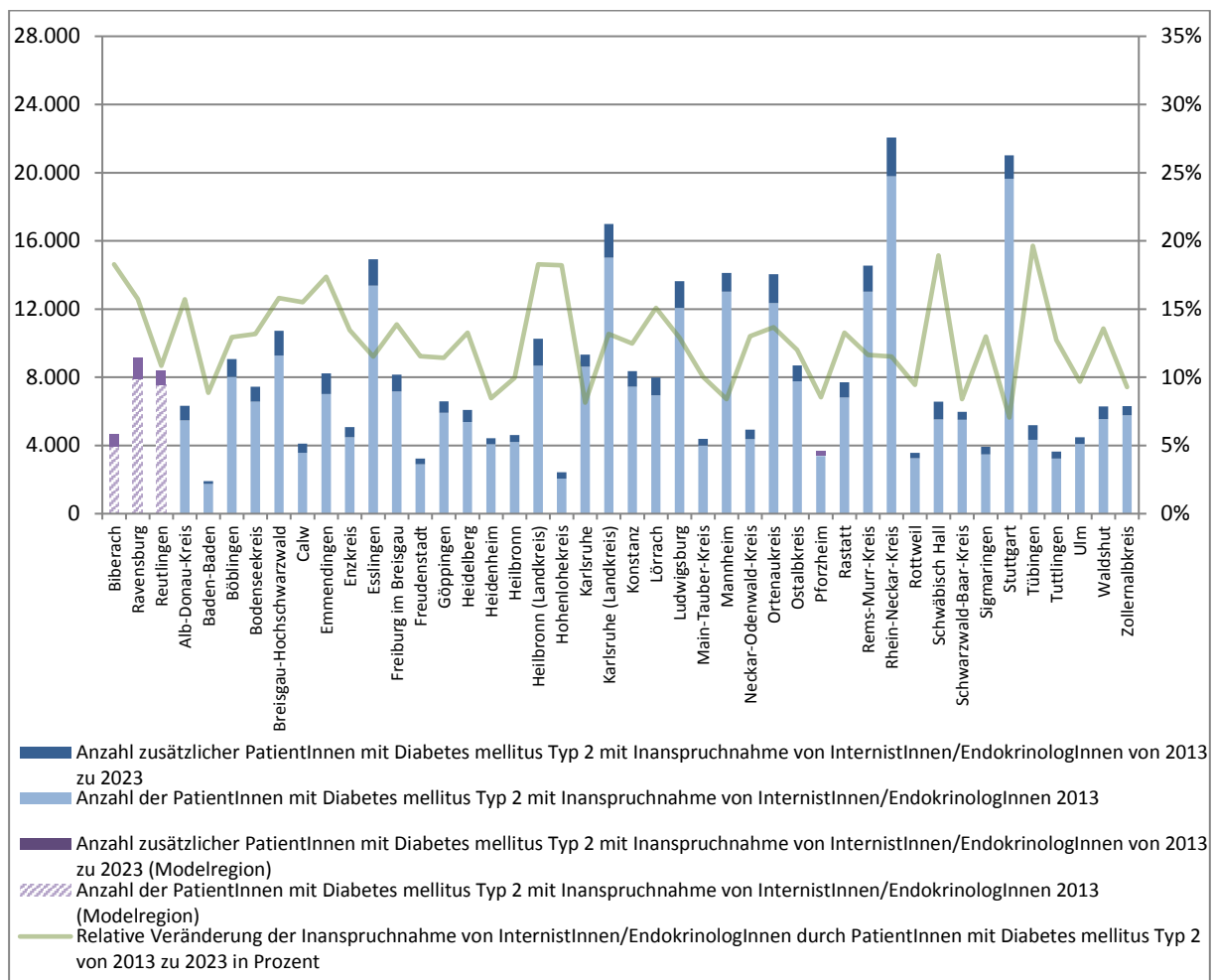


Abbildung 90: Inanspruchnahme von Leistungen von Fachärzten für Innere Medizin/Diabetologie durch Diabetes mellitus Typ 2-PatientInnen (2013 und projiziert 2023) und relative Veränderung in Prozent. [Eigene Darstellung auf Basis von adjustierte Abrechnungsdaten der AOK Baden-Württemberg, der Bevölkerungsfortschreibung (2013) und regionalisierten Bevölkerungsvorausrechnung (2023) des Statistischen Landesamtes Baden-Württemberg]

Abbildung 91 zeigt die Inanspruchnahme von medizinischer Leistung durch eine/n FachärztIn für Augenheilkunde. Berücksichtigt sind Menschen mit der Diagnose Diabetes mellitus Typ 2 im Jahr 2013 und 2023. Ebenfalls wird die entsprechende prozentuale Veränderung zwischen 2013 und 2023 bezogen auf den jeweiligen Kreis in Baden-Württemberg dargestellt. Insgesamt haben in Baden-

Württemberg Menschen mit chronischem Kreuzschmerz zu 51,2% die Leistung der oben aufgeführten Facharztgruppe in Anspruch genommen. Die höchste absolute Inanspruchnahme eines Facharztes von Menschen mit Diabetes mellitus Typ 2 lag im Jahr 2013 mit 26.827 im Kreis Rhein-Neckar, gefolgt von 24.468 im Kreis Stuttgart. Die niedrigste Inanspruchnahme lag mit 2.637 im Kreis Baden-Baden. Bezogen auf die Schätzung für das Jahr 2023 ist im Kreis Tübingen mit 19,2% die höchste Zunahme zu erwarten, die niedrigste Zunahme einer prognostizierten Inanspruchnahme zeigt sich im Kreis Stuttgart mit 6,9%.

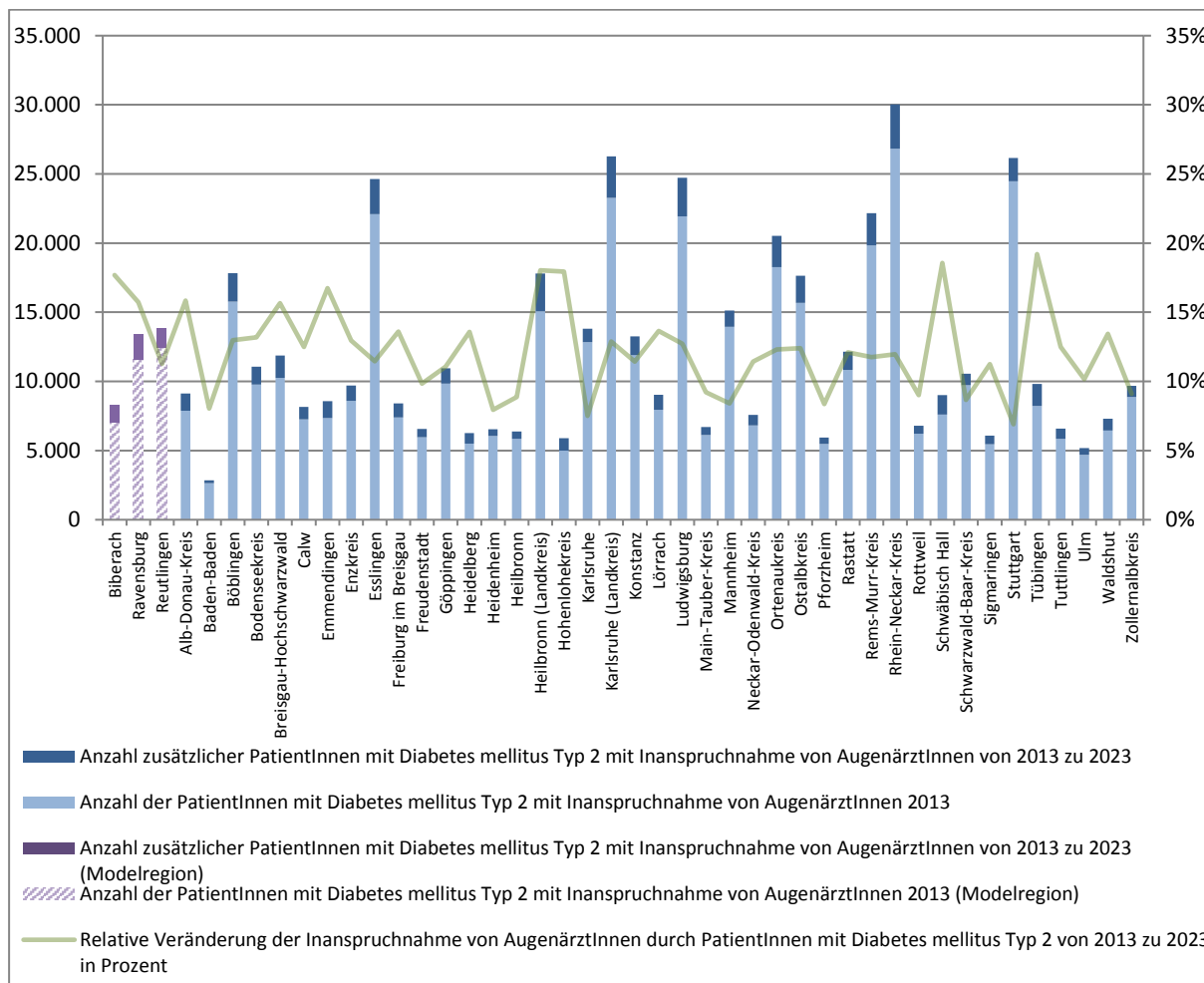


Abbildung 91: Inanspruchnahme von Leistungen von Fachärzten für Augenheilkunde durch Diabetes mellitus Typ 2-PatientInnen (2013 und projiziert 2023) und relative Veränderung in Prozent. [Eigene Darstellung auf Basis von adjustierte Abrechnungsdaten der AOK Baden-Württemberg, der Bevölkerungsfortschreibung (2013) und regionalisierten Bevölkerungsvorausrechnung (2023) des Statistischen Landesamtes Baden-Württemberg]

Abbildung 92 zeigt die Inanspruchnahme von Krankenhausaufhalten im Jahr 2013 und prognostiziert für das Jahr 2023. Insgesamt wurde in Baden-Württemberg bei Menschen mit Diabetes mellitus zu 1,7% ein stationärer Krankenhausaufenthalt in Anspruch genommen. Die höchste absolute Inanspruchnahme lag im Jahr 2013 mit 1.224 im Kreis Stuttgart, gefolgt von 970 im Kreis Rhein-Neckar. Die niedrigste Inanspruchnahme lag mit 103 im Kreis Freudenstadt. Bezogen auf die Schätzung für das Jahr 2023 ist im Landkreis Biberach mit 22,9% die höchste Zunahme zu erwarten, die niedrigste Zunahme einer prognostizierten Inanspruchnahme zeigt sich im Stadtkreis Heilbronn mit 10,5%.

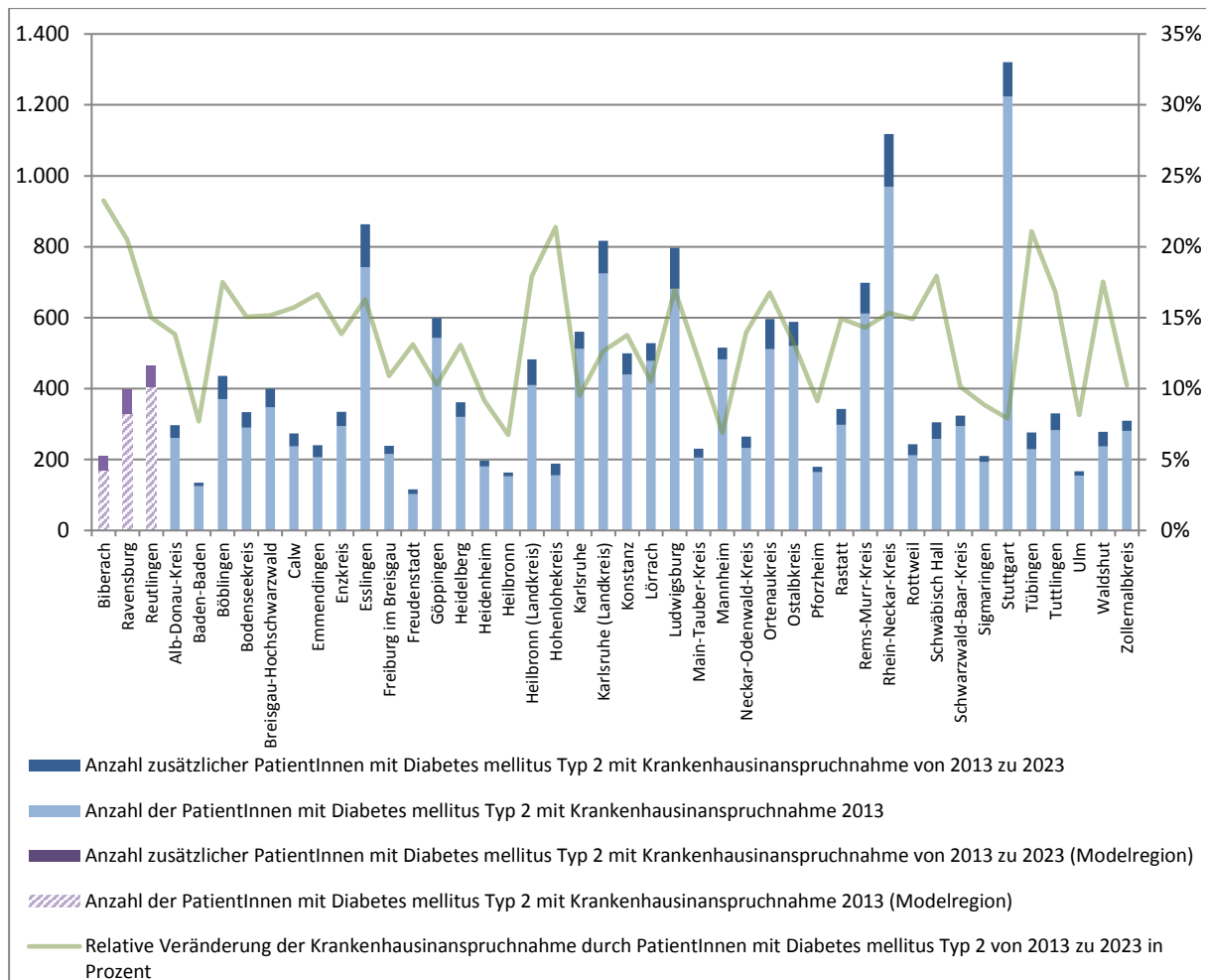


Abbildung 92: Inanspruchnahme von Krankenhausaufenthalten durch Patienten mit Diabetes mellitus Typ 2 (2013 und projiziert 2023) und relative Veränderung in Prozent. [Eigene Darstellung auf Basis von adjustierte Abrechnungsdaten der AOK Baden-Württemberg, der Bevölkerungfortschreibung (2013) und regionalisierten Bevölkerungsvorausrechnung (2023) des Statistischen Landesamtes Baden-Württemberg]

3.1.9. Schlaganfall

Prävalenz im Basisjahr 2013 und 2023

Abbildung 93 zeigt die Häufigkeit der Diagnose Schlaganfall unter den Versicherten der AOK Baden-Württemberg nach Alter und Geschlecht im Jahr 2013 für Baden-Württemberg und die Modellregion. Mit Blick auf die Verteilungen in Baden-Württemberg insgesamt ergibt sich zum einen eine Zunahme des Risikos einer Schlaganfalldiagnose mit ansteigendem Alter. Während die administrative Prävalenz in der Gruppe der 50-Jährigen circa 0,6% (Männer) bzw. 0,4% (Frauen) beträgt, ist sie bei der Gruppe der 89-Jährigen Männer mit dem höchsten Betroffenenanteil unter allen separat betrachteten Altersjahren der Männer und Frauen von rund 8,3% um mehr als das zehnfache höher. Bei den Frauen ist die Gruppe der 88-Jährigen am häufigsten betroffen mit rund 6,6%, ebenfalls mehr als das zehnfache im Vergleich zur Gruppe der 50-jährigen Frauen. Insgesamt sind Männer häufiger betroffen als Frauen. Der Unterschied wird in höheren Altersgruppen größer und erreicht sein Maximum in der Altersgruppe der 82-Jährigen, in der Männer fast doppelt so häufig betroffen sind wie Frauen. In der Modellregion steigt das Risiko einer Schlaganfalldiagnose ebenfalls mit dem Alter an, die Schwankungen fallen hier aber größer aus, insbesondere in den höheren Altersgruppen, was vor allem durch niedri-

Ergebnisse

gere Fallzahlen auf dieser regionalen Ebene erklären lässt. Insgesamt betrachtet sind auch hier insgesamt Männer häufiger betroffen als Frauen.

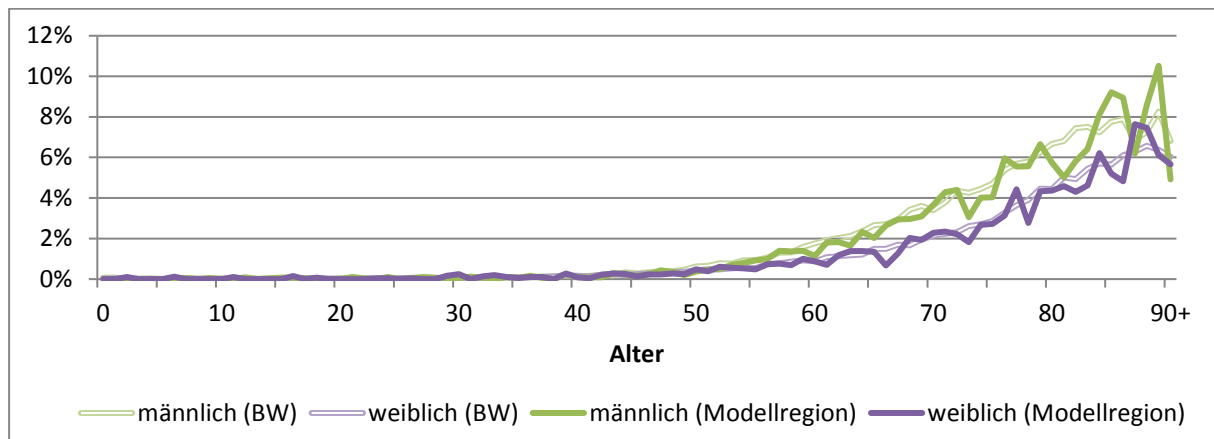


Abbildung 93: Administrative Prävalenz von Schlaganfall nach Alter und Geschlecht in Baden-Württemberg und der Modellregion im Jahr 2013. [Eigene Berechnung auf Basis von Abrechnungsdaten der AOK Baden-Württemberg, adjustiert]

In Tabelle 26 sind die häufigsten drei Begleiterkrankungen der Versicherten mit Schlaganfall-Diagnose in Baden-Württemberg im Jahr 2013 dargestellt. Dabei können die dargestellten Begleitdiagnosen zum einem als gesicherte Diagnose aus der ambulanten ärztlichen Versorgung stammen, die in mindestens zwei Quartalen des Beobachtungsjahres auftraten oder aus der stationären Versorgung als Hauptdiagnose bei Entlassung. Häufigste Begleitdiagnose ist demzufolge die Hypertonie, die bei rund 76% der Schlaganfall-PatientInnen prävalent ist.

Tabelle 26: Die drei häufigsten Begleitdiagnosen bei Versicherten mit Schlaganfall-Diagnose im Jahr 2013 in Baden-Württemberg. [Eigene Berechnung auf Basis von Abrechnungsdaten der AOK Baden-Württemberg, adjustiert]

ICD-10 Code	N	Prozent	ICD-10 Gruppenbezeichnung
I10 - I15	37.700	76,4	Hypertonie [Hochdruckkrankheit]
E70 - E90	25.324	51,3	Stoffwechselstörungen
M50 - M54	19.741	40,0	Sonstige Krankheiten der Wirbelsäule und des Rückens

Die Analyse nach Alter und Geschlecht adjustierter Raten auf Grundlage von Sozialdaten der AOK Baden-Württemberg ergibt für das Bundesland einen Anteil von rund 1,1% Schlaganfall-PatientInnen an der Bevölkerung. In der Modellregion lag dieser Anteil in einem ähnlichen Bereich mit 0,9% im Landkreis Biberach, 1,0% im Landkreis Ravensburg und 1,1% im Landkreis Reutlingen. Abbildung 94 zeigt den Anteil der administrativen Schlaganfall-Prävalenz im Jahr 2013 im regionalen Vergleich. Hiernach ergibt sich der niedrigste Betroffenenanteil im Landkreis Tübingen mit 0,8%, der höchste in der kreisfreien Stadt Pforzheim mit rund 1,4%.

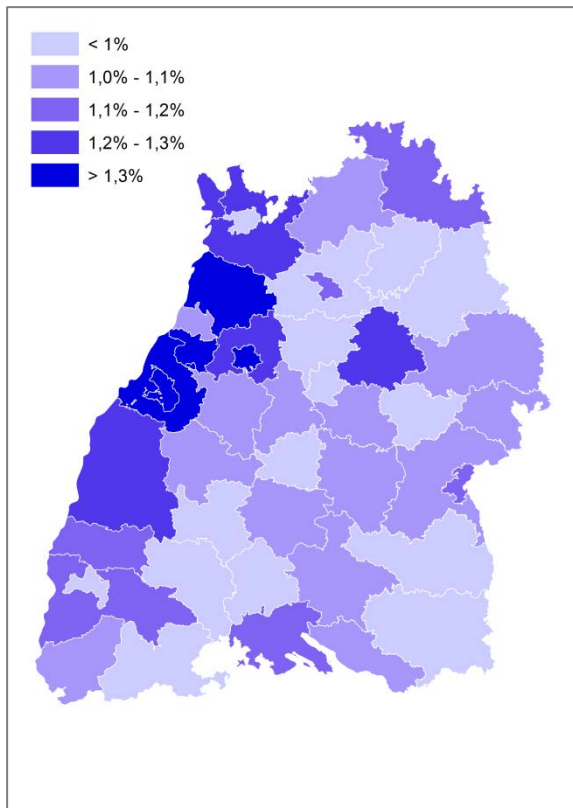


Abbildung 94: Administrative Prävalenz von Schlaganfall im Jahr 2013, adjustiert nach Alter und Geschlecht der Wohnbevölkerung im Kreis, angegeben in Prozent. [Eigene Berechnung auf Basis von Abrechnungsdaten der AOK Baden-Württemberg, adjustiert]

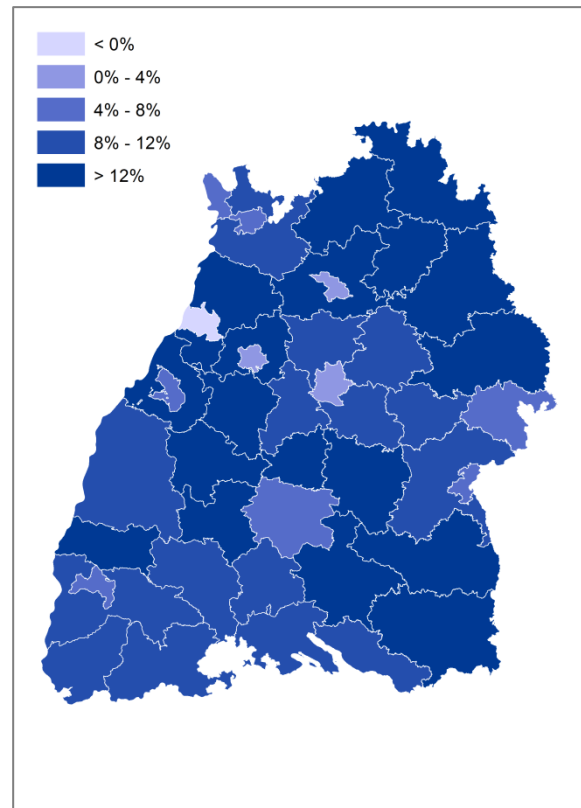


Abbildung 95: Relative Veränderung der administrativen Prävalenz von Schlaganfall von 2013 zu projiziert 2023 in Prozent. [Eigene Berechnung auf Basis von Abrechnungsdaten der AOK Baden-Württemberg, adjustiert und regionalisierten Bevölkerungsvorausrechnung (2023) des Statistischen Landesamtes Baden-Württemberg]

Projiziert man die im Jahr 2013 beobachteten Häufigkeiten auf die Bevölkerung im Jahr 2023 auf Grundlage der Bevölkerungsvorausberechnung des Statistischen Landesamtes Baden-Württemberg, ergeben sich die in Abbildung 83 dargestellten relativen Änderungsraten. In Baden-Württemberg ergibt sich eine relative Zunahme der administrativen Prävalenz von 10%. Der niedrigste Veränderungswert ergibt sich für die kreisfreie Stadt Karlsruhe. Hier ergibt sich eine nahezu gleichbleibende Zahl der Betroffenen. Im Landkreis Freudenstadt ergibt sich mit rund 17% die höchste relative Zunahme der Betroffenen. In den Landkreisen der Modellregion ist die erwartete relative Veränderung der Betroffenenanzahl nahezu identisch mit 13% in den Landkreisen Biberach und Ravensburg und 12% im Landkreis Reutlingen.

Intersektorale Inanspruchnahme

Auf Grundlage von Abrechnungsdaten der AOK-BW wurde für AOK-Versicherte mit Schlaganfall-Diagnose geschaut, welche verschiedenen Leistungen diese innerhalb eines Jahres in Anspruch genommen haben. Betroffene bilden dabei die Schnittstelle zwischen verschiedenen Sektoren, die im Idealfall aufeinander abgestimmt sind. Die Analyse der Häufigkeit verschiedener Schnittstellen kann dabei eine Abschätzung des Koordinationsbedarfs zwischen verschiedenen Sektoren oder Versorgungsbereichen geben. Für Betroffene mit Schlaganfall wurden hierbei sechs verschiedene Versorgungsbereiche oder Sektoren fokussiert: hausärztliche Leistungen, ambulante fachärztliche Leistungen der Fachbereiche Neurologie/Nervenheilkunde, die Versorgung im Krankenhaus, stationäre me-

Ergebnisse

dizinische Rehabilitation, Pflege im häuslichen Kontext/Tages- und Nachtpflege im Rahmen des SGB XI sowie vollstationäre Dauerpflege. Die Ergebnisse sind in Tabelle 27 dargestellt.

Tabelle 27: Intersektorale Schnittstellen bei AOK-Versicherten mit Schlaganfall im Jahr 2013 in Baden-Württemberg und der Modellregion. [Eigene Berechnung auf Basis von Abrechnungsdaten der AOK Baden-Württemberg, unadjustiert]

Anzahl AOK-Versicherte mit Schlaganfall	Modellregion (n=3.578)		BW (n=49.323)							
	n	%	n	%	HA	FA	KH	Reha	PF(a)	PF(s)
Nur HA	1.293	36,1	15.393	31,2	X					
HA und PF(a)	568	15,9	6.865	13,9	X				X	
HA und FA	338	9,4	7.119	14,4	X	X				
HA und KH	282	7,9	3.805	7,7	X		X			
HA, KH und Reha	246	6,9	2.951	6,0	X		X	X		
HA und PF(s)	155	4,3	1.565	3,2	X					X
HA, KH und PF(a)	147	4,1	1.862	3,8	X		X		X	
HA, KH, Reha und PF(a)	144	4,0	1.640	3,3	X		X	X	X	
HA, FA und PF(a)	124	3,5	2.746	5,6	X	X			X	
HA, FA, KH und Reha	65	1,8	1.141	2,3	X	X	X	X		
HA, FA und KH	55	1,5	1.032	2,1	X	X	X			
HA, KH und PF(s)	39	1,1	39	0,1	X		X			X
HA, FA, KH, Reha und PF(a)	30	0,8	524	1,1	X	X	X	X	X	
HA, FA und PF(s)	15	0,4	1.033	2,1	X	X				X
HA, FA, KH und PF(a)	14	0,4	419	0,8	X	X	X		X	

Eingeordnet	3.515	98,2	48.134	97,6
Nicht eingeordnet	63	1,8	1.189	2,4

Abkürzungen: Hausärztliche Leistungen (HA), ambulante fachärztliche Leistungen der Fachbereiche Neurologie/Nervenheilkunde (FA), Krankenhaus (KH), stationäre medizinische Rehabilitation (Reha), ambulante und/oder teilstationäre Pflegeleistungen (PF(a)), vollstationäre Dauerpflege (PF(s)).

Die verschiedenen betrachteten Schnittstellen wurden nach ihrer Häufigkeit in der Modellregion sortiert beginnend mit der häufigsten Inanspruchnahme. Für Baden-Württemberg ergibt sich dabei eine ähnliche Reihenfolge. Ungefähr zwei Drittel der Versicherten nahmen im Jahr 2013 mindestens zwei Versorgungsbereiche in Anspruch. Rund 36% in der Modellregion und 31% in Baden-Württemberg nahmen nur hausärztliche Leistungen in Anspruch. Innerhalb der Modellregion trat die Kombination der Bereiche hausärztlicher Leistungen und Pflege im häuslichen Kontext bzw. teilstationäre Pflege im Rahmen des SGB XI mit rund 16% am häufigsten auf bei Schlaganfall-PatientInnen aus der Modellregion auf und rund 14% in Baden-Württemberg. In Baden-Württemberg war die Kombination hausärztlicher und ambulanter fachärztlicher Leistungen am häufigsten.

Interregionale Inanspruchnahme

Abbildung 96 zeigt das Ergebnis der Analyse des Ortes der Inanspruchnahme (blaue Quadrate) von Krankenhausleistungen durch Versicherte mit Schlaganfall-Diagnose auf Ebene der Landkreise und kreisfreien Städte in Baden-Württemberg im Jahr 2013.

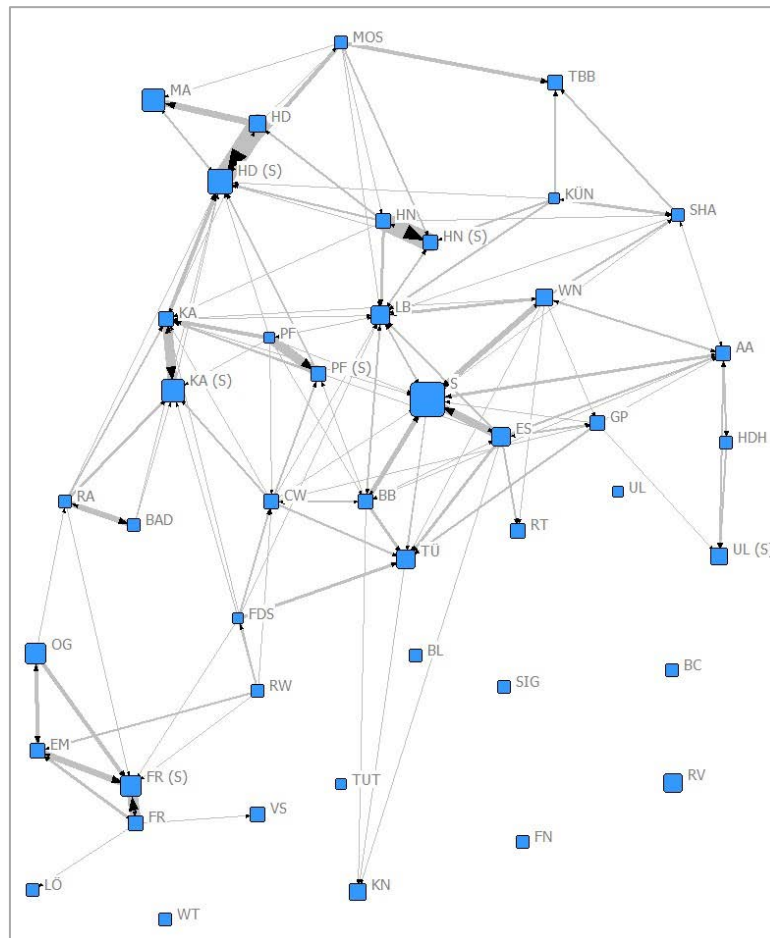


Abbildung 96: Krankenhausfälle bei Hauptdiagnose Schlaganfall bei Entlassung nach Wohn- und Behandlungsort im Jahr 2013 in den Landkreisen und kreisfr. Städten in Baden-Württemberg. [Eigene Berechnung auf Basis von Abrechnungsdaten der AOK Baden-Württemberg, unadjustiert]

Die Größe der blauen Quadrate richtet sich nach der Bettenzahl in Krankenhäusern im jeweiligen Kreis, je mehr Betten desto größer wird ein Landkreis bzw. kreisfreie Stadt dargestellt. Die Pfeile zeigen auf den Ort, in dem die Leistung in Anspruch genommen wurde. Je dicker dieser Pfeil dargestellt ist, desto mehr Wanderung fand für die Leistungsanspruchnahme statt. Die Kürzel in der Abbildung entsprechen den Kfz-Kennzeichen der Kreise. Sofern ein Landkreis und eine kreisfreie Stadt ein gemeinsames Kfz-Kennzeichen besitzen, wurde die kreisfreie Stadt mit einem (S) gekennzeichnet. Untersucht wurden 14.823 Krankenhausfälle aufgrund eines Schlaganfalls unter den AOK-Versicherten. Bei diesen fand bei rund 66% die Krankenhausversorgung im eigenen Wohnort bzw. Kreis statt. Bei weiteren 29% der Krankenhausfälle erfolgte die stationäre Schlaganfallbehandlung in einem anderen baden-württembergischen Kreis als dem Wohnort. In rund 5% der Fälle erfolgte die Krankenhausbehandlung außerhalb von Baden-Württemberg.

Inanspruchnahme im Basisjahr 2013 und zukünftig

Bei Auftreten eines Schlaganfalls erfolgt die Erstbehandlung in der Regel in einem Krankenhaus. Zu diesem Versorgungsbereich wird in Baden-Württemberg im Rahmen der Externen Stationären Qualitätssicherung nach §112 SGB V eine Gesamtstatistik erstellt. Die nachfolgenden Tabellen enthalten zu ausgewählten Indikatoren der Gesamtstatistik die Ausprägungen in den drei Landkreisen der Modellregion und das Ergebnis für Baden-Württemberg insgesamt.

Ergebnisse

Tabelle 28: Gesamtstatistik zur externen stationären Qualitätssicherung nach §112 SGB V zur Schlaganfallversorgung in Baden-Württemberg und der Modellregion im Jahr 2013 – Einweisung/Verlegung und geschätzter Rankin-Scale vor Insult. [Auswertung der Geschäftsstelle Qualitätssicherung im Krankenhaus bei der Baden-Württembergischen Krankenhausgesellschaft e.V. (GeQiK)]

	Biberach		Ravensburg		Reutlingen		Baden-Württemberg	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Einweisung / Verlegung veranlasst durch:								
Selbst	27	5,5	158	16,4	203	24,1	6711	17,8
Notarzt	346	70,8	385	40,0	186	22,0	10.827	28,7
Sanitäter	18	3,7	85	8,8	217	25,7	7.707	20,4
Andere Klinik	7	1,4	157	16,3	32	3,8	3.725	9,9
Hausarzt	88	18,0	153	15,9	197	23,3	7.851	20,8
Sonstiges	3	0,6	25	2,6	9	1,1	62	2,5
<i>Gesamt</i>	<i>489</i>	<i>100,0</i>	<i>963</i>	<i>100,0</i>	<i>844</i>	<i>100,0</i>	<i>36.883</i>	<i>100,0</i>
Rankin-Scale vor Insult (geschätzt)								
Keine Symptome	258	52,8	708	73,5	565	66,9	25.662	67,9
Keine wesentlichen Funktionseinschränkungen trotz Symptomen	103	21,1	73	7,6	83	9,8	4.649	12,3
Geringgradige Behinderung	71	14,5	104	10,8	88	10,4	3.597	9,5
Mäßiggradige Behinderung	40	8,2	53	5,5	62	7,3	2.536	6,7
Mittelschwere/schwere Behinderung	17	3,5	25	2,6	46	5,5	1.332	3,6
<i>Gesamt</i>	<i>489</i>	<i>100,0</i>	<i>963</i>	<i>100,0</i>	<i>844</i>	<i>100,0</i>	<i>37.776</i>	<i>100,0</i>

Ergebnisse

Tabelle 29: Gesamtstatistik zur externen stationären Qualitätssicherung nach §112 SGB V zur Schlaganfallversorgung in Baden-Württemberg und der Modellregion im Jahr 2013 – Entlassungsgrund, Weiterbehandlung, Beginn der Reha. [Auswertung der Geschäftsstelle Qualitätssicherung im Krankenhaus bei der Baden-Württembergischen Krankenhausgesellschaft e.V. (GeQiK)]

	Biberach		Ravensburg		Reutlingen		Baden-Württemberg	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Entlassungsgrund								
in Rehabilitationseinrichtung	42	8,6	142	14,7	107	12,7	5.122	13,6
in Pflegeeinrichtung	67	13,7	54	5,6	40	4,7	2.347	6,2
<i>Gesamt</i>	<i>109</i>	<i>22,3</i>	<i>196</i>	<i>20,3</i>	<i>147</i>	<i>17,4</i>	<i>7.469</i>	<i>19,8</i>
Weiterbehandlung in Reha-Klinik / ambulanter Reha / Früh-Reha								
nein	271	67,9	599	81,2	376	62,0	19.860	73,2
ja	23	5,8	90	12,2	102	16,8	3.397	12,5
beantragt	82	20,6	26	3,5	83	13,7	2.813	10,4
Ablehnung durch Patient / Kostenträger / Früh-Reha durchgeführt	23	5,8	23	3,2	45	7,4	1.074	3,9
<i>Gesamt</i>	<i>399</i>	<i>100,0</i>	<i>738</i>	<i>100,0</i>	<i>606</i>	<i>100,0</i>	<i>27144</i>	<i>100,0</i>
Beginn der Reha								
sofort	4	17,4	16	17,8	16	15,7	661	31,8
innerhalb 3 Tage (nach Entlassung)	7	30,4	17	18,9	15	14,7	437	21,1
ab 4 Tage (nach Entlassung)	12	52,2	57	63,3	71	69,6	978	47,1
<i>Gesamt</i>	<i>23</i>	<i>100,0</i>	<i>90</i>	<i>100,0</i>	<i>102</i>	<i>100,0</i>	<i>2076</i>	<i>100,0</i>

Ergebnisse

Tabelle 30: Gesamtstatistik zur externen stationären Qualitätssicherung nach §112 SGB V zur Schlaganfallversorgung in Baden-Württemberg und der Modellregion im Jahr 2013 – Funktionseinschränkung bei Entlassung, Verweildauer, Barthel-Index bei Entlassung. [Auswertung der Geschäftsstelle Qualitätssicherung im Krankenhaus bei der Baden-Württembergischen Krankenhausgesellschaft e.V. (GeQiK)]

	Biberach		Ravensburg		Reutlingen		Baden-Württemberg	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Funktionseinschränkung (Rankin-Scale) bei Entlassung								
keine Sympt.	111	25,2	346	39,3	199	28,6	11.100	34,5
keine wesentl.	105	23,8	117	13,3	143	20,5	6.355	19,8
gering gradig	105	23,8	226	25,7	137	19,7	5.929	18,4
mäßig gradig	69	15,6	130	14,8	113	16,2	4.475	13,9
mittel schwer	34	7,7	38	4,3	58	8,3	2.626	8,2
schwer	17	3,9	23	2,6	47	6,7	1.663	5,2
<i>Gesamt</i>	<i>441</i>	<i>100,0</i>	<i>880</i>	<i>100,0</i>	<i>697</i>	<i>100,0</i>	<i>32.148</i>	<i>100,0</i>
Verweildauer (N, Wert)	489	8,1	963	9,4	844	8,8	37.776	8,3
Barthel-Index bei Entlassung								
k. A.	100	21,9	359	39,2	297	39,8	6.584	19,1
< 30	75	16,5	77	8,4	68	9,1	4.352	12,6
30 - 70	99	21,7	120	13,1	134	18,0	5.972	17,3
> 70	182	39,9	360	39,3	247	33,1	17.514	50,9
<i>Gesamt</i>	<i>456</i>	<i>100,0</i>	<i>916</i>	<i>100,0</i>	<i>746</i>	<i>100,0</i>	<i>34.422</i>	<i>100,0</i>
Barthel-Index bei Entlassung (N, Wert)	356	64,0	557	74,3	449	68,5	27.838	72,7

Eine weitere zentrale Frage, der im Modellprojekt nachgegangen wurde, sind mögliche Folgen der demografischen Entwicklung auf die Inanspruchnahme von Versorgungsangeboten für Menschen mit Schlaganfall. Hierzu wurde auf Basis von Sozialdaten der AOK-BW die Inanspruchnahme von Akteuren der Versorgung des spezifischen Bedarfs für das Basisjahr 2013 betrachtet. Fokussiert wurden hausärztliche Leistungen, ambulante fachärztliche Leistungen der Fachgruppen Neurologie/Nervenheilkunde, die Verordnung von Heil- und Hilfsmitteln, die Versorgung im Krankenhaus, stationäre medizinische Rehabilitation, Pflege nach SGB XI im häuslichen Kontext bzw. teilstationäre Pflege (Tages- und Nachtpflege) sowie der Bereich der vollstationären Dauerpflege. Die beobachteten alters- und geschlechtsspezifischen Inanspruchnahmeraten aus den Sozialdaten wurden sowohl auf die Wohnbevölkerung im Jahr 2013 als auch auf die vorausberechnete Wohnbevölkerung im Jahr 2023 in den Landkreisen und kreisfreien Städten Baden-Württembergs übertragen. Basis dieser Berechnung sind die Bevölkerungsfortschreibung und Bevölkerungsvorausberechnung des Statistischen Landesamtes Baden-Württemberg.

Ergebnisse

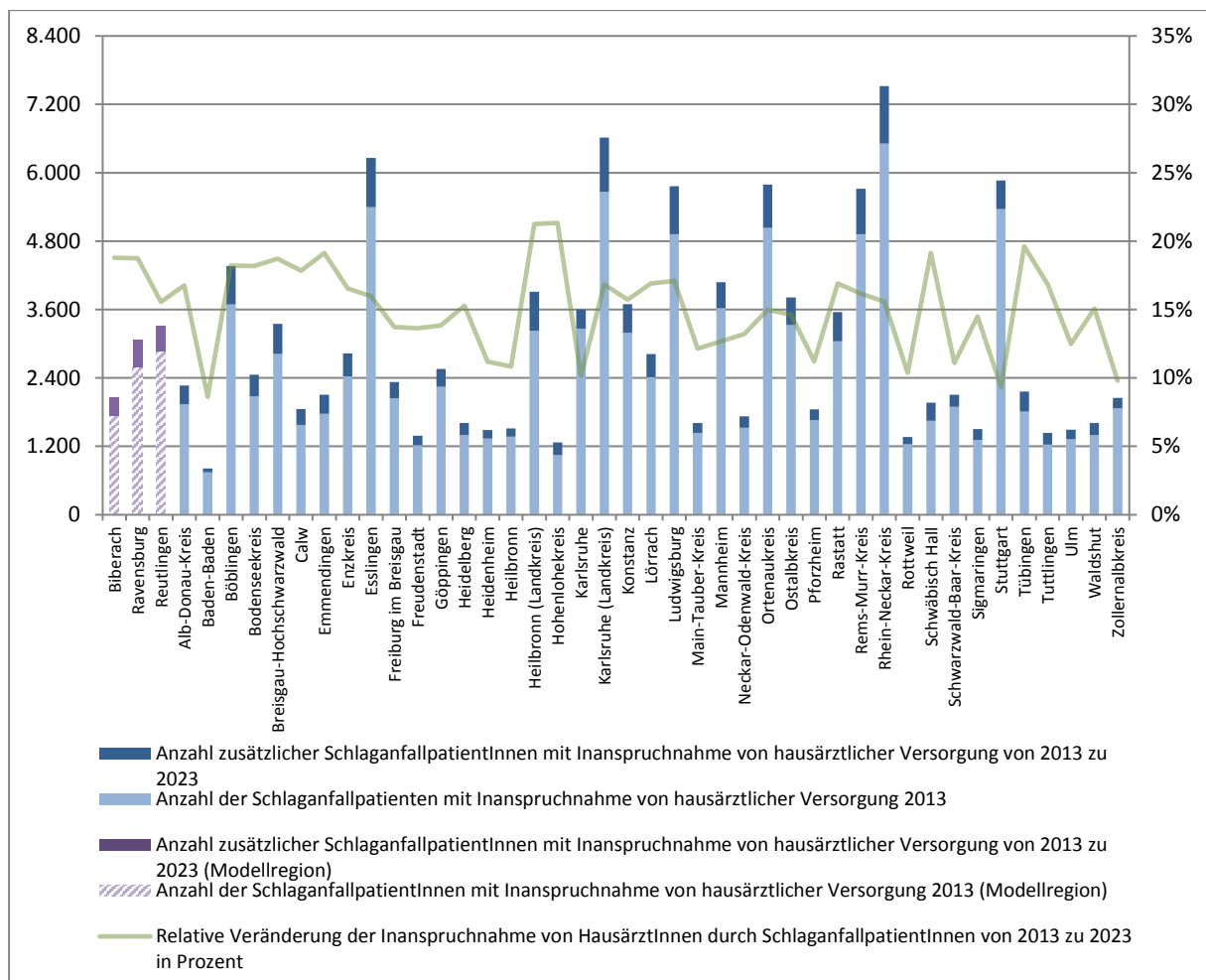


Abbildung 97: Inanspruchnahme hausärztlicher Leistungen durch Schlaganfall-PatientInnen (2013 und projiziert 2023) und relative Veränderung in Prozent. [Eigene Darstellung auf Basis von adjustierte Abrechnungsdaten der AOK Baden-Württemberg, der Bevölkerungsfortschreibung (2013) und regionalisierten Bevölkerungsvorausrechnung (2023) des Statistischen Landesamtes Baden-Württemberg]

Im Jahr 2013 lag die Inanspruchnahme hausärztlicher Leistungen in allen Landkreisen und kreisfreien Städten Baden-Württembergs bei nahezu 100%. Abbildung 97 zeigt die mögliche absolute und relative Veränderung dieser Inanspruchnahme aufgrund der veränderten Bevölkerungsstruktur zum Jahr 2023. Hiernach ergibt sich für alle Kreise eine Zunahme der Inanspruchnahme. In Baden-Württemberg insgesamt liegt die relative Zunahme bei rund 15%. Die niedrigste relative Zunahme ergibt sich für die kreisfreie Stadt Baden-Baden mit circa 7%, die größte relative Zunahme ist nach dieser Rechnung im Hohenlohekreis mit rund 21% zu erwarten. Die Zunahmerate ist innerhalb der Modellregion nahezu identisch mit zusätzlichen 19% in den Landkreisen Biberach und Ravensburg sowie rund 16% im Landkreis Reutlingen. Absolut ergäbe dies rund 1.260 zusätzliche Schlaganfall-PatientInnen innerhalb der Modellregion, die hausärztliche Leistungen in Anspruch nähmen.

Ergebnisse

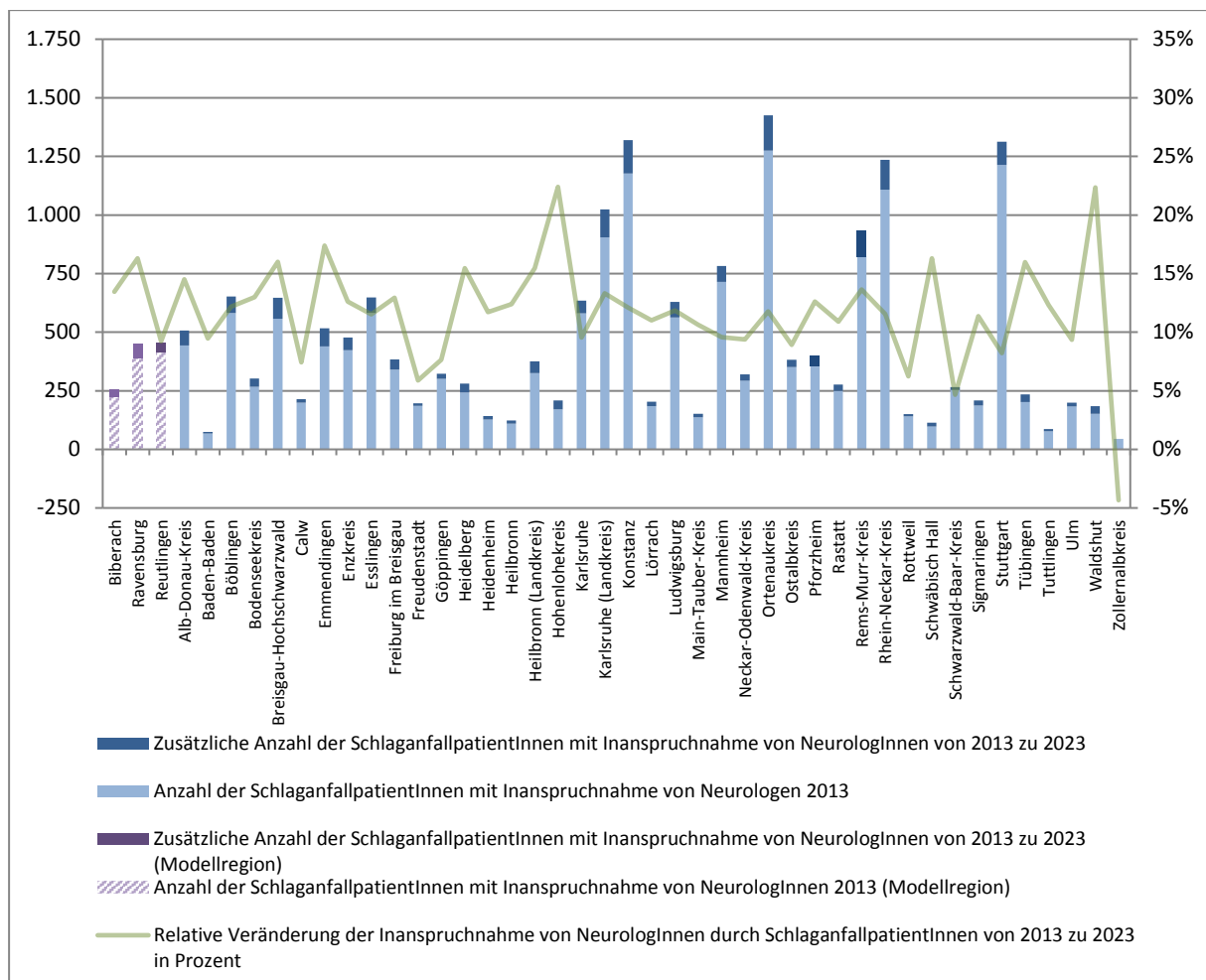


Abbildung 98: Inanspruchnahme von NervenärztInnen/NeurologInnen durch Schlaganfall-PatientInnen (2013 und projiziert 2023) und relative Veränderung in Prozent. [Eigene Darstellung auf Basis von adjustierte Abrechnungsdaten der AOK Baden-Württemberg, der Bevölkerungsfortschreibung (2013) und regionalisierten Bevölkerungsvorausrechnung (2023) des Statistischen Landesamtes Baden-Württemberg]

Ein anderes Bild ergibt sich für die Inanspruchnahme ambulanter fachärztlicher Leistungen der Fachgruppen Neurologie bzw. Nervenheilkunde. Diese Leistungen wurden im Jahr 2013 in Baden-Württemberg von geschätzten 16% der Schlaganfall-PatientInnen genutzt, wobei sich regionale deutliche Unterschiede ergaben. Am niedrigsten war die Inanspruchnahmerate ambulanter fachärztlicher Leistungen im Landkreis Zollernalbkreis mit rund 2%, am höchsten im Landkreis Konstanz mit 37%. Auch hier liegt der Anteil der Schlaganfall-PatientInnen, die Leistungen in diesem Bereich nutzten, mit geschätzten 13% im Landkreis Biberach, 15% im Landkreis Ravensburg und 14% im Landkreis Reutlingen nah beieinander. Projiziert man diese Inanspruchnahmeraten auf die Bevölkerung im Jahr 2023, führt dies zu den in Abbildung 98 dargestellten Ergebnissen. Hiernach ergeben sich für die Kreise in Baden-Württemberg andere Veränderungsdaten im Vergleich zur Inanspruchnahme hausärztlicher Leistungen. Dies ist darauf zurückzuführen, dass sich Schlaganfall-PatientInnen, die hausärztliche Leistungen in Anspruch nehmen, in der Altersstruktur verglichen mit Schlaganfall-PatientInnen, die ambulante fachärztliche Leistungen nutzen, unterscheiden. In Baden-Württemberg ergibt sich für letztere Leistungen eine relative Zunahme der Inanspruchnahme von 12%. Die Spannweite unter den Kreisen liegt zwischen einer geringen Abnahme von rund -4% im Landkreis Zollernalbkreis, für den bereits im Basisjahr 2013 die niedrigste Inanspruchnahme geschätzt wurde, und einer relativen Zu-

nahme von geschätzten 22% im Hohenlohekreis. In der Modellregion liegt die relative Zunahme bei 14% in Landkreis Biberach, 16% im Landkreis Ravensburg und 9% im Landkreis Reutlingen.

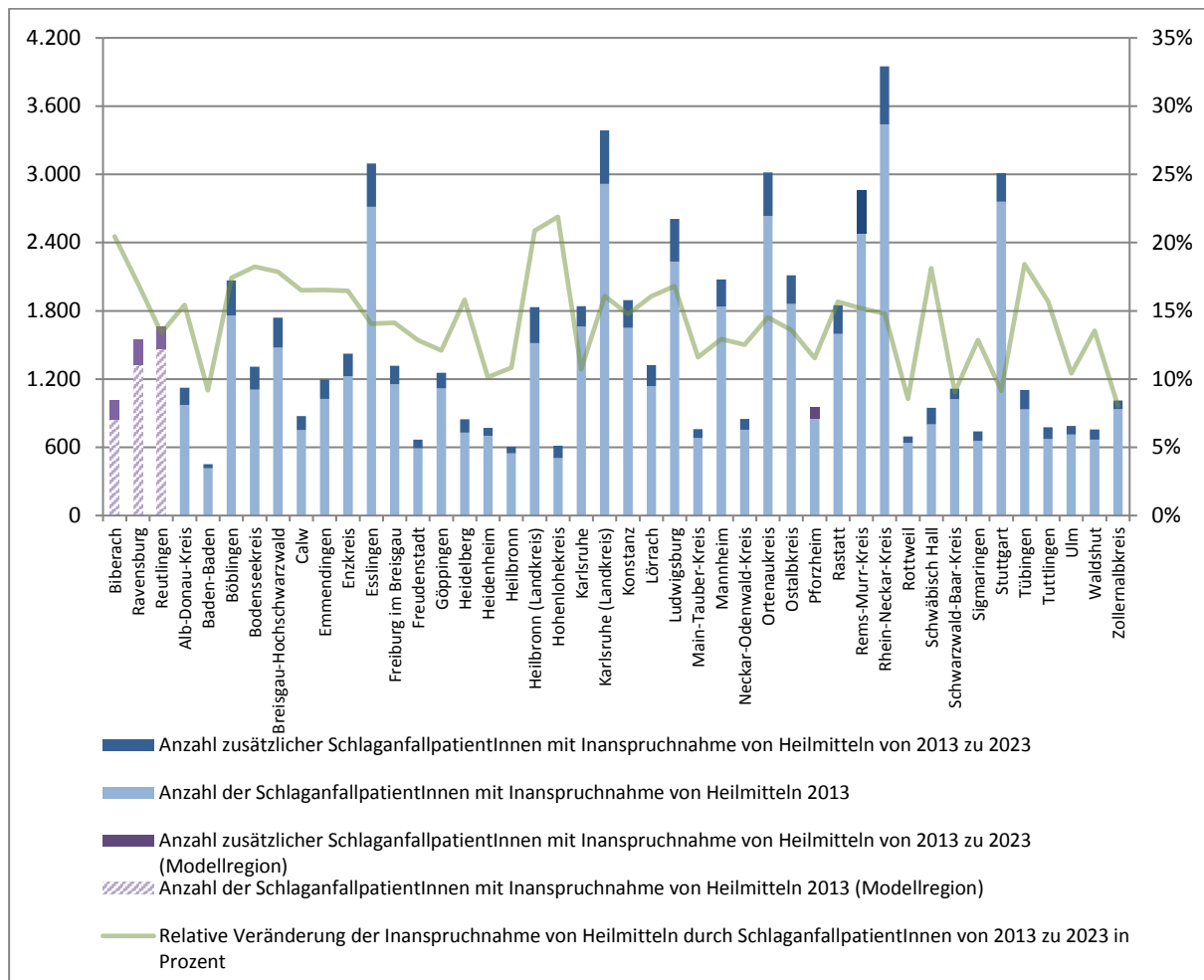


Abbildung 99: Inanspruchnahme von Heilmitteln durch Schlaganfall-PatientInnen (2013 und projiziert 2023) und relative Veränderung in Prozent. [Eigene Darstellung auf Basis von adjustierte Abrechnungsdaten der AOK Baden-Württemberg, der Bevölkerungsfortschreibung (2013) und regionalisierten Bevölkerungsvorausrechnung (2023) des Statistischen Landesamtes Baden-Württemberg]

Abbildung 99 zeigt die Ergebnisse für den Bereich der Heilmittel. Betrachtet wurden alle Heilmittel, die im Jahr 2013 von PatientInnen mit Schlaganfalldiagnose im gleichen Betrachtungszeitraum, genutzt wurden. In Baden-Württemberg nutzte hiernach im Jahr 2013 die Hälfte der Schlaganfall-PatientInnen Heilmittel. Am niedrigsten war dieser Anteil in der kreisfreien Stadt Heilbronn mit rund 40%, am höchsten im Landkreis Emmendingen mit rund 58%. In den drei Landkreisen der Modellregion lag der Anteil ebenfalls bei knapp der Hälfte der Betroffenen. Für das Jahr 2023 ergibt sich in allen Kreisen eine Zunahme der Inanspruchnahme. In Baden-Württemberg insgesamt ergibt sich eine relative Zunahme von rund 15%. Am niedrigsten fällt die Zunahme in der kreisfreien Stadt Baden-Baden aus mit rund zusätzlichen 9% von Schlaganfall-PatientInnen genutzten Heilmitteln, am höchsten im Hohenlohekreis mit zusätzlichen rund 22%. In der Modellregion liegt die relative Zunahme im Landkreis Biberach bei 9%, 17% im Landkreis Ravensburg und 13% im Landkreis Reutlingen.

Ergebnisse

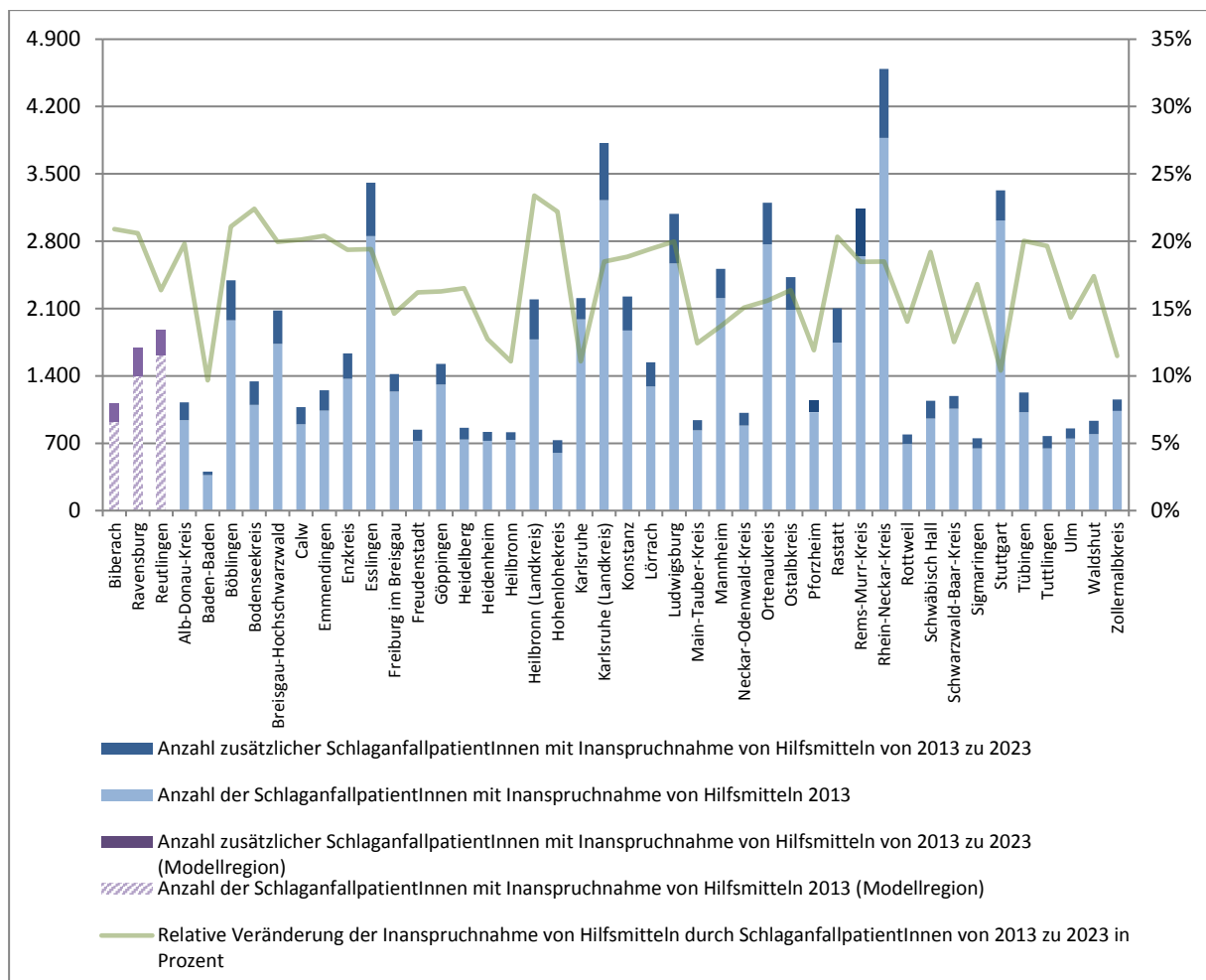


Abbildung 100: Inanspruchnahme von Hilfsmitteln durch Schlaganfall-PatientInnen (2013 und projiziert 2023) und relative Veränderung in Prozent. [Eigene Darstellung auf Basis von adjustierte Abrechnungsdaten der AOK Baden-Württemberg, der Bevölkerungsfortschreibung (2013) und regionalisierten Bevölkerungsvorausrechnung (2023) des Statistischen Landesamtes Baden-Württemberg]

Auch im Bereich der Hilfsmittel wurden all jene betrachtet, die im Jahr 2013 von PatientInnen mit Schlaganfalldiagnose im gleichen Betrachtungszeitraum genutzt wurden. Diese wurden in Baden-Württemberg im Jahr 2013 von schätzungsweise rund 56% der Schlaganfall-PatientInnen genutzt. Am wenigsten wurden diese von PatientInnen im Landkreis Alb-Donau-Kreis mit rund 48% genutzt, am häufigsten mit rund 62% im Landkreis Ostalbkreis. Innerhalb der Modellregion lag die Inanspruchnahme bei allen drei Landkreisen bei etwas mehr als 50%, wie in Baden-Württemberg insgesamt. Abbildung 100 zeigt die Inanspruchnahme vor und nach Projektion der Basisraten auf die Bevölkerungsstruktur im Jahr 2023. Die relativen Veränderungen fallen bei den Hilfsmitteln ähnlich aus wie bei den Heilmitteln.

Ergebnisse

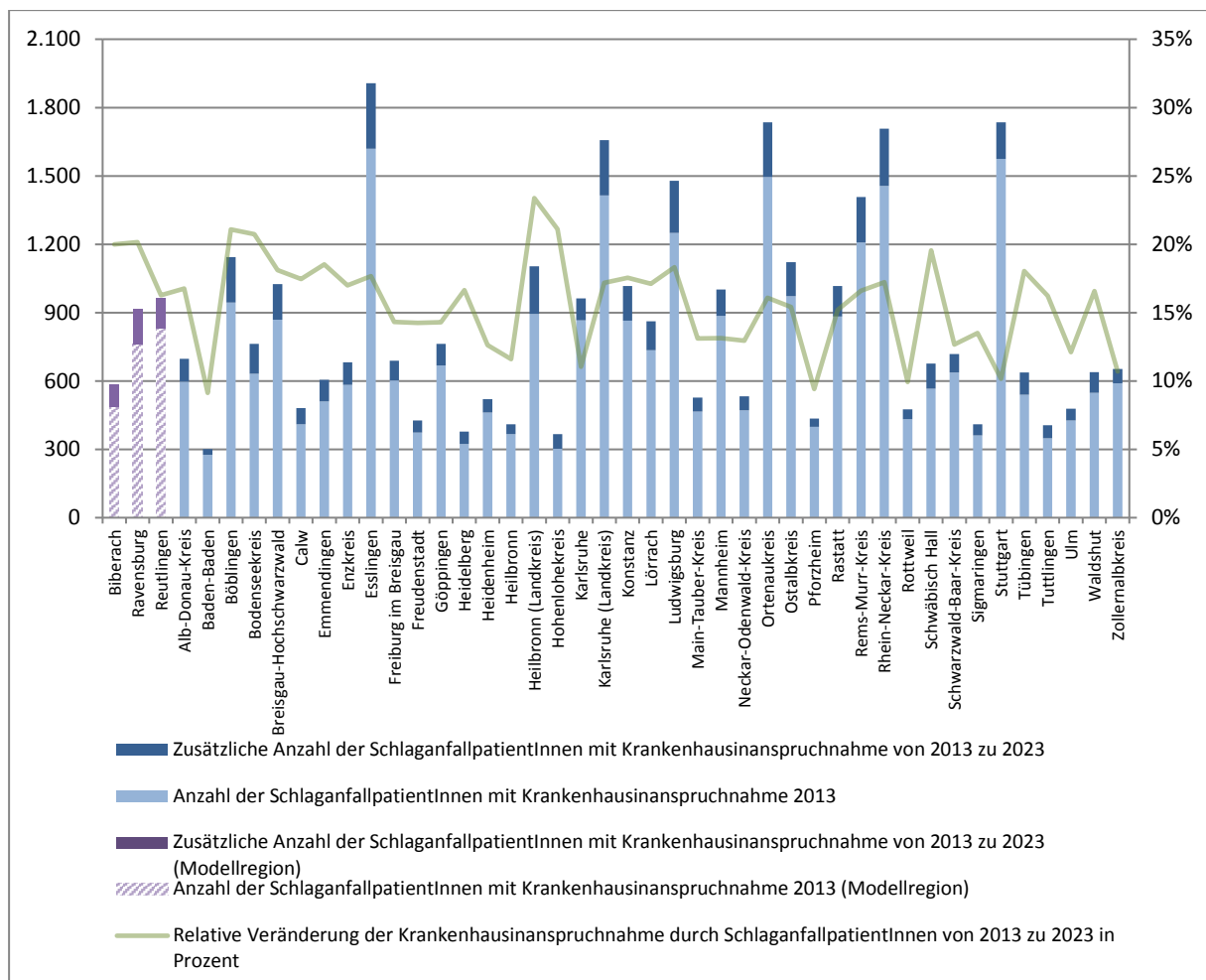


Abbildung 101: Inanspruchnahme von Krankenhausleistungen durch Schlaganfall-PatientInnen (2013 und projiziert 2023) und relative Veränderung in Prozent. [Eigene Darstellung auf Basis von adjustierte Abrechnungsdaten der AOK Baden-Württemberg, der Bevölkerungsfortschreibung (2013) und regionalisierten Bevölkerungsvorausrechnung (2023) des Statistischen Landesamtes Baden-Württemberg]

In Baden-Württemberg wurden im Jahr 2013 schätzungsweise 28% der Schlaganfall-PatientInnen aufgrund eines Schlaganfalls im Krankenhaus versorgt. Am niedrigsten war dieser Anteil bei Schlaganfall-PatientInnen wohnhaft im Landkreis Rhein-Neckar-Kreis mit rund 22%, am höchsten im Landkreis Waldshut mit 39%. Die Projektion dieser Anteile auf die vorausberechnete Bevölkerung im Jahr 2023 ergibt in allen Kreisen eine Zunahme der Krankenhausinanspruchnahme durch Schlaganfall-PatientInnen. Diese relative Zunahme liegt in Baden-Württemberg bei rund 17%, in der Modellregion bei jeweils 20% in den Landkreisen Biberach und Ravensburg sowie rund 16% im Landkreis Reutlingen (siehe Abbildung 101).

Im Bereich der stationären medizinischen Rehabilitation lag der geschätzte Anteil unter den Schlaganfall-PatientInnen mit einer Inanspruchnahme dieser Leistungen im Jahr 2013 in Baden-Württemberg insgesamt bei rund 14%. Regional ergaben sich deutliche Unterschiede. Im Landkreis Ludwigsburg war der Anteil mit rund 8% am niedrigsten, im Landkreis Waldshut mit rund 22% am höchsten. In den Landkreisen der Modellregion lag der geschätzte Anteil bei rund 16% im Landkreis Biberach, 12% im Landkreis Ravensburg und 15% im Landkreis Reutlingen. Die Ergebnisse der Projektion sind in Abbildung 102 dargestellt. Auch für den Bereich der stationären medizinischen Rehabilitation aufgrund eines Schlaganfalles ergibt sich in allen Kreisen eine Zunahme der Inanspruchnahme.

Ergebnisse

In Baden-Württemberg liegt die relative Zunahme bei rund 14%, in der Modellregion bei rund 17% im Landkreis Biberach, 19% im Landkreis Ravensburg und rund 13% im Landkreis Reutlingen.

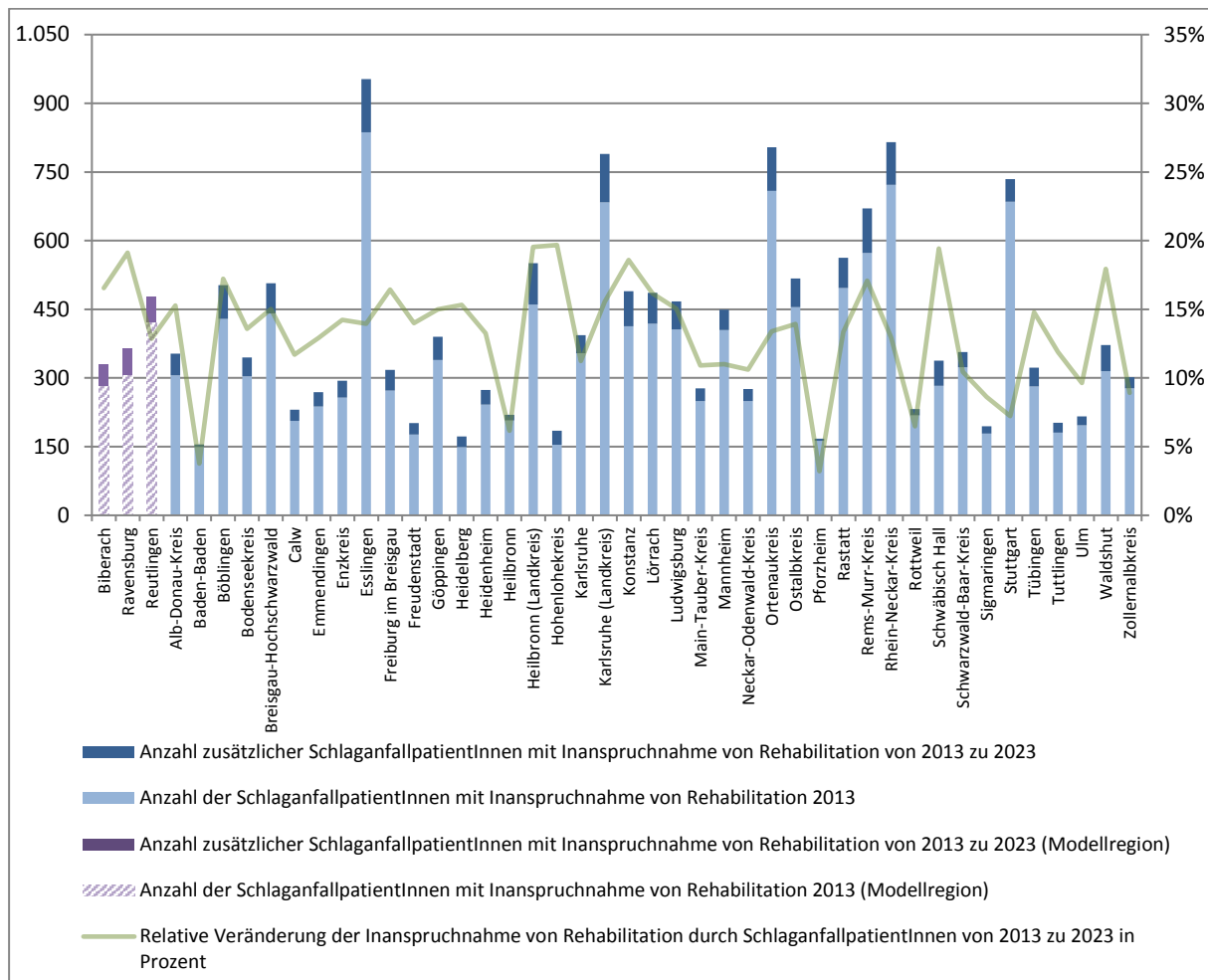


Abbildung 102: Inanspruchnahme von Leistungen der stationären medizinischen Rehabilitation durch Schlaganfall-PatientInnen (2013 und projiziert 2023) und relative Veränderung in Prozent. [Eigene Darstellung auf Basis von adjustierte Abrechnungsdaten der AOK Baden-Württemberg, der Bevölkerungsfortschreibung (2013) und regionalisierten Bevölkerungsvorausrechnung (2023) des Statistischen Landesamtes Baden-Württemberg]

PatientInnen mit einer Schlaganfalldiagnose sind häufig auch langfristig pflegebedürftig. Schätzungsweise knapp ein Drittel der Schlaganfall-PatientInnen in Baden-Württemberg beanspruchte im Jahr 2013 ambulante Pflegeleistungen durch Pflegedienste oder Angehörige, teilstationäre oder vollstationäre Pflegeleistungen im Rahmen des SGB XI.

Abbildung 103 zeigt die Inanspruchnahme von ambulanten und teilstationären Pflegeleistungen sowie Pflegegeld bei dauerhafter Pflegebedürftigkeit durch Schlaganfall-PatientInnen im Jahr 2013 und 2023. Rund 26% der Schlaganfall-PatientInnen in Baden-Württemberg nahm diese Leistungen im Jahr 2013 in Anspruch. Regional ergaben sich hierbei keine großen Unterschiede. In der Modellregion lag dieser Anteil bei rund 28% im Landkreis Biberach, bei rund 27% im Landkreis Ravensburg und rund 25% im Landkreis Reutlingen. Für das Jahr 2023 ergibt sich in diesem Bereich in allen Kreisen eine Zunahme der Inanspruchnahme durch Schlaganfall-PatientInnen. Die relative Zunahme liegt in Baden-Württemberg bei rund 19%, in der Modellregion bei 24% im Landkreis Biberach, 23% im Landkreis Ravensburg und rund 20% im Landkreis Reutlingen.

Ergebnisse

Die Inanspruchnahme vollstationärer Pflegeleistungen war im Vergleich zu ambulanten/teilstationären Pflegeleistungen durch Schlaganfall-PatientInnen im Jahr 2013 deutlich niedriger. In Baden-Württemberg lag diese schätzungsweise bei rund 6%. Regional betrachtet waren schätzungsweise rund 2% der Schlaganfall-PatientInnen wohnhaft im Landkreis Göppingen in vollstationärer Dauerpflege, während dies auf rund 11% der Schlaganfall-PatientInnen in der kreisfreien Stadt Mannheim zutraf. In der Modellregion entsprach die Inanspruchnahme der Situation in Baden-Württemberg.

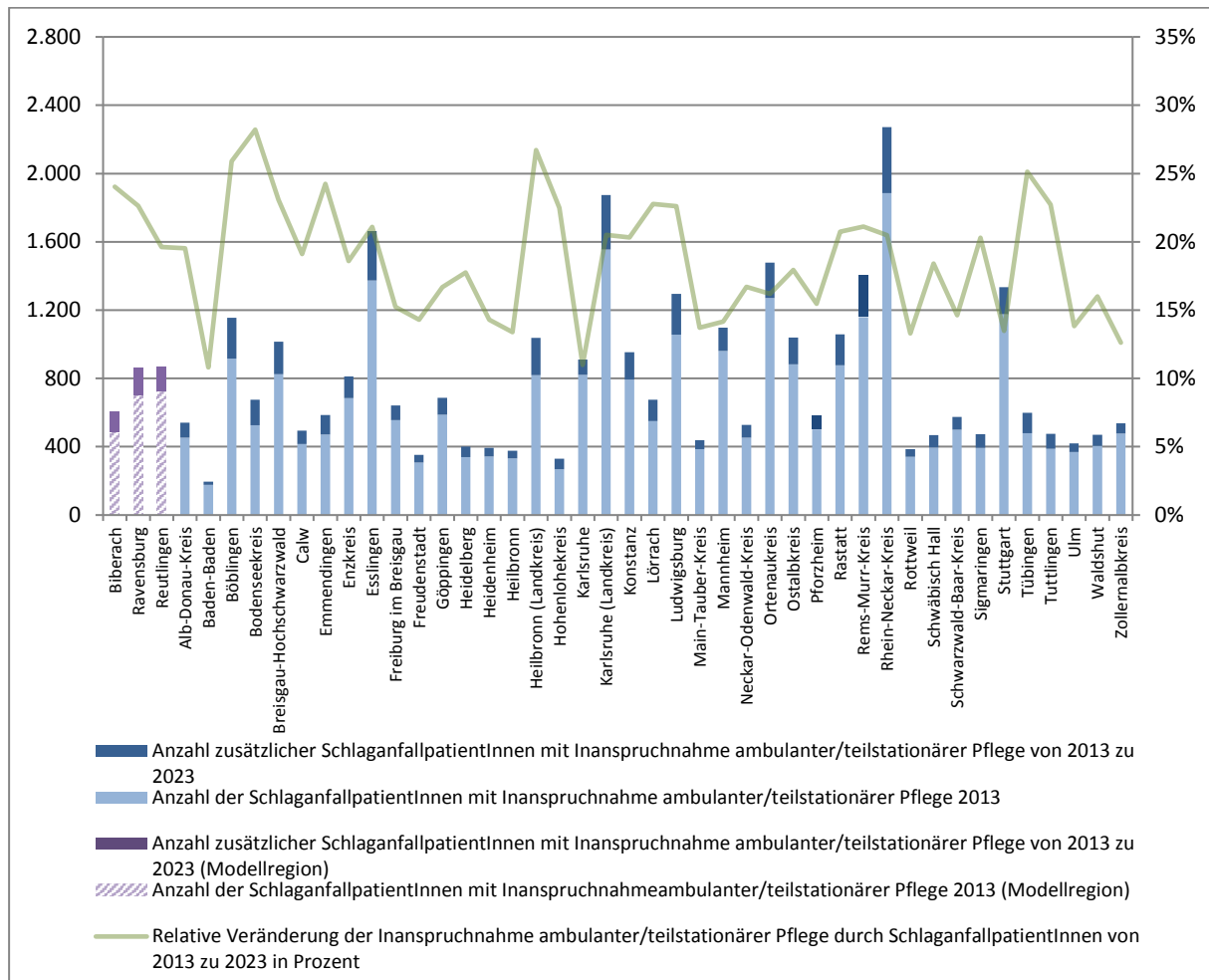


Abbildung 103: Inanspruchnahme ambulanter/teilstationärer Pflege durch Schlaganfall-PatientInnen (2013 und projiziert 2023) und relative Veränderung in Prozent. [Eigene Darstellung auf Basis von adjustierte Abrechnungsdaten der AOK Baden-Württemberg, der Bevölkerungsfortschreibung (2013) und regionalisierten Bevölkerungsvorausrechnung (2023) des Statistischen Landesamtes Baden-Württemberg]

Im Vergleich zu anderen Versorgungsbereichen ergeben sich für das Jahr 2023 für die Veränderung der relativen Inanspruchnahme die größten Veränderungen im Bereich der vollstationären Dauerpflege. In Baden-Württemberg insgesamt ergibt sich eine relative Zunahme von rund 21%. Am geringsten fällt die relative Zunahme der Inanspruchnahme in der kreisfreien Stadt Baden-Baden mit rund 7% aus, im Landkreis Heilbronn am größten mit 33%. In den Landkreisen der Modellregion ergibt sich eine relative Zunahme von rund 20% im Landkreis Biberach und rund 26% in den Landkreisen Ravensburg und Reutlingen.

Ergebnisse

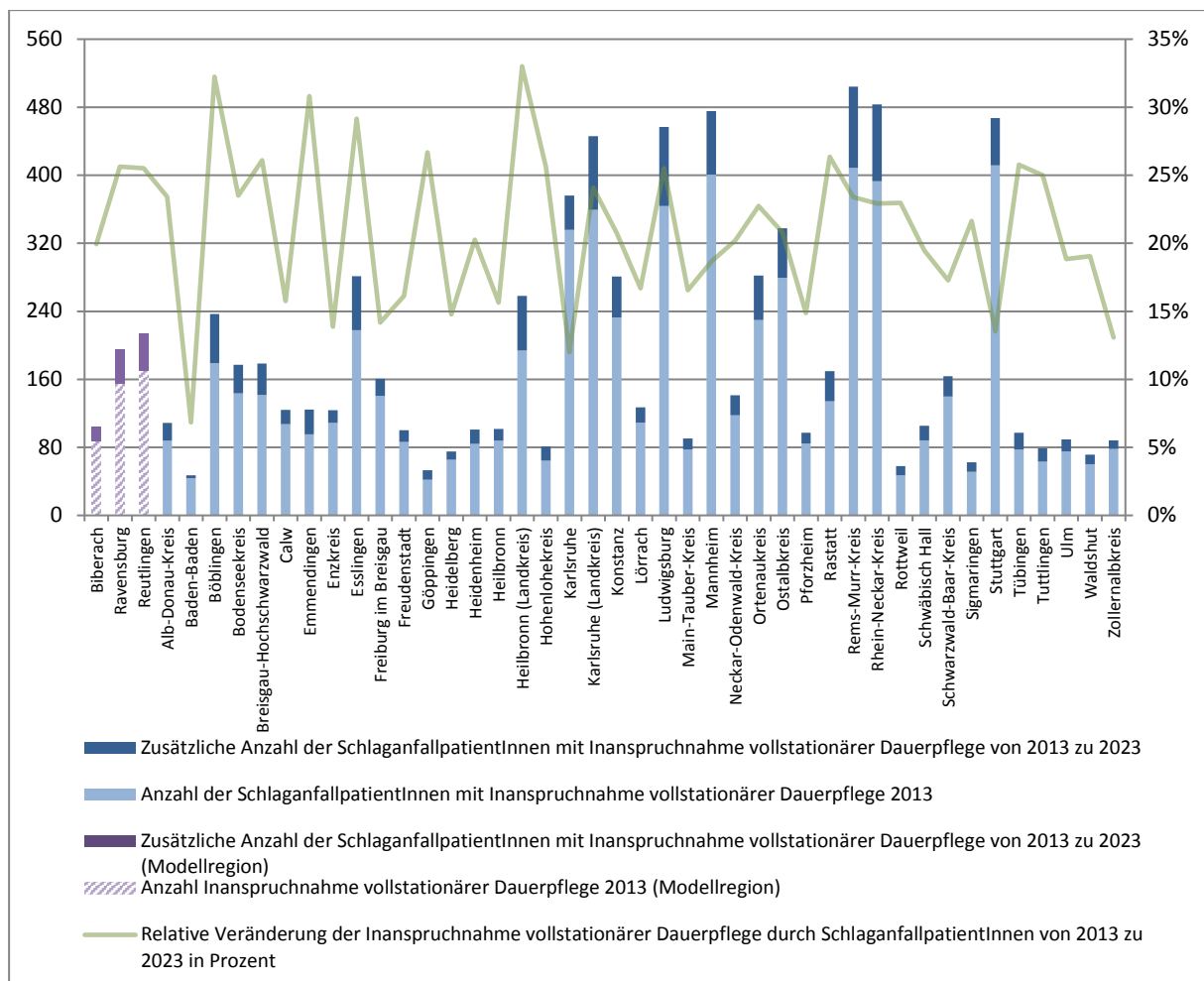


Abbildung 104: Inanspruchnahme vollstationärer Dauerpflege durch Schlaganfall-PatientInnen (2013 und projiziert 2023) und relative Veränderung in Prozent. [Eigene Darstellung auf Basis von adjustierte Abrechnungsdaten der AOK Baden-Württemberg, der Bevölkerungsfortschreibung (2013) und regionalisierten Bevölkerungsvorausrechnung (2023) des Statistischen Landesamtes Baden-Württemberg]

3.1.11. Entwicklung der administrativen Prävalenz in städtischen und ländlichen Regionen

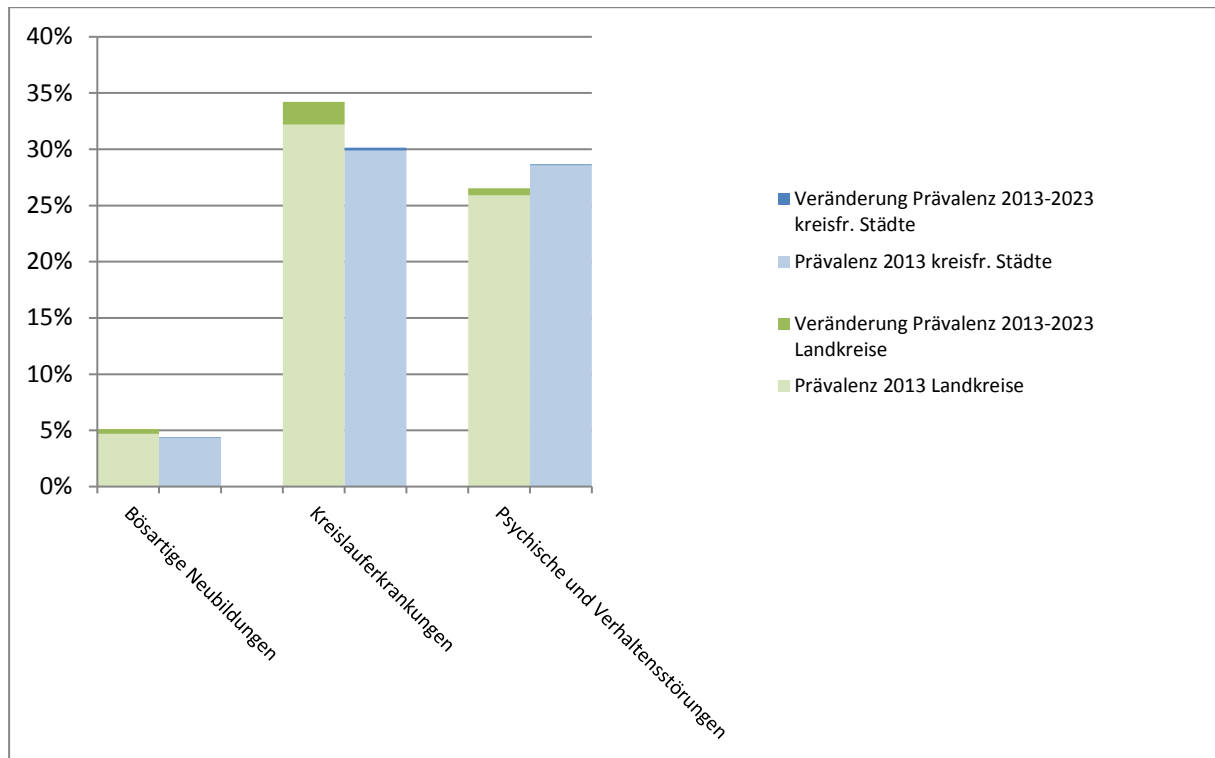


Abbildung 105: Administrative Prävalenz ausgewählter Krankheitsgruppen im Jahr 2013 und projizierte relative Veränderung zum Jahr 2023 in den Stadt- und Landkreisen Baden-Württembergs. [Eigene Berechnung auf Basis von Abrechnungsdaten der AOK Baden-Württemberg, adjustiert und regionalisierten Bevölkerungsvorausberechnung des Statistischen Landesamtes Baden-Württemberg]

Abbildung 105 zeigt die Unterschiede in der administrativen Prävalenz ausgewählter Krankheitsgruppen im Jahr 2013 und nach Projektion auf das Jahr 2023 zwischen den Stadt- und Landkreisen Baden-Württembergs. Im Jahr 2013 waren Kreislauferkrankungen etwas häufiger in den Landkreisen (32,2% vs. 29,9%), während Psychische und Verhaltensstörungen etwas häufiger in den Stadtkreisen auftraten (28,6% vs. 25,9%). Die Häufigkeit Bösartiger Neubildungen betrug in beiden Regionstypen circa 4,5% und unterschied sich kaum. Mit Blick auf die Projektion der administrativen Prävalenzraten auf die vorausberechnete Bevölkerung im Jahr 2023 wird deutlich, dass für jede betrachtete Krankheitsgruppe die erwartete Zunahme in Landkreisen größer ist als in Stadtkreisen. Bei Bösartigen Neubildungen liegt die Zunahme bei rund 0,4% vs. 0,1%, bei Kreislauferkrankungen bei zusätzlichen 2,0% versus 0,3% und bei Psychischen und Verhaltensstörungen bei 0,6% versus 0,1%.

Ergebnisse

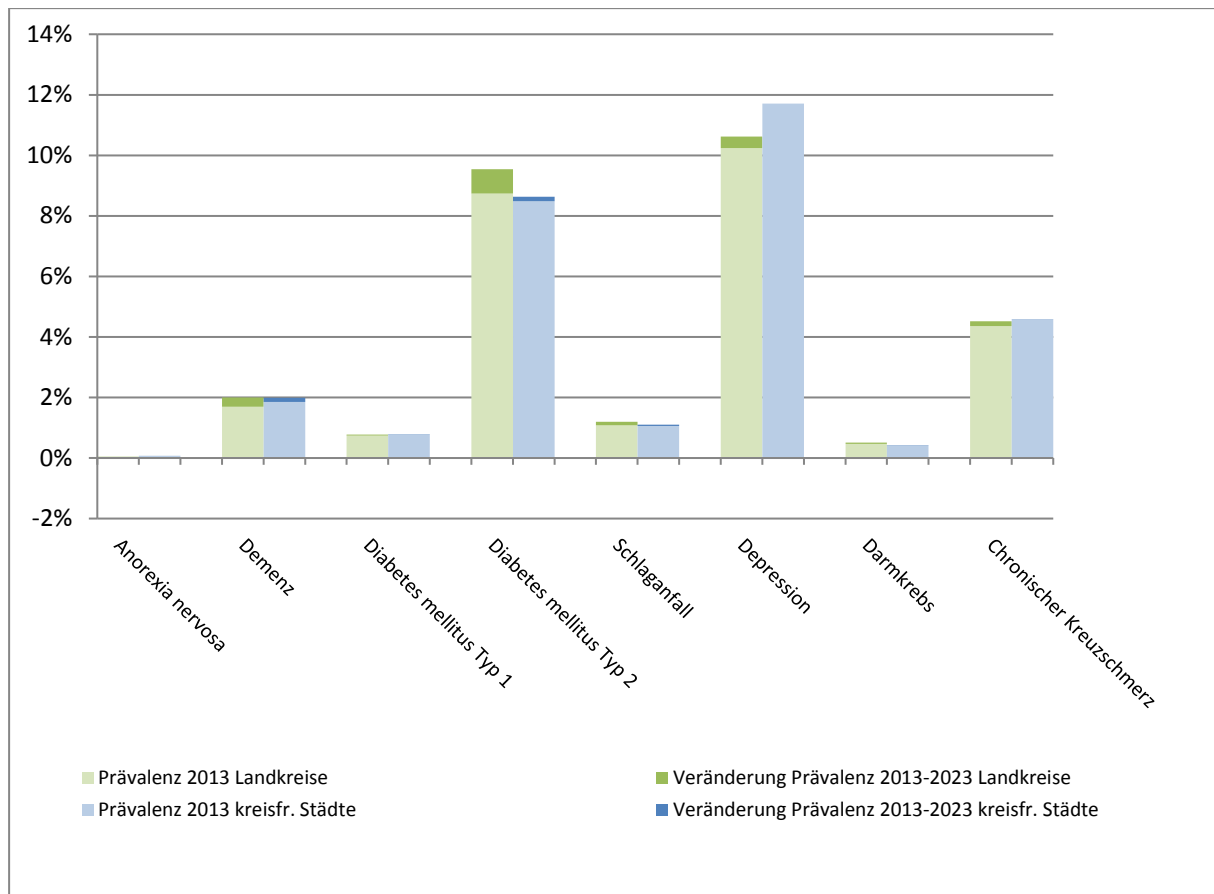


Abbildung 106: Administrative Prävalenz der ausgewählten Krankheitsbilder im Modellprojekt im Jahr 2013 und projizierte relative Veränderung zum Jahr 2023 in den Stadt- und Landkreisen Baden-Württembergs. [Eigene Berechnung auf Basis von Abrechnungsdaten der AOK Baden-Württemberg, adjustiert und regionalisierten Bevölkerungsvorausberechnung des Statistischen Landesamtes Baden-Württemberg]

Abbildung 106 zeigt die Unterschiede in der administrativen Prävalenz der acht im Projekt betrachteten Krankheitsbilder im Jahr 2013 und nach Projektion auf das Jahr 2023 zwischen den Stadt- und Landkreisen Baden-Württembergs. Im Jahr 2013 waren die Unterschiede zwischen Stadt- und Landkreisen klein, ausgenommen für das Krankheitsbild Depression, das häufiger bei PatientInnen in Stadtkreisen dokumentiert war (11,7% versus 10,2%). Mit Blick auf die Projektion der administrativen Prävalenzen zum Jahr 2023 ergibt sich eine Zunahme für fast alle Krankheitsbilder, vor allem in den Landkreisen. Dort ergibt sich für das Krankheitsbild Demenz eine erwartete Zunahme von 0,3%, in den Stadtkreisen 0,1%; für das Krankheitsbild Diabetes mellitus Typ 2 wird eine Zunahme von 0,8% in den Landkreisen und 0,1% in den Stadtkreisen erwartet; die administrative Prävalenz der Depression steigt voraussichtlich um 0,4% in den Landkreisen, während sich für die Stadtkreise keine Zunahme ergibt. Für die übrigen im Projekt betrachteten Krankheitsbilder ergibt sich keine große Veränderung der administrativen Prävalenz.

3.1.12. Abgleich des Versorgungsangebots mit der zukünftigen Inanspruchnahme

Ambulante Ärztliche Versorgung

Für die ambulante ärztliche Versorgung wurde die Anzahl der PatientInnen je Krankheitsbild mit Inanspruchnahme einer bestimmten Facharztgruppe berechnet für das Jahr 2013 sowie projiziert auf die Bevölkerung im Jahr 2023.

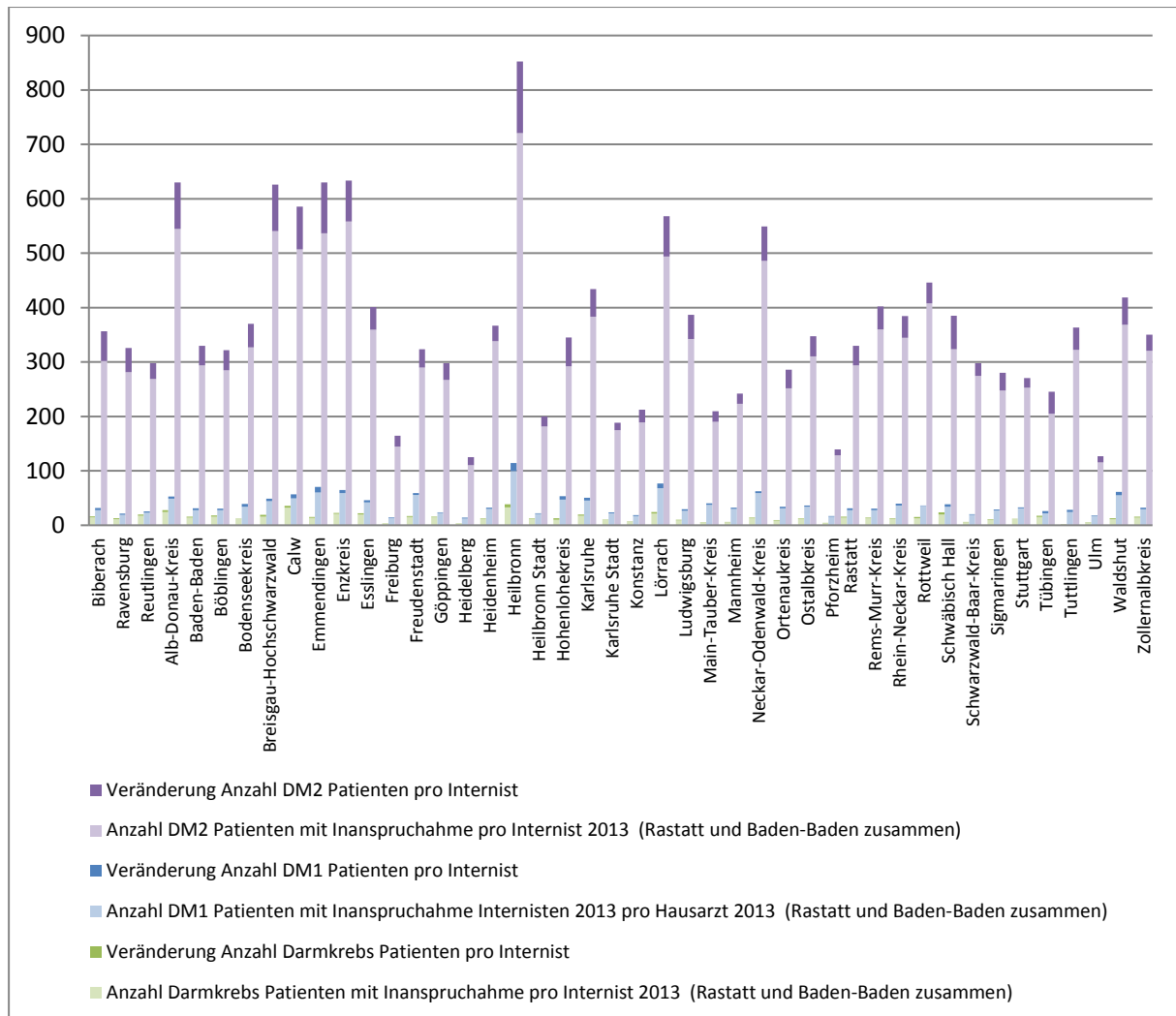


Abbildung 107: Anzahl ausgewählter PatientInnen-Gruppen mit Inanspruchnahme vertragsärztlicher internistischer Leistungen je InternistIn in ambulanten Einrichtungen im Jahr 2013 und projiziert auf das Jahr 2023. [Eigene Berechnung auf Basis von Abrechnungsdaten der AOK Baden-Württemberg, adjustiert und regionalisierten Bevölkerungsvorausberechnung des Statistischen Landesamtes Baden-Württemberg und Gesundheitsatlas Baden-Württemberg]

Für InternistInnen in ambulanten Einrichtungen wurde die Anzahl der PatientInnen mit Inanspruchnahme vertragsärztlicher internistischer Leistungen für die Krankheitsbilder Diabetes mellitus Typ 1 und Typ 2 sowie Darmkrebs ermittelt. Aus Abbildung 107 wird deutlich, dass niedergelassene InternistInnen deutlich häufiger PatientInnen mit Diabetes mellitus Typ 2 behandeln als PatientInnen mit Diabetes mellitus Typ 1- oder Darmkrebsdiagnose. Für das Jahr 2023 ergibt sich eine Zunahme der PatientInnenzahl mit Inanspruchnahme einer/eines InternistIn, besonders für PatientInnen mit Diabetes mellitus Typ 2. Unterschiede zwischen den Stadt- und Landkreisen sind groß und variieren zwi-

Ergebnisse

schen 110 PatientInnen mit Diabetes mellitus Typ 2 pro InternistIn im Jahr 2013 (Stadtkreis Heidelberg) und 720 (Landkreis Heilbronn).

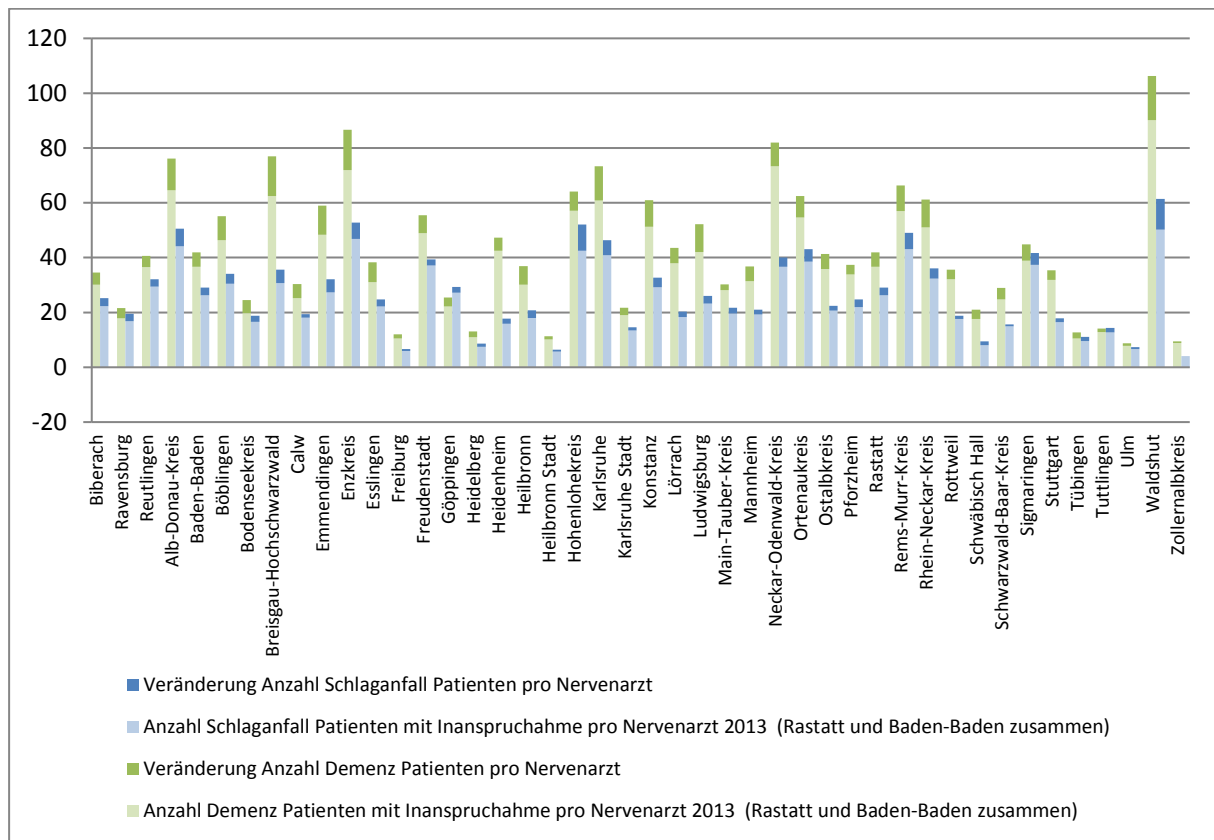


Abbildung 108: Anzahl ausgewählter PatientInnen-Gruppen mit Inanspruchnahme vertragsärztlicher nervenärztlicher Leistungen je NervenärztIn in ambulanten Einrichtungen im Jahr 2013 und projiziert auf das Jahr 2023. [Eigene Berechnung auf Basis von Abrechnungsdaten der AOK Baden-Württemberg, adjustiert und regionalisierten Bevölkerungsvorausberechnung des Statistischen Landesamtes Baden-Württemberg und Gesundheitsatlas Baden-Württemberg]

Für den Bereich der ambulanten nervenärztlichen Versorgung wurde die Anzahl der PatientInnen mit einer Inanspruchnahme für die Krankheitsbilder Schlaganfall und Demenz betrachtet (siehe Abbildung 108). Generell wurden NervenärztInnen häufiger von Menschen mit Demenz als von Menschen mit Schlaganfall aufgesucht. Auch die Zunahme der PatientInnenzahl pro NervenärztIn ist für Betroffene von Demenz höher als bei Schlaganfall. Die Zahl der PatientInnen mit Demenz pro NervenärztIn variiert zwischen acht im Stadtkreis Ulm und 90 im Landkreis Waldshut, während die Variation im Bereich Schlaganfall zwischen vier im Zollernalbkreis und 43 im Rems-Murr-Kreis liegt.

Ergebnisse

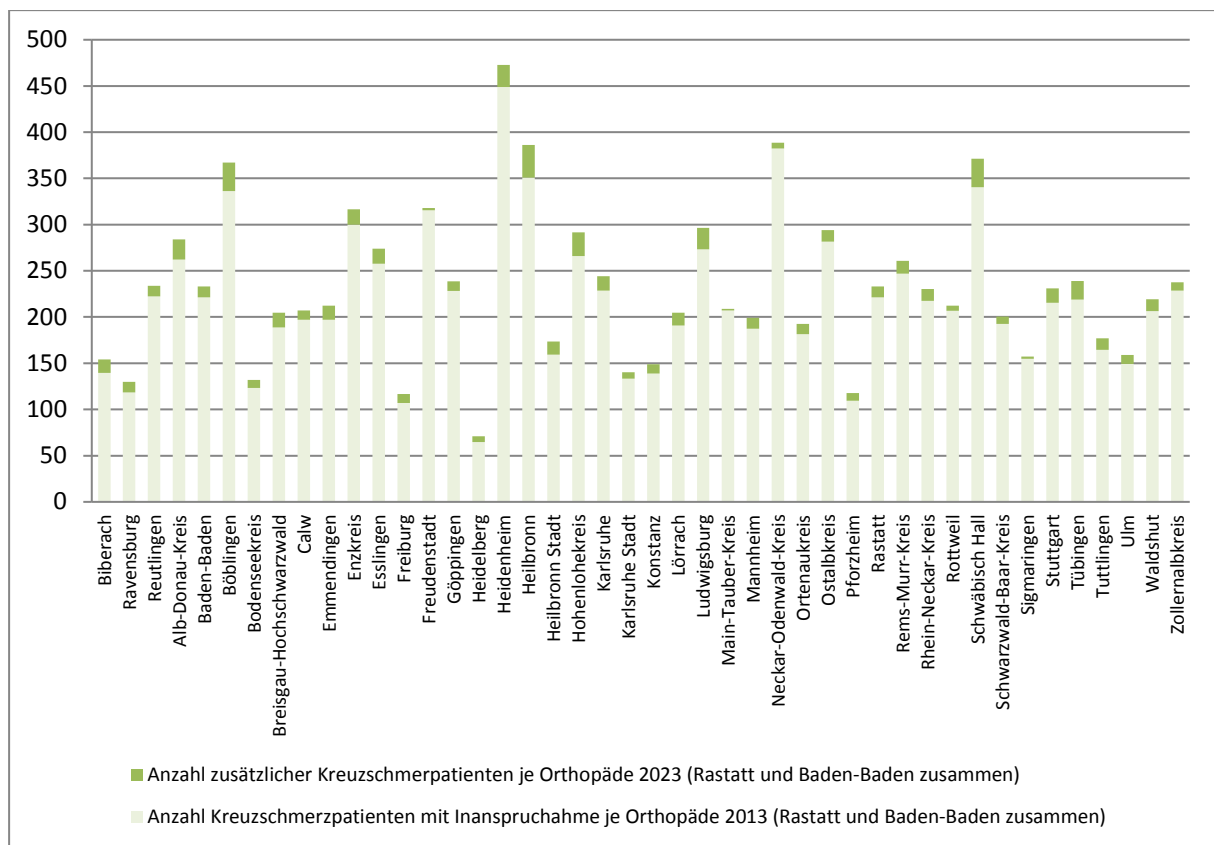


Abbildung 109: Anzahl ausgewählter PatientInnen-Gruppen mit Inanspruchnahme vertragsärztlicher orthopädischer Leistungen je OrthopädIn in ambulanten Einrichtungen im Jahr 2013 und projiziert auf das Jahr 2023. [Eigene Berechnung auf Basis von Abrechnungsdaten der AOK Baden-Württemberg, adjustiert und regionalisierten Bevölkerungsvorausberechnung des Statistischen Landesamtes Baden-Württemberg und Gesundheitsatlas Baden-Württemberg]

Für den Bereich der ambulanten ärztlichen Versorgung durch OrthopädInnen wurde die Anzahl der PatientInnen mit Inanspruchnahme dieser Leistungen für das Krankheitsbild chronischer Kreuzschmerz ermittelt (siehe Abbildung 109). Die Anzahl der PatientInnen mit chronischem Kreuzschmerz je OrthopädIn variierte zwischen 65 (Stadtkreis Heidelberg) und 449 (Landkreis Heidenheim). Eine geringe Zunahme der Anzahl an PatientInnen mit Inanspruchnahme eines/einer OrthopädIn wird für das Jahr 2023 erwartet.

Ergebnisse

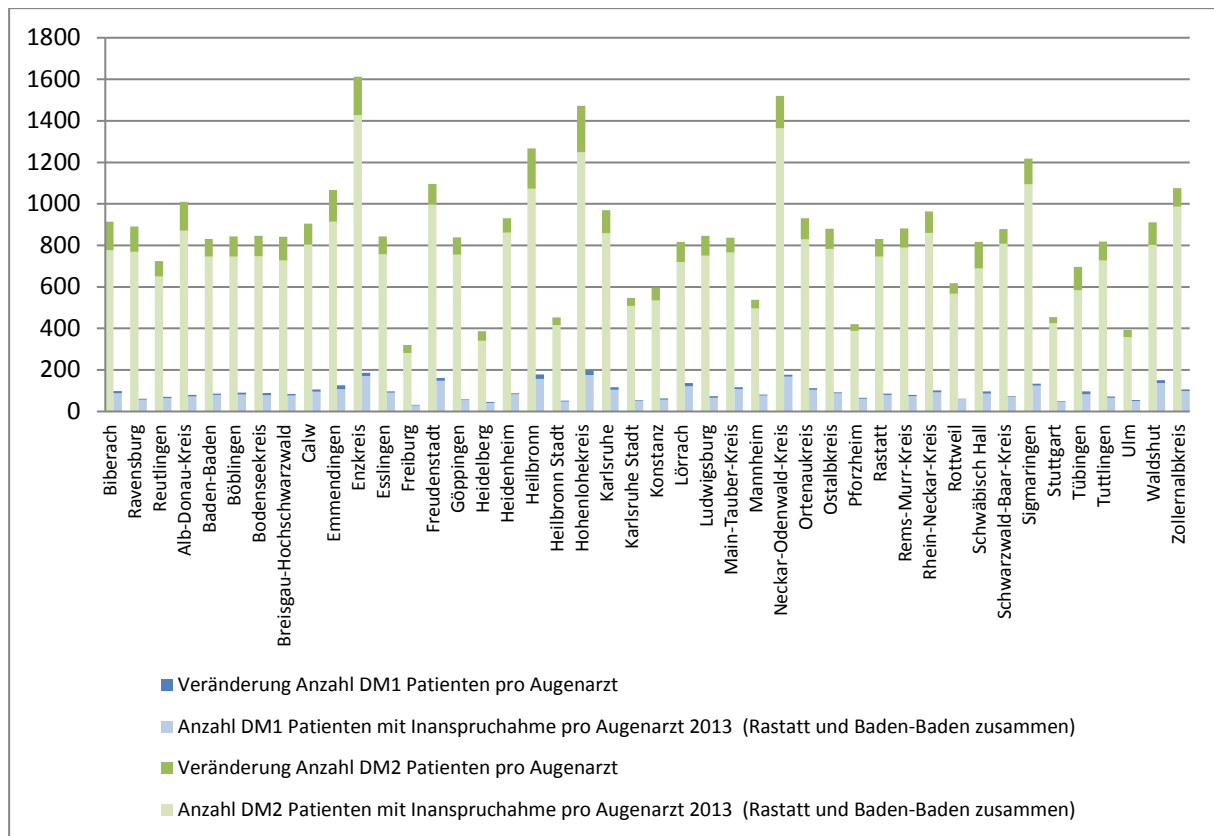


Abbildung 110: Anzahl ausgewählter PatientInnen-Gruppen mit Inanspruchnahme ambulanter psychotherapeutischer Leistungen je PsychotherapeutIn in ambulanten Einrichtungen im Jahr 2013 und projiziert auf das Jahr 2023. [Eigene Berechnung auf Basis von Abrechnungsdaten der AOK Baden-Württemberg, adjustiert und regionalisierten Bevölkerungsvorausrechnung des Statistischen Landesamtes Baden-Württemberg und Gesundheitsatlas Baden-Württemberg]

Für ambulant tätige ärztliche und nicht-ärztliche PsychotherapeutInnen wurde die Anzahl der PatientInnen mit einer Inanspruchnahme für das Krankheitsbild Depression ermittelt. Die Anzahl der PatientInnen je PsychotherapeutIn variierte zwischen 31 (Stadtkreis Freiburg) und 323 (Landkreis Schwäbisch Hall). Eine leichte Zunahme der Anzahl der PatientInnen mit Inanspruchnahme ambulanter psychotherapeutischer Leistungen zum Jahr 2023 wird für die meisten Stadt- und Landkreise erwartet.

Ergebnisse

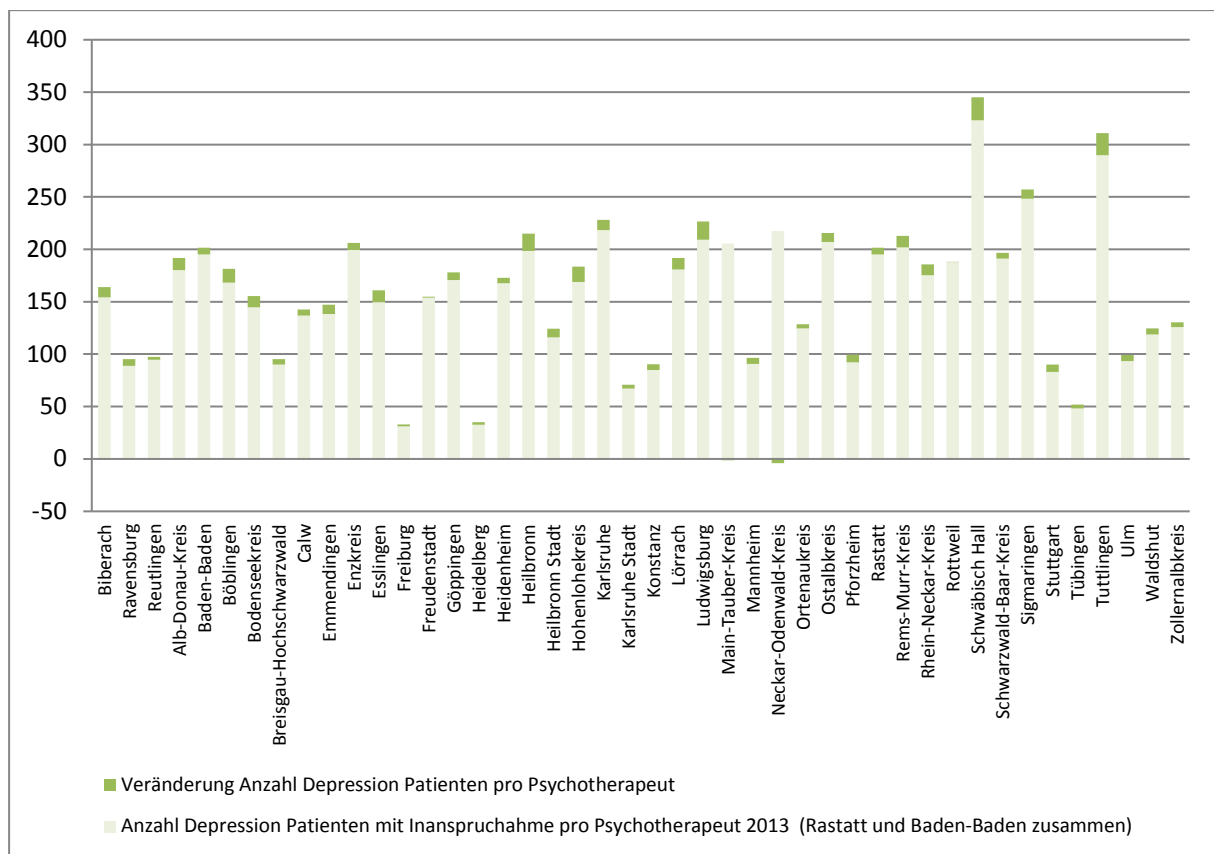


Abbildung 111: Anzahl ausgewählter PatientInnen-Gruppen mit Inanspruchnahme vertragsärztlicher augenärztlicher Leistungen je AugenärztIn in ambulanten Einrichtungen im Jahr 2013 und projiziert auf das Jahr 2023. [Eigene Berechnung auf Basis von Abrechnungsdaten der AOK Baden-Württemberg, adjustiert und regionalisierten Bevölkerungsvorausberechnung des Statistischen Landesamtes Baden-Württemberg und Gesundheitsatlas Baden-Württemberg]

Für den Bereich der ambulant tätigen AugenärztInnen wurde die Anzahl der PatientInnen mit Inanspruchnahme dieses Versorgungsbereichs für die Krankheitsbilder Diabetes mellitus Typ 1 und 2 ermittelt. AugenärztInnen hatten Kontakt zu einer deutlich größeren Anzahl an PatientInnen mit Diabetes mellitus Typ 2 als PatientInnen mit Typ-1-Diabetes. Auch die Zunahme der PatientInnenzahl mit Inanspruchnahme augenärztlicher Leistungen zum Jahr 2023 ist größer bei Diabetes mellitus Typ 2. Die Anzahl der PatientInnen mit Inanspruchnahme je AugenärztIn variiert von 281 (Stadtkreis Freiburg) bis 1.427 (Enzkreis) für PatientInnen mit Diabetes mellitus Typ 2 und von 29 (Stadtkreis Freiburg) bis 171 (Enzkreis) für PatientInnen mit Diabetes mellitus Typ 1.

Die großen Unterschiede zwischen Stadt- und Landkreisen bei der Inanspruchnahme vertragsärztlicher fachärztlicher Leistungen lassen sich vor allem durch die unterschiedliche Ärztedichte in den Stadt- und Landkreisen erklären. Dies lässt darauf schließen, dass PatientInnen teilweise in einen anderen Stadt- oder Landkreis als dem Wohnort für einen Facharztbesuch gehen.

Unter den niedergelassenen ÄrztInnen in Baden-Württemberg beobachtete die KVBW in den letzten Jahren zwar insgesamt zunehmende Ärztezahlen, aber einen Trend zur abnehmenden Vollzeittätigkeit und eine entsprechende Abnahme von Versorgungsanteilen, insbesondere unter den HausärztInnen (2013: 6.886 vs. 2016: 6.750) [66]. Sollte sich der Trend abnehmender Versorgungsanteile fortsetzen, würde dies die Auslastung zum Jahr 2023 zusätzlich erhöhen, ebenso ein altersbedingtes Ausscheiden niedergelassener Ärzte [67]. Analysen des Zentralinstituts für die kassenärztliche Ver-

Ergebnisse

sorgung legen zudem nahe, dass die insgesamte Auslastung der derzeit tätigen ÄrztInnen bereits hoch ist. Die durchschnittliche Wochenarbeitszeit niedergelassener Ärzte in Deutschland lag im Jahr 2014 schätzungsweise bei circa 48 Stunden [68].

Krankenhausversorgung

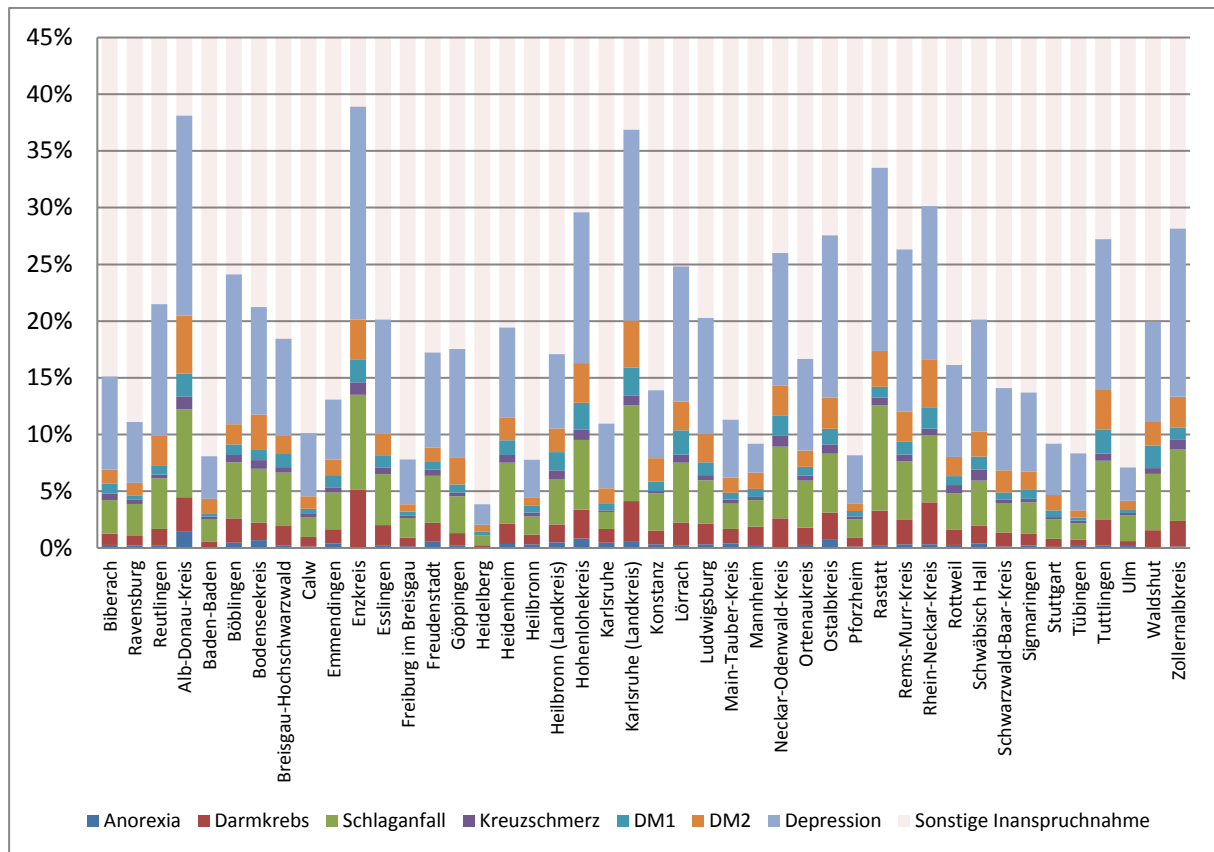


Abbildung 112: Anteil der Krankenhaustage durch PatientInnen mit ausgewählten Krankheitsbildern an insgesamt verfügbaren Krankenhaustagen in den Stadt- und Landkreisen Baden-Württembergs im Jahr 2013. [Eigene Berechnung auf Basis von Abrechnungsdaten der AOK Baden-Württemberg, adjustiert und Krankenhausstatistik des Statistischen Landesamtes Baden-Württemberg]

Im Bereich der Krankenhausversorgung wurden zunächst die verfügbaren Krankenhaustage als Ausgangskapazität berechnet (aufgestellte Krankenhausbetten im Jahr 2013*365 Tage). Pro Krankheitsbild wurden ebenfalls Krankenhaustage ermittelt und schließlich als Anteil an insgesamt verfügbaren Krankenhaustagen im jeweiligen Stadt- und Landkreis in Baden-Württemberg dargestellt (siehe Abbildung 112). Die regionale Zuordnung der Krankenhaustage je Krankheitsbild erfolgte anhand des Wohnorts der PatientInnen unabhängig vom Ort der Inanspruchnahme.

Von den im Projekt betrachteten acht Krankheitsbildern, wurden die meisten Krankenhaustage durch PatientInnen mit Depression (7,4%) in Anspruch genommen, gefolgt von PatientInnen mit Schlaganfall (3,35%) und PatientInnen mit Diabetes mellitus Typ 2 (1,8%). Der Anteil der Inanspruchnahme durch PatientInnen mit einem der acht Krankheitsbilder an der Gesamtzahl verfügbarer Krankenhaustage variiert zwischen Stadt- und Landkreisen im Bereich von 2,1% (Stadtkreis Heidelberg) bis 38,9% (Enzkreis). Diese Unterschiede lassen sich größtenteils dadurch erklären, dass Wohnort und Ort der Inanspruchnahme sich unterschieden.

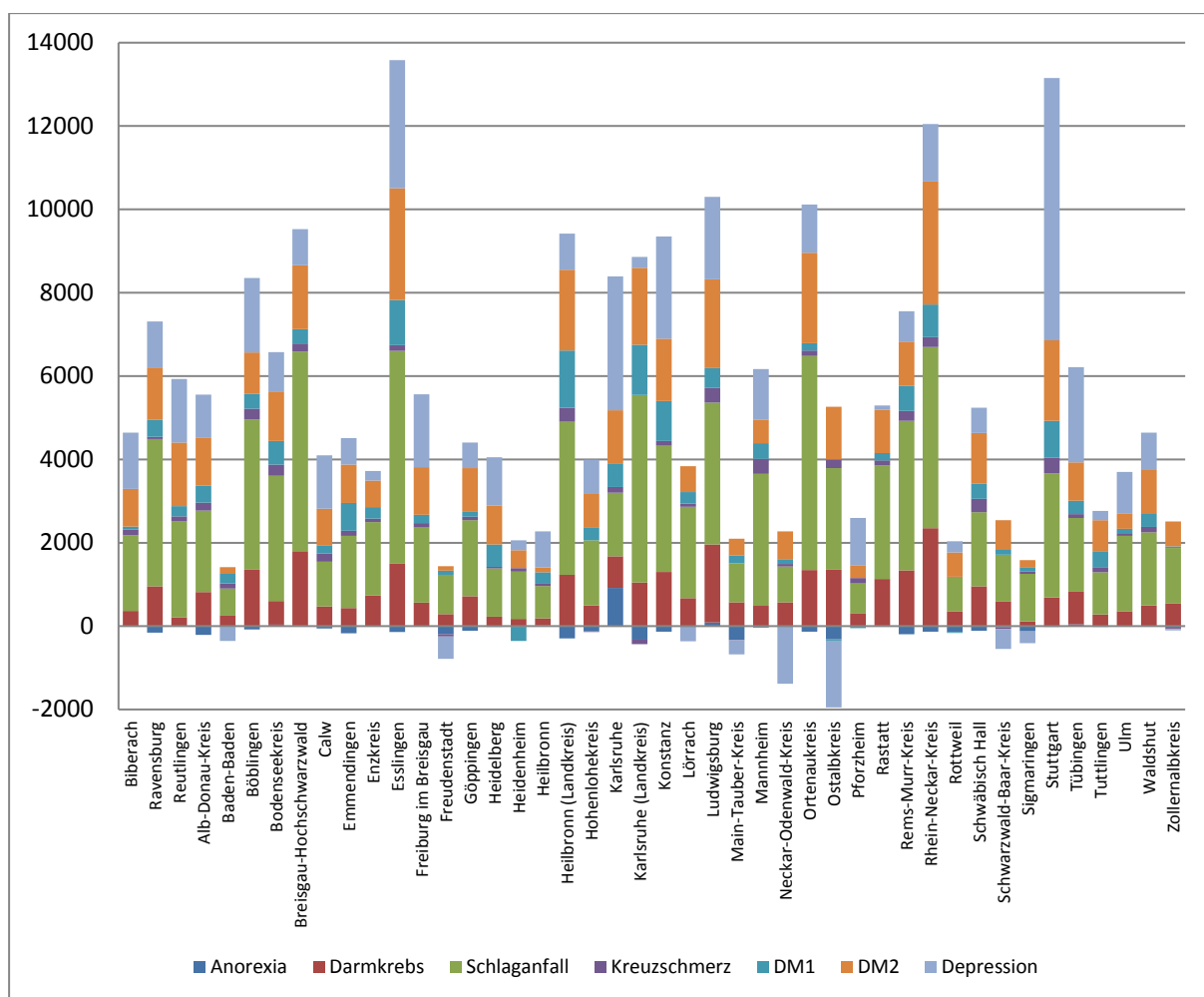


Abbildung 113: Veränderung der Anzahl von Krankenhaustagen pro ausgewähltem Krankheitsbild von 2013 zu projiziert 2023 in den Stadt- und Landkreisen Baden-Württembergs. [Eigene Berechnung auf Basis von Abrechnungsdaten der AOK Baden-Württemberg, adjustiert, regionalisierten Bevölkerungsvorausberechnung und Krankenhausstatistik des Statistischen Landesamtes Baden-Württemberg]

Abbildung 113 zeigt die Veränderung der erwarteten Anzahl an Krankenhaustagen je Krankheitsbild von 2013 zum Jahr 2023. Die höchste Zunahme ergibt sich hiernach für PatientInnen mit Schlaganfall (+98.251 Tage), gefolgt von PatientInnen mit Diabetes mellitus Typ 2 (+46.408 Tage) und PatientInnen mit Depression (40.017 Tage).

Pflege

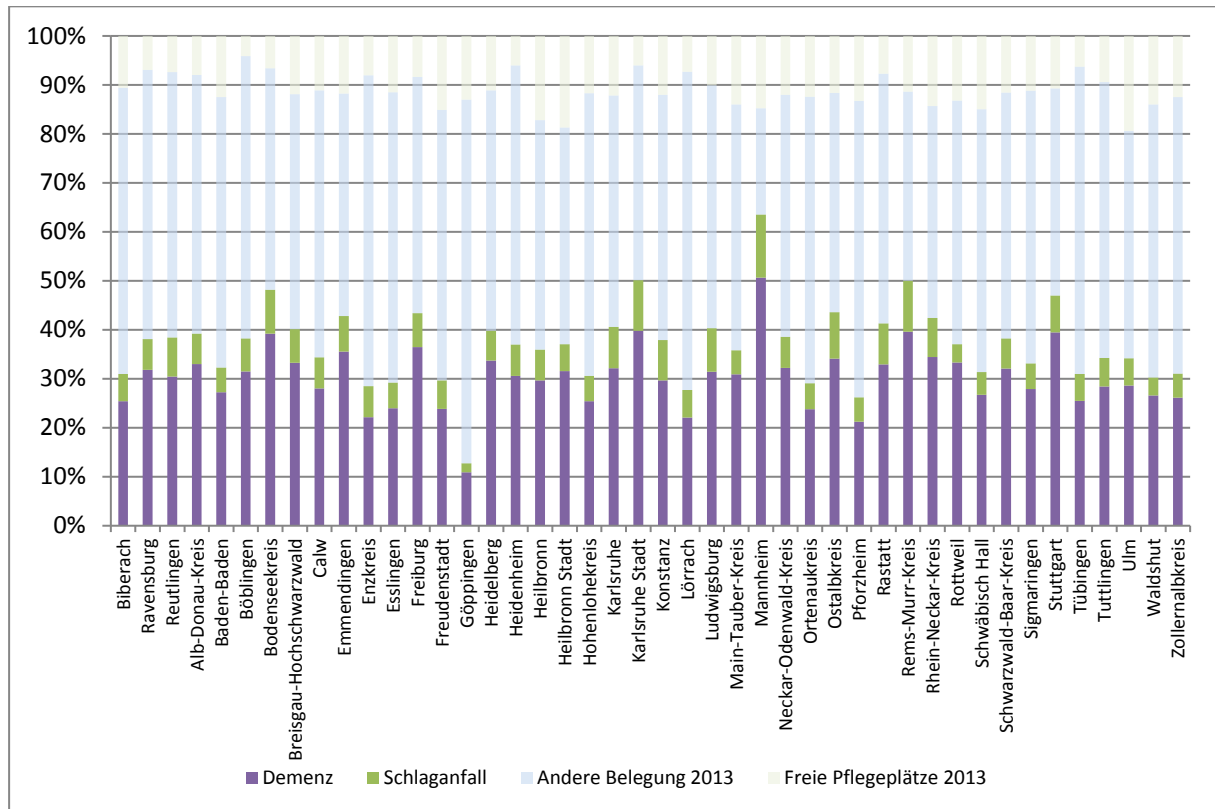


Abbildung 114: Geschätzte Auslastung von Plätzen der vollstationären Dauerpflege durch PatientInnen mit Demenz und Schlaganfall im Jahr 2013 in den Stadt- und Landkreisen Baden-Württembergs in Prozent. [Eigene Berechnung auf Basis von Abrechnungsdaten der AOK Baden-Württemberg, adjustiert und Pflegestatistik des Statistischen Landesamtes Baden-Württemberg]

Für den Bereich der vollstationären Dauerpflege wurde zunächst die Auslastung verfügbarer Plätze in diesem Bereich anhand der Pflegestatistik für das Jahr 2013 ermittelt. Anschließend wurde geschätzt, welcher Anteil der belegten Plätze durch PatientInnen mit Demenz oder Schlaganfall belegt ist. Insgesamt lag die geschätzte Auslastung von Plätzen der vollstationären Dauerpflege in Baden-Württemberg bei 88,8%. Dabei entfielen schätzungsweise 31,2% der belegten Plätze auf Menschen mit Demenz und 7,0% auf Menschen mit Schlaganfall. Der Anteil der belegten Plätze durch Personen mit einem der beiden Krankheitsbilder variiert zwischen 10,9% (Landkreis Göppingen) und 50,7% (Stadtkreis Mannheim) für Menschen mit Demenz und zwischen 1,8% (Landkreis Göppingen) und 12,9% (Stadtkreis Mannheim) für Menschen mit Schlaganfall.

Ergebnisse

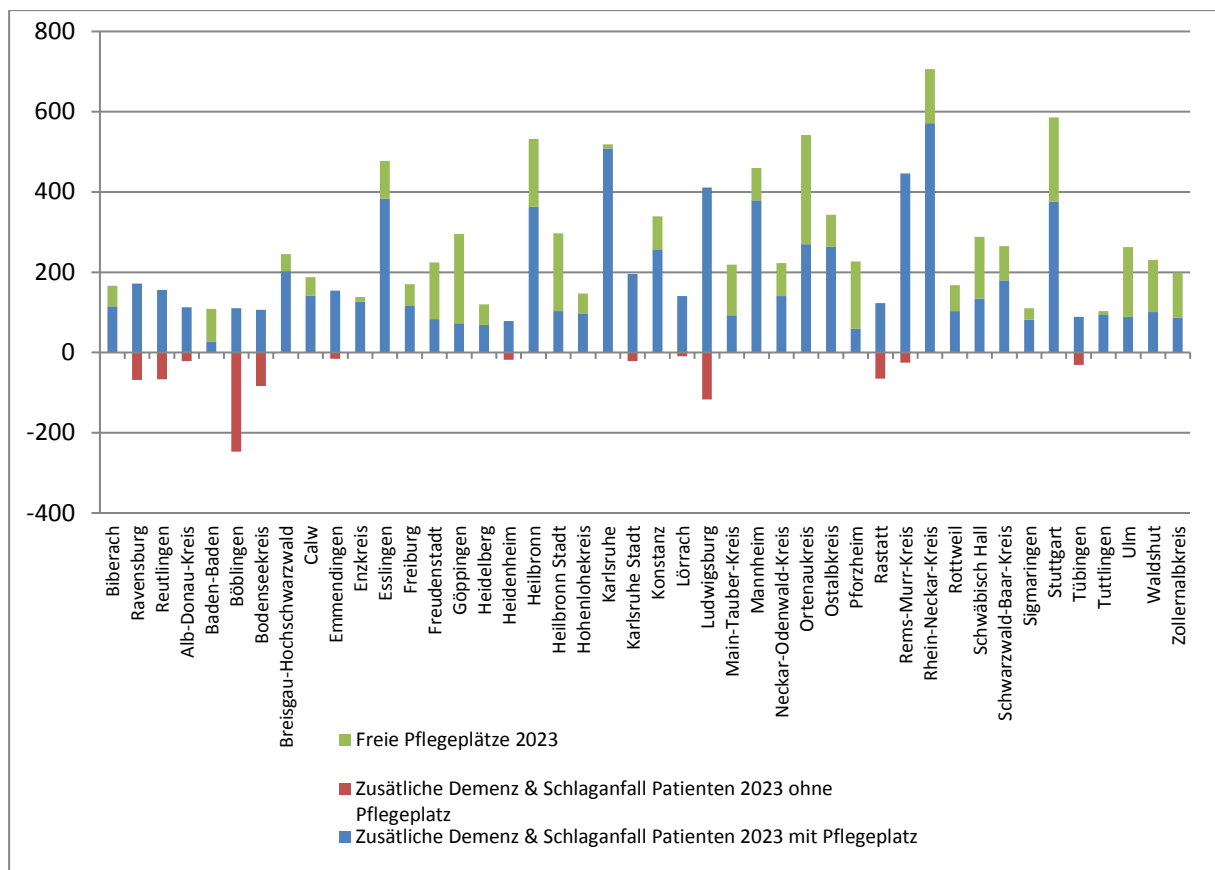


Abbildung 115: Veränderung der Anzahl an PatientInnen mit Demenz und Schlaganfall in vollstationärer Dauerpflege von 2013 zu projiziert 2023 in den Stadt- und Landkreisen Baden-Württembergs. [Eigene Berechnung auf Basis von Abrechnungsdaten der AOK Baden-Württemberg, adjustiert, regionalisierten Bevölkerungsvorausberechnung und Pflegestatistik des Statistischen Landesamtes Baden-Württemberg]

Abbildung 115 zeigt die Veränderung der Inanspruchnahme von Plätzen der vollstationären Dauerpflege durch Menschen mit Demenz und Schlaganfall von 2013 zu 2023 sowie die Verfügbarkeit der schätzungsweise benötigten Plätze im Jahr 2023. In den meisten Stadt- und Landkreisen würde die Anzahl der im Jahr 2013 verfügbaren Plätze ausreichen um die Zahl zusätzlicher BewohnerInnen mit einer Demenzerkrankung und Schlaganfall unterzubringen. Doch beispielsweise im Landkreis Böblingen würde alleine die geschätzte Zunahme an PatientInnen mit Demenz und Schlaganfall, die einen Bedarf an vollstationärer Dauerpflege hätten, die im Jahr 2013 verfügbaren Pflegeplätze um rund 200 übersteigen. Im Ortenaukreis wiederum würden trotz der Bedarfszunahme durch Menschen mit Demenz und Schlaganfall 270 Pflegeplätze im Jahr 2023 verfügbar sein.

3.2. Teilprojekt 2a: Landkreisinterne Ergebnisse

Die nachfolgenden Kapitel geben einen Überblick über die wesentlichen Ergebnisse der ExpertInnen-gespräche in den Landkreisen Biberach, Reutlingen und Ravensburg sowie der landkreisübergreifen-den Sitzungen. Dabei werden für jeden Landkreis bzw. landkreisübergreifend die Ergebnisse der krankheitsspezifischen Gruppen einzeln dargestellt. Im Anhang TP 2a sind alle Ergebnisse der Sitzun-gen umfassend tabellarisch zusammengestellt. Eine Auflistung der Zusammensetzung der Arbeits-gruppen je Krankheitsbild und Landkreis sowie der Termine findet sich ebenfalls im Anhang.

3.2.1. Landkreis Biberach

3.2.1.1. Arbeitsgruppe Anorexie

Hinsichtlich der Gesundheitsförderung und Prävention thematisiert das Projekt „Sterne für Schulen“ und „Sterne für Kindertagesstätten“ gesundheitsförderliche Aspekte in den Lebenswelten der Kinder und Jugendlichen.

Niederschwellige Angebote wie Selbsthilfe oder Beratung sollten ausgebaut werden, unter anderem auch als e-Health-Angebote. Nicht alle Internet-Angebote sind für Anorexie-PatientInnen hilfreich, können im Gegenteil auch schädlich sein, daher ist eine fachliche Einstufung der existierenden Ange-bote notwendig. Die Schaffung von Transparenz über die bestehenden Angebote ist dringend not-wendig.

Konstante Selbsthilfegruppen sind schwer umsetzbar, da sie sich nach der Gründung teilweise schnell wieder auflösen.

Im Landkreis Biberach sind die an der Behandlung und Begleitung von Anorexie-PatientInnen betei-igten AkteurInnen und Ämter gut vernetzt. Das Angebotsportfolio im Landkreis Biberach ist breit aufgestellt. Probleme werden dadurch gesehen, dass ein klarer Patientenpfad beim Krankheitsbild Anorexie eher selten erkennbar ist und dadurch, dass kaum Abstimmungsmöglichkeiten unter den Behandlern bestehen. Ein gemeinsames Dokumentationssystem kann in dieser Hinsicht für die Be-handler neben regelmäßigen Besprechungen/Teamkonferenzen mit allen Beteiligten hilfreich sein.

Ein Case Manager/Lotse kann helfen, die Kommunikation an den Schnittstellen zu verbessern und die Kooperation unter den Behandlern zu unterstützen.

Turnusmäßige Qualitätszirkel könnten dazu beitragen, die Kooperationen unter den TherapeutInnen zu verbessern.

Kapazitätsprobleme bestehen für die Möglichkeit einer zeitnahen Intervention sowohl im stationären als auch im ambulanten Setting. Die Terminfindung in Akutsituationen bei Fachpra-xen/teilstationären Angeboten gestaltet sich schwierig. Strukturell wird zudem die zweigeteilte Zu-ordnung des Landkreises zum Zentrum für Psychiatrie Weissenau (ZfP) und zur Universitätsklinik Ulm bei stationären und/oder Angeboten der Psychiatrischen Institutsambulanz (PIA) oder der Kinder-und Jugendpsychiatrie als Hemmnis erlebt.

Die Experten in Biberach wünschen eine bedarfsgerechte Neujustierung der ambulanten ärztlichen Bedarfsplanung durch die Kassenärztliche Vereinigung. Einige empfohlene und anerkannte Therapien im ambulanten Setting können nicht abgerechnet werden und das Vergütungssystem sollte an diesen

Punkten angepasst werden. z.B. gibt es bisher keine Kostenübernahme von körperpsychotherapeutischen Angeboten durch die Kassen.

Für Anorexie-PatientInnen spielt das Gefühl der Sicherheit eine bedeutende Rolle. Vorgeschlagen wird eine überregionale Zentrumsversorgung (Zentrum für Anorexie Südwürttemberg mit angebundener Institutsambulanz).

Für den Landkreis Biberach werden folgende **Handlungsempfehlungen** identifiziert:

- **Präventionsangebote an Schulen:** Schulen sind als Lebenswelt gut geeignet, um gesundheitsförderliche/präventive Angebote zu machen (ca. 8.Klasse). Bestehendes sollte auf Landkreisebene ausgebaut und spezifiziert werden.
- **Offener Treff für Betroffene mit Essstörung:** Vorgeschlagen wird eine Angliederung eines solchen Treffs an die regionalen Beratungsstellen.
- **Selbsthilfegruppe für Angehörige:** Eine Selbsthilfegruppe für Angehörige sollte initiiert werden.
- **E-Health-Angebote:** E-Health-Angebote in hoher fachlicher Qualität sollen angeboten werden. Betroffene könnten sich nicht nur gegenseitig austauschen, sondern auch Hinweise von fachlich geschulten Personen bekommen. Diese Angebote können auch landkreisübergreifend angeboten werden.
- **Zentrum für Anorexie in Süd-Württemberg:** Ein Zentrum für Anorexie z.B. in Süd-Württemberg mit Institutsambulanz wird vorgeschlagen.
- **Case Management:** Ein Case Management sollte am Zentrum angesiedelt sein als unterstützende und begleitende Institution für PatientInnen im Zentrum und zur Unterstützung der Wiedereingliederung in den Alltag. Das Case Management kann die Kommunikation an den Schnittstellen verbessern und die Kooperation unter den Behandlern unterstützen.
- **Transparenz über Anlaufstellen:** Öffentlichkeitsarbeit: Alle relevanten bestehenden Angebote und niederschweligen Anlaufstellen zum Krankheitsbild sollten durch ein Informationsbüro transparent gemacht werden.
- **Neujustierung der ambulanten Bedarfsplanung der kassenärztlichen Vereinigung,** die sich an regionalen Besonderheiten der Angebotslandschaft und der Bedarfe orientiert und die Gesamtversorgung im Blick hat
- **Vergütungssystem anpassen:** Empfohlene Therapien können teilweise im ambulanten Setting nicht abgerechnet werden. Finanzielle Ressourcen sollen geschaffen werden für Hilfeplankonferenzen sowie für eine Institutsambulanz am Therapiezentrum.

3.2.1.2. Arbeitsgruppe chronischer Kreuzschmerz

Hinsichtlich der Gesundheitsförderung und Prävention werden niederschwellige Angebote, die in guter Qualität im Landkreis zu finden sind, von Betroffenen/Risikogruppen noch zu wenig in Anspruch genommen. Als Hürde wird die fehlende Transparenz bezüglich der Zugangswege gesehen. Eine transparente vollständige Übersicht von allen regionalen und überregionalen Angeboten für Gesundheitsförderung und Prävention wird vorgeschlagen, diese wird idealerweise durch eine überregionale zentrale Stelle als elektronische Angebotsplattform verwaltet. Die Möglichkeit einer per-

sönlichen Beratung (z.B. telefonisch) sollte zusätzlich bestehen. Als Verantwortliche für die regionale Koordination von Präventionsangeboten werden die Krankenversicherungen gesehen und für die Koordination der Gesundheitsförderung der öffentliche Gesundheitsdienst.

Die gesamtgesellschaftliche Akzeptanz für mögliche psychische Aspekte beim Rückenschmerz sollte verbessert werden. TherapeutInnen und Pflegekräfte sollten gleichermaßen Verhaltensänderungen, Schmerzmanagement und Bewegungstherapie bei PatientInnen positiv besetzen. Die Sensibilität der beteiligten Berufsgruppen zur Vermeidung der Chronifizierung von Schmerzen sollte erhöht werden einschließlich einer zeitnahen Umsetzung wesentlicher (schmerz-) therapeutischer Ansätze.

Hinsichtlich der medizinischen Versorgung sind die beteiligten AkteurInnen gut vernetzt. Ein stringenter Behandlungspfad sollte in jedem Fall für Betroffene und Behandler bestehen. Die vielen AkteurInnen in der Behandlung sollten besser koordiniert werden. Ein gemeinsamer Datenaustausch (Diagnostik und Behandlung) in einem gesicherten Datennetzwerk kann die Kommunikation erleichtern. Ein Case Management ist hilfreich, um PatientInnen bei ihrem Weg durch die Diagnostik- und Behandlungslandschaft bestmöglich zu unterstützen.

Der Übergang zwischen stationärer, ambulanter Behandlung und der Rehabilitation ist nicht reibungslos und muss besser gestaltet werden.

Zur Erleichterung der Vernetzung und der Kommunikation wird ein multimodales Kompetenzteam vorgeschlagen, das alle an der Versorgung beteiligten Berufsgruppen umfasst.

Für den Landkreis Biberach werden folgende **Handlungsempfehlungen** identifiziert:

- **Information zum Umgang mit Schmerzen:** Grundlegende Informationen zum Thema Schmerz sollten der Allgemeinheit über geeignete Medien (z.B. gut aufbereiteter (Kurz-) Film zum Thema Schmerz) zugänglich gemacht werden. Betroffene sollten mehr beratende Informationen erhalten, um eine Chronifizierung des Kreuzschmerzes zu vermeiden. Einige Informationsangebote sind teilweise bei Krankenkassen bereits vorhanden.
- **Überregionale elektronische Angebotsplattform:** Die Angebotsplattform schafft Transparenz für bestehende Angebote aus den Bereichen Prävention und Gesundheitsförderung (Datenpflege z.B. durch das Zertifizierungstool des Deutschen Turnerbundes +Punkt Gesundheit und die Zentrale Prüfstelle Prävention ZPP als Zertifizierungsstelle der Krankenkassen für Präventionsangebote nach § 20 Abs. 4 Nr. 1 SGB V).
- **Arbeitsschutz:** Richtlinien sollen seitens der Arbeitgeber eingehalten und durch weitere innovative Ansätze erweitert werden.
- **Koordinationsstelle der Behandlung:** Die Hausarztpraxis kann als Koordinationsstelle/Case Management tätig sein. Es müssen Ressourcen geschaffen werden, um dies zu ermöglichen (z.B. Einstellung von SozialarbeiterInnen, Aufgabenausweitung für die VersorgungsassistentInnen VERAHs). Zusätzlich könnten engagierte Medizinische Fachangestellte (MFA) im Bereich Schmerzmanagement weitergebildet werden, um ÄrztInnen zu entlasten.
- **Einführung eines Disease-Management-Programms DMP für Schmerz**
- **Interdisziplinärer fachlicher Austausch:** Ein jährlicher interdisziplinärer fachlicher Austausch aller an der Versorgung Beteiligten soll Verankerung im DMP finden.

- **Multimodales Schmerztherapieteam/Kompetenzteam:** Für die Umsetzung dieses Teams werden Ressourcen im Hinblick auf die Vergütung der Vernetzung und der Kommunikation benötigt. Teil des DMP könnten verpflichtende Fallkonferenzen sein, diese könnten persönlich oder virtuell stattfinden.
- **Digitale Patientenakte:** Transparenz über alle Behandlungs- und Diagnostikinformationen zu jeder/m PatientInnen ist hilfreich für die Kommunikation aller Behandler und hilft dadurch auch dem/der PatientIn. Von den behandelnden ÄrztInnen könnte nachvollzogen werden, welche Therapien oder Empfehlungen der/die PatientIn bereits in Anspruch genommen hat.
- **Risikoerkennung für die Chronifizierung von Schmerzen:** Die regelmäßige strukturierte Erfassung von Risikofaktoren für die Chronifizierung von Schmerzen kann helfen, chronischen Schmerz zu verhindern.
- **Leitliniengetreues Arbeiten:** Die S3-Leitlinie für Kreuzschmerz sollte im Regelfall in der Behandlung umgesetzt werden.
- **Alltagspraktische Beratung und Anleitung:** Alltagspraktische Anleitung zum Umgang mit Schmerz (Hilfsmittel, Alltagsbewegungen) unter dem Motto „Hilfe zur Selbsthilfe“ durch PhysiotherapeutInnen, ErgotherapeutInnen oder HilfsmittellieferantInnen ein bis zwei Mal im häuslichen Umfeld werden als sehr hilfreich angesehen und sollte in der Vergütung abgebildet sein.

3.2.1.3. Arbeitsgruppe Darmkrebs

Hinsichtlich der Gesundheitsförderung und Prävention wurde die wichtige Rolle der Rehabilitationskliniken bei der Information der PatientInnen betont.

Eine bessere Inanspruchnahme von Vorsorgekoloskopien als sehr effektive Präventionsmaßnahme wurde als wichtiges Ziel benannt, wobei gleichzeitig Bedenken geäußert wurden, ob ausreichende Kapazitäten vorhanden wären, wenn sich die Zahl der Vorsorgekoloskopien deutlich erhöhen würde. Zur Erhöhung der Akzeptanz der Vorsorgekoloskopie könnte in verschiedenen Lebenswelten besser darüber informiert werden, beispielsweise im Rahmen des Betrieblichen Gesundheitsmanagement (BGM).

Der öffentliche Gesundheitsdienst und die Kommunen wurden mit der Kommunalen Gesundheitskonferenz als Plattform als regionale Koordinatoren im Bereich der Gesundheitsförderung und Prävention gesehen.

Im Bereich der Versorgung besteht eine gute regionale Vernetzung der medizinischen AkteurInnen. Über das Tumorboard ist ein regelmäßiger Austausch aller Beteiligten sichergestellt. Problematisch kann es für PatientInnen werden, die sich außerhalb des lokalen Tumor-Netzwerkes bzw. außerhalb des Landkreises behandeln lassen. Wenn sie nicht wieder in das Netzwerk (Tumorboard) gelangen, können Nachteile für die Kontinuität der Behandlung entstehen. Ein übersichtlicher Nachsorgepass hilft besonders diesen PatientInnen, da dadurch Transparenz entsteht und das Wahrnehmen von Nachsorgeuntersuchungen erleichtert wird. FachärztInnen geben entsprechend der Leitlinien das Schema für die Nachsorge und weitere therapeutische oder diagnostische Schritte vor, das dann dem Betroffenen und dem Hausarzt zur Verfügung steht.

Digitale Kommunikationsformen können hilfreich sein, z.B. zur schnellen Befundübermittlung.

Die Wiedereingliederung in das Berufsleben gelingt nicht immer reibungslos, da im beruflichen Umfeld manchmal keine adäquaten Kenntnisse zur Beurteilung der Bedarfe des Betroffenen vorliegen.

Das Versorgungsangebot im Landkreis ist für alle Behandlungsphasen bedarfsgerecht, jedoch für PatientInnen teilweise nicht ausreichend transparent. Der Pflegestützpunkt, der im Landkreis eingerichtet wurde, bietet für PatientInnen auch eine Anlaufstelle für sozialrechtliche Fragen. Für PatientInnen sind über den gesamten Krankheitsverlauf hinweg Beratungsmöglichkeiten wichtig. Die Betroffenen erhalten zwar am Anfang der Erkrankung sehr viele Informationen, die auch verwirrend sein können und die später möglicherweise vertiefend wieder benötigt werden.

Für den Landkreis Biberach werden folgende **Handlungsempfehlungen** identifiziert:

- **Information und Aufklärung:** Aufklärung zur Früherkennung von Darmkrebs, auch denkbar durch regionale Aktionstage/-wochen wie z.B. „Begehbarer Darm auf dem Marktplatz in Biberach“ oder „Darmwoche“ mit Informationsveranstaltungen zu Darmkrankheiten. Eine direkte Kontaktaufnahme mit Personen im Landkreis Biberach ab 55 Jahren möglichst von einer unabhängigen Stelle zur Information hinsichtlich der Möglichkeiten zur Darmkrebsprävention wird befürwortet.
- **Beratung:** Die Regelfinanzierung der psychosozialen Krebsberatungsstellen soll sichergestellt werden. Eine Außensprechstunde der psychosozialen Krebsberatungsstelle Ulm im Landkreis Biberach wird sehr positiv gesehen.
- **Case Management:** Für die Einführung eines Case Managements müssen die Rahmenbedingungen geklärt werden und Anreize für Hausarztpraxen geschaffen werden, um die Rolle des Lotsen/Case Managers zu übernehmen.

3.2.1.4. Arbeitsgruppe Demenz

Hinsichtlich der Gesundheitsförderung und Prävention ist das Netzwerk Demenz im Landkreis Biberach neben örtlichen Hilfenetzwerken und Ehrenamtliche-/Bürgerinitiativen sehr aktiv.

Die Zusammenarbeit zwischen Bildungsträgern, Medien, Lebenswelten, Netzwerk Demenz, Vereinen, Seniorenbüro sowie dem Öffentlichen Gesundheitsdienst (ÖGD) sollte intensiviert werden.

Hinsichtlich der Versorgung wird die Hausarztpraxis als zentraler Ansprechpartner für Demenzkranke und Angehörige gesehen, da von dort ein wechselseitiger Austausch mit allen an der Behandlung Beteiligten besteht. An den Schnittstellen muss jedoch die Kommunikation verbessert werden (z.B. zwischen HausärztIn und Pflege oder zwischen HausärztIn und Fachklinik). Für eine strukturierte Kommunikation zwischen den Behandlern sind eine digitale Patientenakte sowie regelmäßige Telefonkonferenzen wünschenswert.

Das routinemäßige Entlassmanagement ist oftmals nicht ausreichend für DemenzpatientInnen, diesbezüglich herrscht Forschungsbedarf.

Das Versorgungsangebot im Landkreis bietet ausreichend stationäre Heimplätze und eine große Vielfalt an Angeboten/Hilfen für PatientInnen und Angehörige. Eine wichtige Rolle spielen dabei das Netzwerk Demenz, Nachbarschaftshilfen, Ehrenamtliche-/Bürgerinitiativen, öffentliche Hilfenetzwerke, Unsere Brücke, PflegebegleiterInnen und –beraterInnen sowie die Psychiatrische Institutsambulanz.

Bezüglich der Tagespflegekapazität und der heimortnahen Versorgung herrschen regionale Unterschiede. In Ballungsgebieten und im ländlichen Raum müssen unterschiedliche Lösungen entwickelt werden, um den Aufbau eines „Hilfe-Mix“ zur Begleitung demenzerkrankter Personen mit ehrenamtlicher Unterstützung umzusetzen.

Beratungsangebote und Kriseninterventionsmöglichkeiten sind nicht flächendeckend vorhanden.

Die Bestellung eines gesetzlichen Betreuers ist teilweise sehr langwierig.

Lange Wartezeiten für Termine beim Facharzt und für einen ambulanten Behandlungsplatz in der Psychiatrischen Institutsambulanz von 8-12 Wochen sind keine Seltenheit. Eine Priorisierung von Behandlungsangeboten durch verbesserte Kommunikation wird vorgeschlagen.

Für Angehörige, Pflege- und Betreuungskräfte belastend ist der bürokratische Aufwand, der durch Dokumentationspflichten entsteht und für die Bewilligung von Leistungen notwendig ist. Erschwerend für die Transparenz kommt hinzu, dass verschiedene Leistungsträger wie z.B. die private Pflegeversicherung, Beihilfe, Krankenversicherung und Sozialhilfe unterschiedliche Regularien haben. Die Zugänge und die Möglichkeiten der Leistungsgestaltung sind seitens der Pflegekassen, der Anbieter und der Gemeinden zu wenig transparent.

Im Landkreis Biberach wurde der Pflegestützpunkt im Januar 2018 als wichtige Anlaufstelle zur professionellen Beratung eingerichtet. Zusätzlich sollte es eine unabhängige Institution geben, die den Überblick über die Behandlung des Patienten/der Patientin hat und mit allen AkteurInnen in Kontakt steht (Case Manager/Lotse).

Für den Landkreis Biberach werden folgende **Handlungsempfehlungen** identifiziert:

- **Öffentlichkeitsarbeit:** Die Aufklärung der Öffentlichkeit über das Krankheitsbild Demenz soll zu einer Entstigmatisierung beitragen. Es sollen auch Schulen und Kindertagesstätten (Kitas) miteinbezogen werden. Sinnvoll wäre die Thematisierung anhand von Dokumentationen, Filmen, Werbung o.ä. in den („großen“) Medien auf Bundesebene z.B. auf Initiative der deutschen Alzheimerstiftung. Regionale Öffentlichkeitsarbeit könnte durch die „Stiftung Demenz“ und durch die Selbsthilfegruppen stattfinden.
- **Kooperation im Bereich Gesundheitsförderung:** Das Netzwerk Demenz sollte weiter ausgebaut werden.
- **Zusammenarbeit und Kommunikation in der Behandlung:** Die Vernetzung zwischen den BehandlerInnen und den BetreuerInnen sollte verbessert werden, ebenso der Austausch zwischen den ÄrztInnen sowohl im stationären als auch im ambulanten Bereich. Wie die Kommunikation an den Schnittstellen und das Entlassmanagement bei der Demenz optimal gestaltet werden kann, sollte Gegenstand der Forschung werden.
- **Digitale Patientenakte:** Digitale Befundübermittlung/digitaler Austausch erleichtert die Kommunikation. Dazu bedarf es verlässlicher Rahmenbedingungen hinsichtlich des Datenschutzes.
- **Case Management:** Aufgabe ist es, die Koordination der Therapie, wenn nötig zu übernehmen und für die PatientInnen und ihre/seine Angehörige als AnsprechpartnerInnen für Hilfsmöglichkeiten zur Verfügung zu stehen. Bereits bei der Diagnosestellung sollten die Betroffenen und Angehörige strukturierte Informationen bzgl. der ihnen zustehenden Hilfsangebote erhalten. Das Case Management soll an der Hausarztpraxis stattfinden. Dazu bedarf es entsprechender Res-

sourcen und Rahmenbedingungen (SozialarbeiterInnen/Ausweitung der Aufgaben der VersorgungsassistentInnen in der Hausarztpraxis/ VERAHS).

- **Versorgung von Demenzkranken:** Die Geriatrie soll auf allen Ebenen (Akutbehandlung, Reha, Forschung und Lehre) gestärkt werden. Platzkapazitäten zur Versorgung fallschwerer Demenzkranker sollten bedarfsgerecht vorhanden sein. Die Betreuungs- und Behandlungslandschaft sollte heimortnah verbessert werden. Die Qualifizierung medizinischer Einrichtungen für die Betreuung von Demenzkranken sollte verbessert werden. Es ist schwierig für Angehörige kurzfristig kurzzeitige Betreuungsmöglichkeiten für Demenzkranke zu finden. Hier sind innovative Ideen gefragt und sollten regional entwickelt werden.

3.2.1.5. Arbeitsgruppe Depression

Hinsichtlich der Gesundheitsförderung und Prävention wird der Verbesserung der Aufklärung über das Krankheitsbild Depression auf verschiedenen Ebenen hohe Bedeutung zugemessen, dabei erscheint neben dem Einsatz von Medien die Orientierung an Settings strukturell wichtig. Durch einen Zusammenschluss der Lebenswelten zu einem Netzwerk soll die Kooperation verbessert werden. Der Öffentliche Gesundheitsdienst ÖGD wird für die Bereiche Gesundheitsförderung und Prävention als Ansprechpartner gesehen.

Hinsichtlich der medizinischen Versorgung sind regionale Netzwerke zwischen den AkteurInnen aufgebaut, allerdings ist die Kommunikation noch nicht zufriedenstellend. Als Hemmnis wird die fehlende Transparenz bezüglich der bestehenden beratenden und therapeutischen Angebote wahrgenommen. Gegenseitige Absprachen zu Telefonsprechzeiten aller an der Behandlung beteiligten ÄrztInnen und Kommunikationsmöglichkeiten über eine Internetplattform können die Zusammenarbeit erleichtern, sofern die Probleme hinsichtlich des Datenschutzes gelöst werden können.

Den Betroffenen steht ein qualitativ hochwertiges und flexibles spezifisches Netzwerk professioneller und begleitender Angebote zur Verfügung. Eine Diskrepanz herrscht zwischen dem Bedarf und den tatsächlich zur Verfügung stehenden ambulanten und stationären Angeboten. Aufgrund dessen sind sehr lange Wartezeiten bis zur stationären Aufnahme/zum Beginn einer ambulanten Therapie keine Seltenheit.

Für PatientInnen mit akuten psychischen Problemen sollte es einen 24h-Krisendienst sowie Reservebetten für eine notfallmäßige stationäre Behandlung geben. Problematisch ist, dass Fachpersonal auf allen Ebenen der psychischen Versorgung fehlt.

Depressive PatientInnen benötigen häufig Angebote, die über die medizinische Versorgung hinausgehen. Die getrennte Finanzierung dieser Angebote und die fehlende Transparenz sowie schwierige Zugangswege erschweren die Versorgung. Bürokratische Hürden bei der Beantragung ambulanter Therapien und die aus der Sicht der Therapeuten nicht kostendeckende Vergütung der probatorischen Sitzungen kommen hinzu.

Hilfreich wäre eine Beratungsstelle, die den Überblick über alle bestehenden Angebote für Betroffene ermöglichen soll. Denkbar ist auch eine Internetplattform für alle regional verfügbaren Angebote und direkter Terminvereinbarungsmöglichkeit.

Ein Case Manager kann die PatientInnen unterstützen, indem er Kontakte und Angebote vermittelt und den Überblick über den Behandlungsverlauf behält.

Für Arztpraxen werden Personalschulungen empfohlen, um eine mögliche Depression möglichst früh zu erkennen.

Für den Landkreis Biberach werden folgende **Handlungsempfehlungen** identifiziert:

- **Aufklärung:** Einsatz von Medien zur Aufklärung über das Krankheitsbild „Depression“. Bundesweit sollte z.B. über Fernsehserien, kurze Werbespots oder in Talkshows auf die Depression aufmerksam gemacht werden. Regional sollte bei den Vereinen angesetzt werden und TrainerInnen in Sportvereinen für Depressionen sowie andere psychische Krankheitsbilder sensibilisiert werden.
- **Zusammenarbeit von Kita, Schule, Arbeitswelt, Bildungsträger, Vereine und Öffentlichem Gesundheitsdienst ÖGD (Gesundheitskonferenz):** Ein Zusammenschluss der Lebenswelten zu einem Netzwerk wäre sinnvoll. Voraussetzung dafür ist es, einen Ansprechpartner in allen Lebenswelten für (allgemeine) gesundheitliche Belange zu haben. Dies erleichtert den Austausch untereinander und ermöglicht z.B. auch kleineren Betrieben daran teilzuhaben.
- **Regionale Koordination von Gesundheitsförderung und Prävention:** Der Öffentliche Gesundheitsdienst (ÖGD) soll Ansprechpartner und Koordinator im Bereich der Gesundheitsförderung und der Prävention sein.
- **Mobile und flexible Teams:** Ein mobiles und flexibles Team kann speziell auf den einzelnen Menschen eingehen und feststellen, was dieser im Moment braucht (ggf. aufsuchend). Das Team wird vom Case Manager zusammengestellt und sollte je nach Bedarf aus FachärztInnen, SozialarbeiterInnen und GenesungsbegleiterInnen (Selbstbetroffenen) bestehen.
- **Case Management:** Die Hausarztpraxis sollte die Betroffenen mit Case Managern durch die Behandlung begleiten. SozialarbeiterInnen in den Praxen oder VersorgungsassistentInnen (VERAHs) könnten vermehrt Aufgaben im Case Management übernehmen. Hierfür notwendige Ressourcen müssten geschaffen werden.
- **Kommunikation zwischen den Behandlern:** Hilfreich für die Kommunikation zwischen den Behandlern, als auch mit den PatientInnen sind transparente Telefonzeiten.
- **Sektorenübergreifender Versorgungsauftrag:** Es soll ein sektorenübergreifender Versorgungsauftrag entwickelt werden. Der Aufbau von Netzwerken sollte dabei im Mittelpunkt stehen, die sich aus allen maßgeblichen AkteurInnen für die Behandlung und Begleitung der Betroffenen zusammensetzen. Es sollte keine rein sektorale Weiterentwicklung der ambulanten Versorgung durch Krankenhäuser geben. Eine „unbürokratische bedarfsgerechte Versorgung“ muss ermöglicht werden.
- **Transparenz über die Angebote im Landkreis:** Beratungsstellen für PatientInnen und Case Manager wären hilfreich, die einen Überblick über alle bestehenden Angebote zur Depression ermöglichen. Eine zentrale Angebots-Plattform wäre sinnvoll. Hierzu eignet sich ein computergesteuertes System (alle in der Region vorhandenen Angebote sind abgebildet mit direkter Terminvereinbarungsmöglichkeit). Die Koordination der Angebote sollte durch eine unabhängige Institution übernommen werden.
- **Schulungen/Qualifizierungsmaßnahmen:** Zur Früherkennung der Depression ist es wichtig die MitarbeiterInnen in Facharztpraxen/Hausarztpraxen regelmäßig zu schulen. Es sollten auch Qua-

lifizierungsmaßnahmen für Peers eingeführt werden, z.B. EX-IN (EXperienced-Involvement) GenesungsbegleiterInnen.

- **Akut- und Krisenversorgung:** Es sollten mehr Fachkräfte im ärztlichen, pflegerischen und fachtherapeutischen Bereich zur Verfügung stehen, insbesondere für die Akutversorgung und Krisenversorgung. Eine attraktivere Bezahlung und Anpassung der Rahmenbedingungen sind hierfür notwendige Voraussetzungen. Ressourcen für GenesungsbegleiterInnen sollten darüber hinaus geschaffen werden.
- **Ausbau der Ressourcen:** Die Wartezeiten in allen Behandlungsbereichen sollten dringend verkürzt werden. Auch initiale Gruppentherapien könnten eine Hilfe sein.
- **Integriertes Versorgungsmodell**
- **Finanzierung:** Bezüglich der Finanzierung muss Klarheit und Transparenz herrschen. Der erste Ansprechpartner der einen Antrag bekommt sollte diesen auch bearbeiten können (Aufgabe des Case Managements wäre auch, zu klären welcher Kostenträger zuständig ist).

3.2.1.6. Arbeitsgruppe Diabetes mellitus Typ 1 und Typ 2

Hinsichtlich der Gesundheitsförderung und Prävention können das Projekt „Sterne für Schulen/Sterne für Kindertagesstätten“, die Programme der AOK zur Prävention von Diabetes sowie die Fachfrauen für Kinderernährung besonders hervorgehoben werden.

Für übergewichtige Kinder wird die Einführung einer Mütter-/Elternberatung auf Landkreisebene vorgeschlagen. Über die Lebenswelt Schule und Kindergarten, denen eine wichtige Rolle zukommt, kann eine Bewusstseinsbildung bei Eltern und Kindern für die Diabetesprävention gelingen.

Apotheken sind niederschwellige Anlaufstellen und können z.B. durch für den Nutzer kostenlose Blutzucker-Teststreifen eine frühe Detektion einer Diabeteserkrankung unterstützen.

Im Hinblick auf MigrantInnen sollten die Angebote in verschiedenen Sprachen stattfinden. Besonderes Augenmerk sollte Migrationsfamilien gelten, die nicht in jedem Fall für die Problematik des Übergewichtes in der Überflussgesellschaft sensibilisiert sind.

Hinsichtlich der medizinischen Versorgung wird die Hausarztpraxis (zusammen mit dem Betroffenen bzw. seiner Familie) als Koordinator für PatientInnen gesehen. Von dort werden im besten Fall Diagnostik und Behandlung samt Terminen koordiniert und mit den begleitenden Fachrichtungen kommuniziert. Bisher ist eine Vernetzung der an der Behandlung mitwirkenden Berufsgruppen, Institutionen und Einrichtungen noch kaum vorhanden, dabei sind regelmäßige Rückmeldungen an den Hausarzt wichtig.

Die Kommunikation ist sehr gut über neue Kommunikationswege vorstellbar, wie z.B. über eine digitale Patientenakte als gesicherte Plattform.

Zur Unterstützung der Vermittlung von medizinischen Versorgungsangeboten wird eine webbasierte Koordinationsstelle mit verschiedenen Angeboten, freien Terminen und einer webbasierten Beratung vorgeschlagen. Für PatientInnen ohne Online-Erfahrung soll es zudem Anlaufstellen/Patientenberatungsstellen geben.

Im Landkreis Biberach sind alle Versorgungsstrukturen prinzipiell vorhanden, allerdings nicht flächendeckend verteilt und die Wartezeiten bei den FachärztInnen sind teilweise sehr lang. Viele AnbieterInnen finden sich in den Mittelzentren, z.B. in Biberach. Durch fehlende Verkehrsanbindung z.B. an schulfreien Tagen können die PatientInnen die AnbieterInnen häufig schlecht erreichen. Eine Herausforderung für die Frühbehandlung von PatientInnen mit Diabetes mellitus ist die anfängliche Symptomfreiheit. Präventive Sprechstunden werden bisher von ÄrztInnen aufgrund der fehlenden Vergütung nicht angeboten. An Diabetes erkrankte PatientInnen werden aus der Sicht der DiabetologInnen zu spät zu ihnen überwiesen, wodurch bei weit vorangeschrittener Krankheit die Behandlung komplexer und kostenaufwändiger wird.

Die Zahl der an Diabetes mellitus Typ II erkrankten Jugendlichen steigt stetig an. Deshalb sind Versorgungsstrukturen für übergewichtige Jugendliche, sowie eine stationäre Behandlung zur Gewichtsabnahme notwendig. Eine bessere Teilnahme an der J1-Untersuchung könnte neben einer Sensibilisierung der Eltern helfen.

Für den Landkreis Biberach werden folgende **Handlungsempfehlungen** identifiziert:

- **Aufklärung und Beratung:** Bei Kindern mit Übergewicht wird eine strukturierte Beratung der Eltern im Rahmen der Mütter-/Elternberatung vorgeschlagen. Familienhebammen sollten in die frühe Beratung einbezogen werden. Für die Teilnahmen an der J1 sollte gezielt geworben werden. In den Lebenswelten Kindergarten und Schule kann eine gezielte Aufklärung über Diabetes und Adipositas erfolgen. Wünschenswert wäre eine Unterstützung der Schulen durch nicht-pädagogisches Personal, welches sich um gesundheitliche/soziale Belange kümmert (z.B. ein/eine SchulkrankenschwesterIn oder ein/eine GesundheitsberaterIn). Präventionsangebote für MigrantInnen könnten in verschiedenen Sprachen angeboten werden. Eine Sensibilisierung für Themen aus dem Bereich Gesundheit könnte durch Personen erfolgen, die mit MigrantInnen in verschiedenen Settings in Kontakt kommen (Vereine, Schulen, Betriebe, Eltern-Mentoren-Konzepte usw.).
- **Optimierung der Schulverpflegung:** Die Schulverpflegung sollte optimiert werden mit gleichzeitiger Kompetenzvermittlung im Umgang mit Nahrungsmitteln. Die Landesstelle für Schulverpflegung bietet Beratung für diesen Themenbereich an und könnte durch die Schulen vermehrt genutzt werden.
- **Ausbau der Zusammenarbeit mit dem Öffentlichen Gesundheitsdienst ÖGD/Gesundheitskonferenz:** Im Rahmen von Netzworkebildungen sollten unter dem Dach der Gesundheitskonferenz regionale Strategien im Bereich Diabetesprävention bei Kindern und Jugendlichen erarbeitet werden.
- **Koordination der Behandlung/Case Management:** Der Case Manager könnte in der Hausarztpraxis oder regional angesiedelt werden, hierfür müssten Ressourcen und Rahmenbedingungen geschaffen werden. Die Aufgabe des Case Managements besteht in der Koordination der Behandlung und der Kommunikation mit wichtigen Partnern, wenn der/die PatientIn dieses wünscht.
- **Gesundheitliche Versorgung in Teams:** Eine Entlastung der HausärztInnen könnte durch VersorgungsassistentInnen (VERAHs) oder SozialarbeiterInnen umgesetzt werden und damit eine bessere Vernetzung des Versorgungsteams erreicht werden.
- **Einbindung Diabetologe:** Die frühzeitige Einbindung der DiabetologInnen in die Behandlung kann auf lange Sicht Behandlungskosten reduzieren. Hilfreich wären dabei die Weiterentwicklung des

Disease-Management-Programms DMP und die Zusammenführung mit dem System des Case Managements.

- **Kommunikation:** Die Kommunikation ist grundsätzlich über neue Kommunikationswege vorstellbar, wie z.B. über gesicherte E-Mail, Video-Chat und über eine digitale Patientenakte.
- **Anreize zur präventiven Beratung im Vergütungssystem:** Eine leistungsgerechte Vergütung der HausärztInnen für präventive Sprechstunden und Beratung, nicht nur für die Behandlung von Erkrankungen sollte zur Verfügung stehen.
- **Versorgung bestimmter Patientengruppen:** Hilfreich wäre ein Angebot für an Diabetes erkrankte Jugendliche zur begleitenden ambulanten psychotherapeutischen Behandlung mit korrespondierender Bewusstseinsbildung für die Notwendigkeit einer solchen Behandlung. Ein weiterer Schwerpunkt liegt bei der Versorgung und der sozialen Alltagsunterstützung von geriatrischen PatientInnen. Hier müssten regionale Konzepte erarbeitet werden.
- **Kapazität des Schulungsvereins:** Diabetes-Schulungen können im Landkreis Biberach derzeit aus Kapazitätsgründen primär nur in Biberach angeboten werden. Das Angebot sollte in Zukunft ausgedehnt werden.
- **Angebote durch Kostenträger:** Die Kosten einer ambulanten psychotherapeutischen Behandlung für an Diabetes erkrankte Jugendliche sollen übernommen werden, ebenso in größerem Maße als bisher die Kosten für Teststreifen. Kassen sollten Anreize bieten zur Teilnahme an Diabetes-Schulungen
- **Ambulante ärztliche Bedarfsplanung:** Bei FachärztInnen entstehen lange Wartezeiten. Die Bedarfsplanung der Kassenärztlichen Vereinigung sollte analysiert und an den tatsächlichen Bedarf angepasst werden.

3.2.1.7. Arbeitsgruppe Schlaganfall

Hinsichtlich der Gesundheitsförderung und Prävention werden die Veranstaltungen zum Thema Schlaganfall durch die Sana Kliniken im Landkreis Biberach als regional zuständigem Krankenhaus der Grund- und Regelversorgung als wichtige Informationsplattform gesehen, wobei diese Veranstaltungen noch auf zu wenig Resonanz in der Bevölkerung treffen. Dabei kommt der Aufklärung der Allgemeinbevölkerung zum Thema Schlaganfall und zu den Akutsymptomen eine zentrale Bedeutung zu.

Kooperationen zwischen Krankenversicherungen und Kommunen werden vorgeschlagen, dabei wird die Koordination von Präventionsangeboten als Aufgabe der Krankenversicherungen gesehen, wohingegen die Angebote in der Gesundheitsförderung auf kommunaler Ebene organisiert und koordiniert werden sollten. Die Kommunale Gesundheitskonferenz soll als regionales Gremium für Austausch und Vernetzung agieren.

Zur Darstellung dieser regionalen Angebote wird eine Plattform vorgeschlagen, anhand derer die PatientInnen einen Überblick gewinnen können.

Sekundärprävention im Betrieb wird für SchlaganfallpatientInnen unter 60 Jahren gewünscht (z.B. Blutdruckmessungen während der Arbeit).

Hinsichtlich der medizinischen Versorgung besteht auf Landkreisebene für das Krankheitsbild eine sehr gute Vernetzung. Wünschenswert wären aus der Sicht der klinisch tätigen ÄrztInnen Möglichkei-

ten zur Nachuntersuchung nach Entlassung aus der stationären Behandlung, um Langzeitverläufe zu beobachten. Auch die Möglichkeit der ambulanten nachstationären Behandlung durch bereits aus der stationären Behandlung bekannte TherapeutInnen wird besonders bei komplexen Krankheitsverläufen gewünscht.

Um den Übergang in die ambulante Behandlung reibungslos zu gestalten, ist die rechtzeitige Kontaktaufnahme von stationären Einrichtungen mit ambulanten TherapeutInnen notwendig, um keine terminbedingten Behandlungslücken entstehen zu lassen.

Im Bereich der Vernetzung werden der Pflegestützpunkt und ein individuelles Case Management als wichtige Bausteine gesehen.

Beim Auftreten eines Schlaganfalls ist die schnellstmögliche Einweisung in die nächstliegende Stroke Unit das Allerwichtigste. AllgemeinmedizinerInnen und Rettungsdienste müssen darauf sensibilisiert werden. SchlaganfallpatientInnen sollten durch den Rettungsdienst bei der Klinik vorangekündigt werden.

Im Landkreis Biberach sind im stationären Bereich alle grundlegenden Versorgungsstrukturen von der zertifizierten Schlaganfalleinheit (Stroke-Unit) bis zur Frührehabilitativen geriatrische Komplexbehandlung weitgehend bedarfsgerecht vorhanden. Lange Wartezeiten bestehen hingegen im ambulanten Bereich, so in der ambulanten neurologischen und radiologischen Versorgung. Es bestehen nach Einschätzung der Experten auch Kapazitätsengpässe in der Kurzzeitpflege und in der Rehabilitation.

Selektivverträge zwischen Krankenkassen und einzelnen Rehabilitationseinrichtungen führen dazu, dass örtliche Wünsche von PatientInnen oft nicht berücksichtigt werden. Die Besuche und die Unterstützung durch Angehörige gestalten sich dadurch sehr schwierig. Rehabilitationseinrichtungen sollten alle Phasen der Reha (A-F) patientenbezogen anbieten können bzw. die Untergliederung der Rehabilitation in Phasen sollte hinsichtlich des Patientennutzen dringend überdacht werden.

Gewünscht werden Rahmenbedingungen, die den interdisziplinären Austausch fördern. So werden eine angemessene Vergütung von Therapie- und Berichtszeiten der Heilmittelerbringer und eine Vergütung von Zeiten für Vernetzung und Austausch gewünscht.

Die bestehenden Heilmittelrichtlinien sind teilweise sehr komplex. Dadurch kommt es häufig zu formalen Problemen bei Verordnungen und somit auch zu Vergütungs-Problemen bei den TherapeutInnen. Eine Vereinfachung der Richtlinien beugt diesem vor, flankiert von Fortbildungsveranstaltungen für HausärztInnen.

Damit eine reibungslose Kommunikation möglich wird, sollte eine Übersicht der aktuellen Medikation und Therapie vorliegen. Dies könnte anhand von einer digitalen Patientenakte ermöglicht werden. Sofern PatientInnen oder Angehörige Unterstützung bei der Organisation der Behandlung benötigen, wird ein kostenträgerunabhängiger Koordinator vorgeschlagen.

Für den Landkreis Biberach werden folgende **Handlungsempfehlungen** identifiziert:

- **Information und Aufklärung:** Geeignete Angebote zur Verbesserung der Aufklärung der Allgemeinbevölkerung zum Thema Schlaganfall und zu den Akutsymptomen sollen regional erarbeitet werden. Jugendliche, die sich mit dem Thema Schlaganfall noch nie beschäftigt haben, sollen verstärkt angesprochen werden.

- **Koordination von Angeboten der Gesundheitsförderung und von Präventionsangeboten:** Grundlage sollen regionale Gesundheitsziele sein, die die Gesundheitskonferenz gemeinsam beschließt. Die Koordination der Präventionsangebote wird durch ein regionales Gremium gewünscht. Die Koordination der Gesundheitsförderung soll vor Ort durch Kommunen stattfinden.
- **Transparenz für regionale Angebote:** Einrichtung einer digitalen Plattform zur Darstellung der regionalen Angebote, gepflegt durch bundesweit agierende Institutionen z.B. die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) oder die deutsche Schlaganfallhilfe.
- **Sektorenübergreifende nachstationäre Weiterbehandlung komplex erkrankter PatientInnen:** Die nachstationäre ambulante Weiterführung der Behandlung von komplex erkrankten PatientInnen durch aus der stationären Behandlung bereits bekannte ÄrztInnen und TherapeutInnen sollte ermöglicht werden.
- **Koordinationsstelle/Case Management:** Sofern PatientInnen/Angehörige Unterstützung benötigen wird eine möglichst kostenträgerunabhängige Koordination der Behandlung gewünscht.
- **Digitale Patientenakte:** Einführung einer digitalen Patientenakte (z.B. in gesicherter Cloud/auf Gesundheitskarte).
- **Interdisziplinärer Austausch:** Es sollten Ressourcen geschaffen werden für eine Vergütung des interdisziplinären Austausches. Eine angemessene Vergütung von Therapie- und Berichtszeiten wird gewünscht.
- **Verfahrensbeschleunigung bei Anträgen zur Betreuung und Beschleunigung der Bearbeitung bei Hilfe zur Pflege:** Müssen behördliche Institutionen eingeschaltet werden, um kostenträgerrelevante Aspekte für eine Weiterbehandlung/Weiterversorgung zu klären, sollten schnelle Wege gefunden werden, um die Verweildauer in den Krankenhäusern nicht unnötig zu verlängern und dadurch die Akutkapazitäten zu belasten.
- **Anpassung Kapazität Rehabilitation für alle Phasen sowie für Pflege**
- **Ambulante Hilfs- und Behandlungsangebote:** Schaffung wohnortnaher ambulanter Hilfs- und Behandlungsangebote.
- **Heilmittelrichtlinien/Heilmittelverordnung:** Vereinfachung der Heilmittelrichtlinien/Heilmittelverordnung.

3.2.2. Landkreis Ravensburg

3.2.2.1. Arbeitsgruppe Anorexie

Im Landkreis Ravensburg besteht ein gut kooperierendes Netzwerk innerhalb der therapeutisch-psychiatrischen Versorgung. Unspezifische präventive Maßnahmen und Angebote sind bereits vielerorts vorhanden. Die Formulierung und Umsetzung gezielter Maßnahmen wird jedoch als schwierig erachtet, da den ExpertInnen zufolge nicht ausreichend Evidenz für Prädiktoren im (frühen) Kindesalter für die Entwicklung einer Anorexie vorliegt. Im Bereich der Gesundheitsförderung und Prävention

wird großes Potential in der Lebenswelt Schule gesehen, u. a. im Bereich der Sensibilisierung für gesunde Ernährung und psychische Erkrankungen. Die Einführung von Schulgesundheitsfachkräften wird in diesem Zusammenhang ausdrücklich gewünscht und wäre für den Landkreis Ravensburg sehr gut denkbar.

Die Zusammenarbeit der ambulanten und stationären Einrichtungen mit Schulen stellt eine Herausforderung dar und gestaltet sich oft schwierig. Zum einen ist das System Schule teilweise mit dem Krankheitsbild überfordert, wodurch der Zeitpunkt der Intervention sehr unterschiedlich ist. Zum anderen ist die Kommunikation zwischen Kinder- und Jugendmedizin und Schulen aufgrund der fehlenden Schweigepflichtsentbindung schwierig. Eine Sensibilisierung der schulischen AkteurInnen, inklusive des Kultusministeriums, und ein entsprechendes Fortbildungs- und Coaching-Angebot sind daher wünschenswert. Besonders wichtig wäre es, in der Übergangszeit des Wiedereinstiegs in die Schule eine ambulante therapeutische Begleitung zu ermöglichen. Der/Die SchulpsychologIn wird an dieser Schnittstelle noch zu wenig eingebunden, da hierfür der Auftrag fehlt, aber auch, da er/sie von ärztlicher/therapeutischer Seite zu selten einbezogen wird.

Ein weiteres Hindernis für eine erfolgreiche sektorenübergreifende Versorgung besteht darin, dass bei Home Treatment eine gleichzeitige ambulante Behandlung ausgeschlossen ist. Problematisch ist auch, dass eine ambulante Behandlung über eine z.B. kinder- und jugendpsychiatrische Praxis momentan nicht möglich ist, wenn noch die Therapie über eine psychiatrische Institutsambulanz (PIA) läuft. Aktuell wird eine ambulante Behandlung in diesem Rahmen durch die Kostenträger nicht übernommen (Problem liegt nicht bei den Kliniken oder ambulanten Therapeuten). Die Ressourcen hierfür aufzustocken würde sich aus Sicht der ExpertInnen auch für die Krankenkassen lohnen. Die Übergangsphase vom stationären in den ambulanten Bereich müsste also grundsätzlich optimiert werden.

Es besteht außerdem Bedarf für ein strukturiertes, systematisches und spezifisches Angebot sowie für mehr Transparenz. Auch eine offizielle Selbsthilfe- und Angehörigengruppe wäre wünschenswert. Auf der anderen Seite ist aber auch die teilweise geringe Akzeptanz vorhandener Angebote problematisch.

Zusammengefasst aus den Stärken und Schwächen, den in der dritten Arbeitsgruppensitzung vorgestellten Projekten sowie aus den Diskussionen und Gesprächen mit den ExpertInnen ergeben sich für das Krankheitsbild Anorexie für den Landkreis Ravensburg folgende **Handlungsempfehlungen**:

- **Aufklärung der Öffentlichkeit:** Es sollte vermehrt über die Grundlagen einer gesunden Ernährung und über psychische Erkrankungen informiert und hierfür sensibilisiert werden, insbesondere in Schulen und Kitas.
- **Personalentwicklung an Schulen:** Lehrkräfte sollten entsprechende Schulungen und Coachings erhalten und ggf. als MultiplikatorInnen innerhalb ihrer Schule fungieren, um rechtzeitig und angemessen intervenieren zu können. Wichtig sind hierbei die Einbindung des Kultusministeriums und die Zusammenarbeit in Netzwerken. Gewünscht wird außerdem die Einführung von Schulgesundheitsfachkräften.
- **Schnittstellenmanagement aus dem Gesundheitssektor in die Pädagogik:** Wichtig wäre grundsätzlich eine engere Kooperation mit ambulanten und stationären Einrichtungen und Schulen. Kliniken oder ambulante ÄrztInnen und TherapeutInnen sollten im Einverständnis mit den Eltern den SchulpsychologInnen aktiv einbeziehen, um eine intensive Kommunikation und Kooperation zwischen Kinder- und Jugendmedizin und Schule zu ermöglichen. Kinder- und JugendärztInnen sollten gezielt zu diesem Thema informiert werden.

In der Übergangszeit des Wiedereinstiegs in die Schule sollte eine ambulante therapeutische Begleitung möglich sein. In schwierigen Phasen sollte anschließend die Wiederaufnahme von Gesprächen mit ambulanten oder stationären TherapeutInnen ermöglicht werden.

- **Übergangsphase vom stationären in den ambulanten Bereich:** Home Treatment und stationäre Therapie sollten langsam auslaufen und sich mit ambulanter Therapie überschneiden dürfen, sich also nicht gegenseitig ausschließen. Ebenfalls sollte es möglich sein, bereits ambulant über eine z.B. kinder- und jugendpsychiatrische Praxis behandelt zu werden, wenn noch die Therapie über eine psychiatrische Institutsambulanz (PIA) läuft. Es wäre wichtig, bereits in der Entlassphase Gespräche mit ambulanten TherapeutInnen zu ermöglichen.
- **Aufsuchende Hilfen:** Es werden aufsuchende Hilfen für betroffene Familien benötigt, bei denen im Gespräch, z.B. mit HausärztIn oder SchulpsychologIn, ein pädagogischer Bedarf erkannt wird. Der Einsatz aufsuchend tätiger SozialpädagogInnen, die in die Familien geschickt werden können, sollte als optionales Zusatzangebot ermöglicht werden und könnte Bestandteil eines Maßnahmenkatalogs sein. Es sollte gemeinsam mit der Familie über das passende Vorgehen entschieden werden.

Home Treatment sollte ausgebaut werden.

- **Coaching für Familien:** Das soziale Umfeld spielt durchgängig eine wichtige Rolle für die Betroffenen und muss daher konsequent in allen Phasen eingebunden werden. Betroffene Familien sollten die Möglichkeit haben, ein regelmäßiges Coaching in Anspruch zu nehmen.
- **Koordination und Transparenz der Angebote:** Es wird eine Beratungsstelle benötigt, die niedrigschwellig vorhandene Hilfen aufzeigen kann, bestehende Angebote, insbesondere im Bereich der Gesundheitsförderung und Prävention, koordiniert und Transparenz herstellt (ähnlich wie ein Pflegestützpunkt). Denkbar wäre, das Thema Koordination und Beratung bei der ergänzenden unabhängigen Teilhabeberatung im Rahmen des Bundesteilhabegesetzes [69] anzusiedeln.
- **Lotse/Begleitung für Lebenswelten:** Ein Lotse, der den „Hut auf hat“, sich um Übergänge kümmert etc., sollte unbedingt eingeführt werden (Bsp. Bunter Kreis Augsburg). Dieser Lotse sollte vor allem bzw. ausschließlich den Familien zur Seite stehen, die diese Hilfe brauchen („nicht mit der Gießkanne“). Sinnvoll sind außerdem Hilfeplankonferenzen, i. d. R. angeboten durch die Sozialpädagogische Familienhilfe.
- **Gruppenangebote:** Der Ausbau therapeutischer Gruppenangebote wird gewünscht.
- **Einzelfallentscheidungen der Krankenkassen:** Insbesondere bei sehr schweren Krankheitsverläufen sollten auch alternative Therapiemethoden, wie z.B. Reittherapie, von Seiten der Krankenkassen ermöglicht werden, wenn der zu erwartende Erfolg durch den/die TherapeutIn begründet wurde.

3.2.2.2. Arbeitsgruppe chronischer Kreuzschmerz

Im Landkreis Ravensburg besteht eine hohe Therapeutendichte und eine sehr gute personelle Vernetzung unter den AkteurInnen, die für die Versorgung von Personen mit (chronischem) Kreuzschmerz zuständig sind. Daraus ergibt sich auch eine Verbesserung der Termin-Wartezeiten für PatientInnen. Außerdem sind stationäre Aufnahmezeiten relativ kurz und es gibt eine hohe Bettenkapazität. Auch die Versorgung von betroffenen Kindern und Jugendlichen wird schnell gewährleistet. Besonders lobenswert sind die auf Eigeninitiative basierend stattfindenden Schmerzkonferenzen und das proaktive Case Management.

Beides wird geleistet durch ein bestehendes multimodales Schmerztherapieteam, das bundesweit als Modell gilt. Zudem finden jährlich themenbezogene Kongresse für PatientInnen und ÄrztInnen im Landkreis statt. Ein hilfreiches Angebot ist außerdem die „Gemeinsame Servicestelle für Rehabilitation“ bei der Deutschen Rentenversicherung²⁸. Im Bereich der Prävention ist es hilfreich, dass es in der Region viele Sportvereine und ein gutes Angebot an Entspannungsübungen gibt.

Als problematisch wird geschildert, dass die Therapie häufig in die Prävention verschoben wird, um im therapeutischen Bereich Kosten zu sparen. Es bestehen Einschränkungen der Kostenträger, die zu dieser Entwicklung führen. Insgesamt werden die budgetbedingte Weiterleitung von PatientInnen („Verschiebebahnhof“) und der „Kostendschub“ stark kritisiert. Das Budget für die Behandlung chronischer SchmerzpatientInnen ist zu gering, insbesondere für Physiotherapie. Adäquate Budgets für die Behandlung sind also dringend notwendig. Schwierig sind außerdem die Nachbehandlung bzw. Weiterversorgung zu Hause sowie der HausärztInnenmangel.

Auf Seiten der PatientInnen führen unterschiedliche Expertisen teilweise zu Unsicherheiten. Auch sind die AkteurInnen nur schwer erreichbar. Die kommunikative Ebene wird insgesamt als schwierig angesehen, wie auch die institutionelle Vernetzung. Es fehlt ein Case Manager, der die Koordination der Hilfen und Angebote übernimmt. Im Bereich der Telemedizin, Telematik und des Datenaustauschs zwischen behandelnden AkteurInnen werden mehr Klarheit und Weiterentwicklung gewünscht (in Bezug auf Datenschutz, Zugang etc.).

Die Themen Gesundheitsförderung und Prävention spielen eine große Rolle in der Vermeidung von Kreuzschmerzen. Die Akzeptanz entsprechender Angebote ist dennoch zu gering. Mangelndes Wissen ist hierbei jedoch nicht das Hauptproblem, sondern dass im Alltag häufig keine Zeit für gesundheitsförderliches Verhalten, wie z.B. Bewegung, vorhanden ist oder dass Anreize fehlen. Es ist daher wichtig, in den Lebenswelten „(Frei-)Räume“ für gesundheitsförderliches Verhalten zu schaffen. Im Wesentlichen kommt es darauf an, psychosoziale Belastungsfaktoren zu reduzieren und eine Chronifizierung zu vermeiden.

Zusammengefasst aus den Stärken und Schwächen, den in der dritten Arbeitsgruppensitzung vorgestellten Projekten sowie aus den Diskussionen und Gesprächen mit den ExpertInnen ergeben sich für das Krankheitsbild (chronischer) Kreuzschmerz für den Landkreis Ravensburg folgende **Handlungsempfehlungen**:

- **Gesundheitsförderung und Prävention:** Über Gesundheitsförderung und (Primär-)Prävention an Schulen und Kitas werden wichtige Grundlagen für einen gesunden Lebensstil gelegt. Der Ausbau dieser Bereiche und die stärkere Integration entsprechender Themen und Strukturen in den Unterricht werden daher dringend empfohlen. Auch Berufsgenossenschaften, Gewerkschaften und Arbeitgeber sollten sich in diesen Bereichen stärker engagieren. In allen Lebenswelten (Schule, Kita, Betrieb, Kommune) sollten vor allem „(Frei-)Räume“ geschaffen werden, um Bewegung und Entspannung in den Alltag integrieren zu können (Radwegenetz ausbauen etc.). Zuständigkeiten werden außerdem vor allem beim öffentlichen Sektor gesehen, wie beispielsweise dem Kultusministerium und dem Öffentlichen (Gesundheits-)Dienst. Die Koordination der Angebote sollten Kommunen, Gesundheitsämter und die Krankenversicherung übernehmen.
- **Aufklärung der Öffentlichkeit:** BürgerInnen und ExpertInnen sollten gezielt vermehrt über Angebote für (chronische) KreuzschmerzpatientInnen informiert werden. Wünschenswert ist auch ein

²⁸ <http://www.reha-servicestellen.de/internet/vdr/rhss.nsf/WPRHSSbyLocationWeb/527D6A98FC783B78C1256B79005AE947?openDocument&sortBy=location&cat=R&loc=Ravensburg> [letzter Zugriff am 24.04.18]

gemeinsames Programm der Krankenkassen für alle Versicherten in der jeweiligen Region, um die Akzeptanz der Angebote und die Teilnahmebereitschaft zu fördern.

- **Koordination der Behandlung (Case Management):** Die Funktion des Case Managers übernimmt im Idealfall der/die HausärztIn (oder ggf. eine Pflegefachkraft oder ein/eine PhysiotherapeutIn. Der/Die PatientIn sucht sich seinen/ihren Case Manager selbst aus). Für viele SchmerzpatientInnen wäre zudem ein/eine PatientenfürsprecherIn hilfreich.
- **Multimodales Schmerztherapieteam:** Das im Landkreis bestehende multimodale Schmerztherapieteam sollte eine stärkere Wertschätzung erfahren und bekannter gemacht werden. Das Team bedarf personeller Aufstockung, insbesondere für die Unterstützung beim Datenaustausch, für Edukation und weitere delegierbare Aufgaben (z.B. durch ArzthelferIn, Pain Nurse, Gesundheits- und KrankenpflegerIn, PhysiotherapeutIn). Die abgehaltenen Fallkonferenzen sollten regelmäßig stattfinden (z.B. einmal wöchentlich), unter Beibehaltung der freien ÄrztInnen- und TherapeutInnenwahl. Ca. ein- bis zweimal jährlich sollte auch ein/eine PatientenvertreterIn teilnehmen, unter Gewährleistung der Schweigepflicht. Grundsätzlich sollten auch PatientInnen in die Fallkonferenzen einbezogen werden.
- **Vernetzung und Kommunikation:** Es wird eine zentrale Speichermöglichkeit zum Austausch von Patientendaten benötigt. PatientInnen sollten „emanzipiert“ werden und die Kontrolle über ihre Daten haben können. Telekommunikation sollte verstärkt stattfinden (können). HausärztInnen brauchen mehr Zeit (ca. eine Stunde pro Tag) zum Austausch mit anderen FachärztInnen, z.B. in Form von Telefonkonferenzen.
- **Diagnostik:** Schnellere Diagnosen sollten ermöglicht werden. Ein Fragebogen (Beispiel www.mein-Schmerz.de) könnte hierbei hilfreich sein. Grundsätzlich sollte nach der neuen Nationalen Versorgungsleitlinie gehandelt werden, in der bereits definiert ist, wie die Diagnostik verbessert werden soll.
- **Personelle und finanzielle Ressourcen:** Die Anzahl der Haus- und FachärztInnen sollte an den Bedarf angepasst werden. Zeitressourcen der ÄrztInnen und TherapeutInnen sollten überprüft und ausgebaut werden. Die Nachsorge bzw. Versorgung zu Hause müssen sichergestellt werden. Wichtig ist außerdem der Ausbau einer neutralen sozialrechtlichen Beratung, z.B. über eine Beratungsstelle. Über Sozialarbeit und Sozialpädagogische Dienste sollte eine Begleitung zu Hause und am Arbeitsplatz angeboten werden. Die budgetbedingte Weiterleitung von PatientInnen („Verschiebebahnhof“) sollte vermieden werden. Bei chronischen KreuzschmerzpatientInnen sollte es keine Budgetierung geben. Wichtig wäre, dass außer einer Psychotherapie auch Physio- und Ergotherapie in ausreichendem Maß stattfinden können. Kostenträger und Behörden sollten Schmerzen auch ohne bildgebende Verfahren anerkennen, auf Basis einer guten Diagnostik.
- **Erreichbarkeit der AkteurInnen:** Die Erreichbarkeit der AkteurInnen über den Öffentlichen Personennahverkehr sollte sichergestellt werden.

3.2.2.3. Arbeitsgruppe Darmkrebs

Menschen mit Darmkrebs werden im Landkreis Ravensburg auf sehr hohem Niveau versorgt. Im zertifizierten Darmzentrum der Oberschwabenklinik²⁹ (OSK) gibt es einen vorstrukturierten Behandlungspfad für PatientInnen, sodass keine Wartezeiten entstehen und die Versorgung sichergestellt ist. Es wird daher empfohlen, DarmkrebspatientInnen nur in zertifizierten Darmzentren behandeln zu lassen. Das Onkologische Zentrum der Oberschwabenklinik wird als wichtigste Schnittstelle zur Rehabilitation gesehen.

Die ExpertInnen loben die gute Zusammenarbeit zwischen Apotheken und Haus- und FachärztInnen, zwischen Pflege und Homecare-Unternehmen, zwischen Selbsthilfegruppe, Akutklinik und Rehabilitation sowie teilweise zwischen Selbsthilfegruppe und FachärztInnen. Positiv bewertet werden außerdem Projekte für Schulen, die den Schwerpunkt auf Gesundheitsförderung und Prävention legen (z.B. das Projekt „Siegel Gesunde Schule“³⁰ des Gesundheitsamts sowie das Programm „Apotheke macht Schule“³¹). Auch wenn die ExpertInnen eindeutig befürworten, unspezifische Präventionsmaßnahmen, z.B. in Bezug auf Ernährung, auszubauen, geben sie für das Krankheitsbild Darmkrebs zu bedenken, dass die Kausalität und der Einfluss bestimmter Ernährungsweisen wissenschaftlich noch nicht eindeutig geklärt sind.

Schwierigkeiten bestehen vor allem im Bereich der Nachsorge. Hier gibt es organisatorische Schwierigkeiten, z.B. sind Zuständigkeiten nicht festgelegt. Problematisch wird die Schnittstelle zwischen Krankenkasse und Rentenversicherung gesehen, da Anträge lange dauern und die Antragstellung für eine Rehabilitation zu schwierig ist. Eine Hürde für eine optimale Versorgung stellt auch die Tatsache dar, dass bereits während der Chemotherapie noch nicht mit der Rehabilitation begonnen werden kann. Ein flexibleres und unkomplizierteres Rehabilitations-Angebot (Anschlussheilbehandlung) ist notwendig, besonders was die Schnittstellen angeht (z.B. mit den Kostenträgern). Besonders schwierig ist dies, wenn PatientInnen eine adjuvante Therapie bekommen.

Eine Verbesserung der Zusammenarbeit zwischen Apotheke und verschiedenen Krankenkassen wäre wünschenswert, um die Akutversorgung für PatientInnen sicherzustellen, z.B. nach der Entlassung aus einem stationären Aufenthalt. Auch die Kooperation zwischen Selbsthilfegruppe und HausärztInnen sowie zwischen Pflegedienst und HausärztInnen müsste optimiert werden. Neue Teilnehmende kommen in der Regel über die Akut- und Rehabilitationskliniken und selten über einen/eine HausärztIn zur Selbsthilfegruppe. Hinzu kommt, dass die Selbsthilfegruppe und der Pflegedienst noch zu wenig bekannt sind. Problematisch ist auch der Mangel an ErnährungsberaterInnen sowie an PsychoonkologInnen.

Die geringe Akzeptanz der Vorsorgekoloskopie, die die ExpertInnen in einer zu hohen Hemmschwelle begründet sehen, stellt nach wie vor eine Herausforderung dar. Grundsätzlich ist die Zielgruppe Männer mit Gesundheitsthemen eher schwer erreichbar. Kritisiert wird, dass in gastroenterologischen Praxen in der Regel keine Identifikation von Risikogruppen (z.B. über Familienanamnese) stattfindet. Es wird empfohlen, dies vermehrt umzusetzen. Wünschenswert wäre zudem grundsätzlich eine bessere Transparenz und Kommunikation der vorhandenen Angebote für betroffene oder inte-

²⁹ <https://www.oberschwabenklinik.de/ihre-medizinische-versorgung/medizinische-zentren/darmzentrum/top-themen.html> [letzter Zugriff am 24.04.18]

³⁰ <http://www.siegel-gesunde-schule.de/> [letzter Zugriff am 24.04.18]

³¹ <https://www.lak-bw.de/service/praeventionsprojektewipig/apotheke-macht-schule/ams-login.html> [letzter Zugriff am 24.04.18]

ressierte Personen und Angehörige. Dies schließt auch die gezielte Kommunikation für PatientInnen hinsichtlich Hilfsmitteln ein.

Zusammengefasst aus den Stärken und Schwächen, den in der dritten Arbeitsgruppensitzung vorgestellten Projekten sowie aus den Diskussionen und Gesprächen mit den ExpertInnen ergeben sich für das Krankheitsbild Darmkrebs für den Landkreis Ravensburg folgende **Handlungsempfehlungen**:

- **Gesundheitsförderung und Prävention:** Der Ausbau von Gesundheitsförderung und Prävention stellt insofern eine Herausforderung dar, dass verstärkt nachhaltige Strukturen geschaffen und wirksame Angebote umgesetzt werden müssen. Bestehende erfolgreiche Angebote an Schulen und Kitas sollten ausgebaut werden und es sollte verstärkt auf eine gesunde (Mittags-)Verpflegung geachtet werden. Unterstützend hierzu sollten „School Nurses“ eingeführt werden. Auch das Betriebliche Gesundheitsmanagement sollte gefördert werden (Bewegungsangebote, gesundes Essensangebot in der Kantine, Bewerben der Krebsvorsorge).
An Rehabilitationskliniken könnten Präventionswochen angeboten werden, in denen auch die Darmkrebsvorsorge durchgeführt wird (Rehabilitationsklinik Überruh³² bietet dies beispielsweise für Betriebe an).
- **Akzeptanz der Vorsorgeuntersuchung:** Die Vorsorgeuntersuchung sollte stärker beworben und die Aufklärung darüber verbessert werden. Übernehmen sollten dies in erster Linie die HausärztInnen, die den besten Zugang zu PatientInnen haben, und die Krankenkassen. Die HausärztInnen sollten hierzu über die Kreisärzteschafts-Vorsitzenden in den regelmäßig stattfindenden Veranstaltungen informiert werden. Über ein Bonussystem bei den Krankenkassen könnten Rückerstattungen für Vorsorgeuntersuchungen gewährt werden. Zudem sollten Krankenkassen ihre Versicherten über Einladungsschreiben zur Vorsorgeuntersuchung informieren. Auch Rentenversicherung und Betriebe sollten in der Aufklärung stärker aktiv werden.
- **Identifikation von Risikogruppen:** Gastroenterologische und gynäkologische Praxen sollten eine gezielte Identifikation von Risikogruppen durchführen (wie im Darmzentrum über Familienanamnese und Stammbaum-Analyse), sodass Personen mit erhöhtem Risiko früher koloskopiert werden können. Hierdurch kann die ganze Familie einbezogen und besser geschützt werden. Der zeitliche Aufwand könnte minimiert und das Vorgehen standardisiert werden, indem den GastroenterologInnen und GynäkologInnen eine Checkliste zum Ankreuzen an die Hand gegeben würde (z.B. nach den Amsterdam- oder Bethesda-Kriterien³³). Die ausgefüllte Checkliste könnte direkt an das Darmzentrum übermittelt werden (z.B. per Fax), wo die PatientInnen schließlich weiterbetreut werden können. Bei Fortbildungen sollte verstärkt für die Wichtigkeit, die Familienanamnese durchzuführen, sensibilisiert werden.
- **Koordinierungsstelle und Lotse** sollte das **Darmzentrum** sein, das bereits vorhanden ist.
- Wünschenswert wäre ein **finanzieller Beitrag des Landkreises Ravensburg zu der bestehenden Krebsberatungsstelle**.
- **Koordination, Kommunikation und Kooperation im Netzwerk:** Koordination, Kommunikation und Kooperation der verschiedenen Leistungsanbieter sollten vereinfacht und optimiert werden (z.B. an den Schnittstellen Selbsthilfegruppen – HausärztInnen, Pflegedienst – HausärztInnen, Apotheken – Krankenkassen).

³² <https://www.rehaklinik-ueberruh.de/startseite/> [letzter Zugriff am 24.04.18]

³³ z. B.: <https://www.klinikum.uni-heidelberg.de/Klinische-Kriterien.857.0.html> [letzter Zugriff am 24.04.18]

Die Zusammenarbeit der Krankenhäuser im Bodenseekreis und im Landkreis Ravensburg sollte intensiviert und möglichst wohnortnah gestaltet werden. Der/Die PatientIn sollte in die Behandlungsplanung einbezogen werden.

- **Rehabilitation und Nachsorge:** Ein flexibleres und unkomplizierteres Rehabilitationsangebot (Anschlussheilbehandlung) sollte geschaffen werden, besonders in Bezug auf Schnittstellen (z.B. mit den Kostenträgern). Die Kostenträger sollten den Beginn der Rehabilitation bereits während der Chemotherapie ermöglichen. Idealerweise sollten Rehabilitationseinrichtungen auch Chemotherapie anbieten dürfen. Die Kostenträger sollten sich hierauf verständigen.
- **Antragstellung:** Gefordert wird eine Vereinfachung bzw. Vereinheitlichung der Antragsformulare für eine Rehabilitation. Ggf. könnte eine Sozialdienstsprechstunde in den Facharztpraxen zur Erstellung der Anträge eingerichtet werden. Krankenkassen und die Rentenversicherung sollten durch das Sozialministerium auf die Antragsvereinfachung angesprochen werden.

3.2.2.4. Arbeitsgruppe Demenz

Der Landkreis Ravensburg ist in der Versorgung von Menschen mit Demenz durch ein breites Versorgungsangebot sehr gut aufgestellt. Es besteht eine gute und differenziert ausgebaute Altenhilfe, kleinräumige AnsprechpartnerInnen sind vorhanden und Überleitungen durch das Zentrum für Psychiatrie (ZfP)³⁴ funktionieren gut. Außerdem ist die Alterspsychiatrische Ambulanz am ZfP ein wichtiger Akteur für die gerontopsychiatrische Versorgung. Positiv hervorzuheben sind auch der Pflegestützpunkt und sein Kooperationspartner, die ZUHAUSE LEBEN-Stellen der Caritas Bodensee-Oberschwaben³⁵. Mit ihrem neutralen und dezentralen Beratungsangebot zu den Themen Alter und Pflege leisten sie einen wichtigen Beitrag zur niedrigschwelligen Unterstützung der Betroffenen und Angehörigen. Für solche gut ausgebauten Netze an Beratungsmöglichkeiten, wie sie im Landkreis Ravensburg bestehen, ist die Trägerneutralität eine Herausforderung. Sie ist aber entscheidend für die Beratung, um mehr Übersichtlichkeit der Strukturen und klare Zuständigkeiten zu vermitteln (Case Management). Die Auswirkungen des Bundesteilhabegesetzes auf den Bereich Demenz bezüglich der Beratung sind noch nicht abzusehen.

Das im Landkreis seit 2003 bestehende Netzwerk Demenz³⁶ ist als beispielhaftes, sehr erfolgreiches Projekt hervorzuheben. Es ist in allen Bereichen der Versorgung von Menschen mit Demenz aktiv und trägt wesentlich zur Verbesserung der Vernetzung im Landkreis bei. Durch das Projekt wird eine große Zahl der AkteurInnen (Angehörige, BetreuerInnen, ehrenamtliche BegleiterInnen, Interessierte) erreicht. Es ist die größte Fortbildungsinitiative in Deutschland zum Krankheitsbild Demenz mit jährlich ca. 1.200-1.500 Teilnehmenden. Alle Fortbildungen sind für die Teilnehmenden kostenlos, da die Kosten der Landkreis trägt. An diese Struktur sollte unbedingt angeknüpft werden. Weiterhin bestehen im Landkreis Selbsthilfegruppen und mehrere Gesprächsgruppen für Angehörige von Menschen mit Demenz.

Im sozialraumorientierten Quartiersmanagement werden große Potentiale für die Sicherung der Teilhabe von Menschen mit Demenz gesehen. Die Nachbarschaftshilfe ist noch gut erreichbar,

³⁴ <https://www.zfp-web.de/> [letzter Zugriff am 24.04.18]

³⁵ <http://www.caritas-bodensee-oberschwaben.de/hilfeundberatung/pflege-und-hilfsbeduerftigkeit/pflege-und-hilfsbeduerftigkeit> [letzter Zugriff am 24.04.18]

³⁶ <https://www.zfp-web.de/unternehmen/netzwerk-demenz/> [letzter Zugriff am 24.04.18]

Nachwuchsprobleme zeichnen sich aber bereits ab. Hohe Anforderungen an die Ausbildung und Beschränkungen der Hinzuverdienst-Möglichkeiten bzw. der Aufwandsentschädigung erschweren die Nachbarschaftshilfe. Niederschwellige Angebote zur Betreuung von Demenzkranken bestehen im Sinne der Betreuungsgruppen nach dem Konzept der Alzheimer-Gesellschaft. Außerdem existieren (noch) relativ viele kleine Heime in kleinen und mittleren Ortschaften. Das Bewusstsein und das Interesse für das Krankheitsbild Demenz sind im Landkreis Ravensburg also in hohem Maß vorhanden und es bestehen bereits gute Strukturen. Parallelstrukturen sollten keinesfalls aufgebaut werden.

Als eines von 15 Akutkrankenhäusern deutschlandweit ist das St. Elisabethen-Klinikum (EK) der Oberschwabenklinik (OSK) in Ravensburg im Modellprogramm „Lokale Allianzen für Menschen mit Demenz“ aufgenommen³⁷. Im Jahr 2017 ist die Station für Alterspsychiatrie des Zentrums für Psychiatrie (ZfP) mit dem Schwerpunkt "Demenz/Delir" in den Neubau des EK gezogen. Von der direkten Nachbarschaft verspricht man sich gegenseitige fachliche Unterstützung und einen verbesserten Konsildienst. Hierdurch wird eine deutliche Verbesserung der klinischen Demenzversorgung erwartet. Ein solcher Ansatz sollte daher Ziel für jedes Krankenhaus der zentralen bzw. maximalen Versorgung sein. Eine Begleitung für Menschen mit Demenz im EK, die den Aufenthalt in der Klinik erleichtern soll, wird durch den ehrenamtlichen ODEM-Begleitdienst³⁸ angeboten (ODEM steht für OSK und Demenz).

Problematisch sind die Terminknappheit im ambulanten Bereich, die Unterversorgung bei der fachärztlichen Versorgung und der Mangel an verschiedenen therapeutischen Berufsgruppen. Zudem ist die Qualität der Kooperation mit HausärztInnen sehr personenbezogen und teilweise verbesserungswürdig. Von Seiten der HausärztInnen werden die limitierten zeitlichen Ressourcen und die Budgetierung kritisiert. Den ExpertInnen zufolge fehlt es noch an spezifischen Angeboten für Menschen mit Demenz. Zum Teil ist dies bedingt durch fehlende Erkenntnisse über Wirkungszusammenhänge (mangelnde Evidenz, unklare Kausalitätsketten). Für ein gesichertes Vorgehen ist es besonders im Bereich der Gesundheitsförderung und Primärprävention zunächst notwendig, die aktuelle Studienlage auszuwerten und den „Präventionsmarkt“ zu beobachten.

In der stationären Versorgung zeichnet sich ab, dass sie bei Menschen, die schwer von Demenz betroffen sind, nicht mehr zeitnah gewährleistet werden kann. Es wurden zwar Heimplätze geschaffen, diese orientieren sich aber vor allem an leicht und mittelschwer von Demenz betroffenen Menschen. KlientInnen mit ausgeprägtem und herausforderndem Verhalten zu vermitteln, ist wieder ein Problem geworden. Eine weitere Schwierigkeit liegt im Entlassmanagement. Es hat sich zwar verbessert und ist auf einem guten Weg, wodurch Krankenhausüberleitungen in der Regel gut funktionieren, allerdings ist es auch uneinheitlich und funktioniert teilweise nur sehr schlecht. Die Anschlussversorgung im ambulanten Bereich ist teilweise nicht gewährleistet (Kurzzeitpflege, ambulante Pflegedienste). Aktuell ist für das Entlassmanagement zu viel Dokumentation notwendig, was Krankenhäuser an der Teilnahme hindert. Insgesamt ver- oder behindert der Austausch medizinischer Informationen die Netzwerkarbeit häufig durch datenschutzbedingte Einschränkungen.

³⁷

https://www.oberschwabenklinik.de/newsliste/detailseite.html?tx_news_pi1%5Bnews%5D=294&cHash=67b6aab674c284aa46aec65b5852c146 [letzter Zugriff am 24.04.18]

³⁸ https://www.alzheimer-bw.de/fileadmin/AGBW_Medien/Dokumente/Demenzen/Flyer_ODEM-Begleitdienst_2015.pdf [letzter Zugriff am 24.04.18]

Zusammengefasst aus den Stärken und Schwächen, den in der dritten Arbeitsgruppensitzung vorgestellten Projekten sowie aus den Diskussionen und Gesprächen mit den ExpertInnen ergeben sich für das Krankheitsbild Demenz für den Landkreis Ravensburg folgende **Handlungsempfehlungen**:

- **Sensibilisierung und Aufklärung:** Die breite Öffentlichkeit sollte generationsübergreifend für das breite Spektrum der Demenzerkrankungen sensibilisiert werden (→ „Demenzdiagnose ist nicht gleich Demenzdiagnose“).
Bei Angehörigen sollten Haftung und Aufsichtspflicht thematisiert werden, da diesbezüglich zu wenig Wissen vorhanden ist. Angehörige können somit entlastet und den Betroffenen kann mehr Selbstbestimmung ermöglicht werden.
- **Einbindung des Quartiers/der Kommune:** Besonders wichtig ist grundsätzlich die Schaffung von Teilhabemöglichkeiten von Menschen mit Demenz und älteren Menschen im Allgemeinen (z.B. über Tanzcafé, Bibliothek, Wandertag, Kino). Kommunen verfügen hier über ein großes Potenzial und haben eine große Verantwortung. Hilfsangebote, die zur Bildung von Gemeinschaftsgefühl und Solidarität in der Gesellschaft beitragen, sollten angestoßen werden (Bsp. aus Weingarten: „Bürger in Kontakt“³⁹); Bsp. aus Vogt: fortlaufende Angebote im Rahmen der „Lokalen Allianzen für Menschen mit Demenz“, wie z.B. Tanzcafé, Betreuungsgruppe, ...⁴⁰). Wichtig ist die Gewinnung von Multiplikatoren vor Ort. Hierbei bedarf es Organisation, Koordination und Schulungen. Ein vielversprechender Lösungsansatz, um Menschen mit Demenz möglichst lange den Verbleib in der vertrauten Umgebung zu ermöglichen und eine vollstationäre Heimpflege zu vermeiden, ist es, bei der Planung von neuen Wohnquartieren und der Sanierung alter Quartiere verpflichtend Pflegewohngemeinschaften vorzusehen.
- **Altenhilfe:** Die Altenhilfe muss als gesetzliche Aufgabe der Kommune genauso verankert werden wie die Jugendhilfe, damit Strukturentwicklung für und mit SeniorInnen nicht als freiwillige Aufgabe in den Hintergrund rückt. Die Daseinsvorsorge der Kommunen muss sich auch auf Menschen mit Demenz beziehen. Gerade die Kommunen können in besonderem Maße auf die regionalen Besonderheiten und Bedarfe eingehen und allgemeine Planungsprinzipien darauf abstimmen.
- **Ausbau des Netzwerks:** Die Zusammenarbeit innerhalb des bestehenden Netzwerks im Landkreis Ravensburg sollte weiter verbessert werden, insbesondere um zu gewährleisten, dass das Netzwerk schon vor einem stationären Aufenthalt eingreifen kann. Bestehende Strukturen sollten ausgebaut und weiterentwickelt werden, sinnvoll wäre z.B. eine Aufstockung der personellen Ressourcen im Netzwerk Demenz.
- **Case Management:** Der/Die HausärztIn könnte zusammen mit einem/einer DemenzberaterIn stärker als Koordinator fungieren. Auch der Pflegestützpunkt und die ZUHAUSE LEBEN-Stellen übernehmen bereits Case Management-Aufgaben. Die Kapazitäten des Pflegestützpunkts müssten allerdings ausgebaut werden, um entsprechend ihrem gesetzlichen Auftrag ein umfassendes Case Management leisten zu können. Soziale Dienste der AOK führen ebenfalls klassische Case Management-Aufgaben durch. Die Haltung anderer Krankenkassen auf Landesebene ist aber sehr unterschiedlich. Diese sollten sich stärker einbringen.

³⁹ https://www.weingarten-online.de/site/Weingarten/get/params_E1445425747/10916426/3.1%20Älter%20werden%20in%20Weingarten.pdf [letzter Zugriff am 24.04.18]

⁴⁰ https://www.lokale-allianzen.de/projekte/projektliste/practex/show/131.html?tx_bafzapractex_practelist%5BshowContactForm%5D=1&cHash=190807231aed0dfe472c448c46cf66d3 [letzter Zugriff am 24.04.18]

- **Koordinationsstelle:** Eine zentrale Koordinationsstelle („Gesundheitsstützpunkt“) sollte an die bestehenden Strukturen angegliedert werden, um Transparenz der bestehenden Angebote herzustellen und Bestehendes miteinander zu vernetzen.
- **Identifikation von Beispielen guter Praxis:** Im Ministerium für Soziales und Integration sollte referatsübergreifend geprüft werden, wie Erkenntnisse aus anderen Projekten/Referaten zusammengeführt werden können, um Synergien zu nutzen und Bestehendes zu übernehmen bzw. anzupassen.
- **Entlassmanagement:** Eine andere Pflegeüberleitung bzw. ein verbessertes Entlassmanagement wird für notwendig erachtet.
- **Häusliche Betreuung:** Für schwer gerontopsychiatrisch erkrankte PatientInnen und deren Angehörige sollten ausreichend entlastende und finanzierbare Angebote geschaffen werden (Kurzzeitpflege, stundenweise Betreuung, Nachtpflege, kurzfristig abrufbare ambulante Pflege für erkrankende Angehörige oder zur Vermeidung von Kurzzeitpflege etc.). Dringender Handlungsbedarf besteht bei der 24-Stunden-Versorgung in Bezug auf Strukturierung und Steuerung von Haushaltshilfen. Da für die Pflege zu Hause häufig ausländische Pflegekräfte eingestellt werden, ist der Schutz, sowohl für die PatientInnen als auch für die Beschäftigten, von hoher Relevanz. Die Qualität der Pflege zu Hause sollte durch eine Instanz überprüft und sichergestellt werden.
- **Kurzzeitpflege:** Förderung von ausreichenden, wirtschaftlichen Kurzzeitpflegeplätzen (für SGB V- und SGB XI-Fälle), die zunehmend mit Dauerpflegegästen bzw. BewohnerInnen belegt sind, auch übergangsweise.
- **Stationäre Versorgung:** Die zeitnahe stationäre Versorgung von schwer an Demenz erkrankten Personen sollte gewährleistet werden.
Konzepte für Demenz- und Delir-Patienten sollten in jedem Krankenhaus, in jeder Abteilung, auch den operativen, umgesetzt werden. Ein begleitender Fachdienst, z.B. durch Altenpflege, kann den ExpertInnen zufolge Delirien verhindern oder mildern, Intensivpflege sparen, frühere Entlassung fördern und das Outcome verbessern.
- **Leistungen der Sozialgesetzbücher:** Die Leistungen und Hilfen der Sozialgesetzbücher müssen ohne bürokratische Hürden und von den Kostenträgern bereits aufeinander abgestimmt gemeinsam genutzt werden können (insb. die des SGB V, XI und XII).
- **Patientendaten und Mündigkeit des/der PatientIn:** PatientInnen sollten die Möglichkeit haben, ihre Arztbriefe etc. in einer Mappe abzulegen und selbst zum/zur ÄrztIn mitzubringen, der/die sich schnell einen Überblick verschaffen könnte. Alternativ könnte die Gesundheitskarte genutzt werden. Hierbei bestehen allerdings Bedenken in Bezug auf Datenschutz und -sicherheit.
- **Finanzielle und personelle Ressourcen:** Dem Mangel an TherapeutInnen, HausärztInnen und Betreuungskräften im stationären Bereich sollte entgegengewirkt werden. (Es mangelt an spezifischen Angeboten, wie z.B. Essen für Menschen mit Demenz im Krankenhaus.)

3.2.2.5. Arbeitsgruppe Depression

Für Menschen mit Depression besteht im Landkreis Ravensburg ein umfangreiches Angebot, insbesondere durch das Zentrum für Psychiatrie (ZfP) als starken Leistungsanbieter. Das ZfP Weissenau gewährleistet für PatientInnen, die vom ZfP weitergeleitet werden und vor Ort leben, eine Begleitung durch dasselbe Behandlungsteam. Auch der Behandlungsstrang von der stationären über die teilstationäre bis zur ambulanten Versorgung funktioniert gut. Positiv hervorzuheben ist auch, dass im

Landkreis individuelle Zugänge möglich sind, z.B. über den aufsuchenden Pflegedienst der psychiatrischen Institutsambulanz (PIA). Es bestehen ein persönliches Netzwerk und gute Kontakte zwischen dem ambulanten und stationären Bereich. Besonders gut funktioniert z.B. die Kommunikation zwischen ambulanter Pflege, ZfP und HausärztInnen und die Kooperation zwischen ZfP und den AkteurInnen im Netzwerk, auch im Bereich Prävention. Als Stärken sind außerdem die bestehenden Hilfeplankonferenzen, gemeindepsychiatrische Angebote und der Sozialpsychiatrischer Dienst zu nennen. Vom ZfP wird aktuell – zunächst im Stadtgebiet von Ravensburg – eine Stationsäquivalente psychiatrische Behandlung (StäB) umgesetzt. Bei geeigneten Fällen mit Indikation für eine stationäre psychiatrische Behandlung können psychiatrische Krankenhäuser anstelle einer vollstationären Behandlung eine Behandlung im häuslichen Umfeld erbringen (im Gesetz zur Weiterentwicklung der Versorgung und der Vergütung für psychiatrische und psychosomatische Leistungen (PsychVVG) neu festgelegt).

Für eine sektorenübergreifende Kooperation besteht den ExpertInnen zufolge wenig Raum, da es an Ressourcen und Strukturen mangelt. Beispiele gut funktionierender Vernetzung sind u.a. ein Pilotprojekt der Schussental-Klinik⁴¹ mit der Deutschen Rentenversicherung Baden-Württemberg, durch welches eine Überweisung aus der Akutmedizin direkt in die Rehabilitationsmedizin stattfindet, sowie eine Kooperation des ZfP und der Schussental-Klinik mit Firmen, über die z.B. (Führungskräfte-)Schulungen angeboten werden. Hilfreiche Angebote sind außerdem der ehrenamtliche Informationsdienst niedergelassener PsychotherapeutInnen sowie ein Kriseninterventionsteam im Rahmen der Integrierten Versorgung. Letzteres ist allerdings nur zugänglich für PatientInnen bestimmter Krankenkassen.

Ein großes Problem stellt der Mangel an Therapieplätzen dar. Eine übersichtliche Auflistung aller PsychotherapeutInnen im Landkreis auf der Homepage der Gemeinden, Städte und/oder Landkreise wäre dennoch sinnvoll. Problematisch ist auch der Mangel an ambulanten PsychiaterInnen. Zudem ist das Therapieangebot im ambulanten Bereich nicht ausreichend finanziert. So kommt es zu Richtgrößenüberschreitungen bei der Verordnung von ambulanter Therapie (Regressgefahr). Insgesamt wird die Vergütung für die psychiatrische und psychotherapeutische Versorgung kritisiert. Eine weitere Schwäche ist die bestehende Lücke zwischen der Richtlinienpsychotherapie und der psychiatrischen Institutsambulanz (PIA). Die PIA darf keine Richtlinienpsychotherapie durchführen, was sehr problematisch ist, da es keine niedergelassenen PsychiaterInnen gibt. Als schwierig wird auch die Versorgung in ländlichen Strukturen empfunden.

Als ein Lösungsansatz für das Problem der fehlenden Therapieplätze könnte das bundesweite Nachsorgeprogramm IRENA (Intensivierte Rehabilitationsnachsorge) der Deutschen Rentenversicherung Bund⁴² dienen. Durch Gruppenleistungen bei speziell ausgebildeten Therapeutinnen nach einer psychosomatischen Rehabilitations-Maßnahme wird die Überbrückung der Zeitspanne bis zur weiterführenden Einzeltherapie ermöglicht. Die ambulante oder teilstationäre Weiterversorgung von Betroffenen nach stationärer Versorgung ist unterstützenswert, da sie effektiv und ressourcenschonend ist. Eine weitere Schwierigkeit an den Übergängen besteht in Bezug auf Medikation. Z.B. sind die Kosten der Medikamente so hoch, dass die HausärztInnen sie zum Teil nicht verordnen wollen und die PatientInnen zurück in die psychiatrische Institutsambulanz (PIA) schicken. In Bezug auf das Case Ma-

⁴¹ <https://www.schussental-klinik.de/> [letzter Zugriff am 24.04.18]

⁴² https://www.deutsche-rentenversicherung.de/Bund/de/Navigation/2_Rente_Reha/02_reha/05_fachinformationen/infos_fuer_rehaeinrichtungen/6_nachsorge/irena_node.html [letzter Zugriff am 24.04.18]

nagement, das zumeist durch den/die Haus- oder FachärztIn übernommen wird, fehlt es an Koordination, um die ÄrztInnen zu entlasten.

Für ältere depressive Menschen (ab 65 Jahren) besteht kein ausreichendes ambulantes Angebot, weshalb die ExpertInnen von einer „vergessenen Klientel“ sprechen. Hier bedarf es der Sensibilisierung der HausärztInnen und des Pflegepersonals, z.B. durch Schulungen. Auch junge Betroffene sind schwer zu erreichen bzw. können schwer motiviert werden, sich Hilfe zu suchen. Zielgruppenspezifische Angebote sollten auch für fremdsprachige Menschen – zumindest temporär – geschaffen werden.

Ansätze für zielgerichtete Prävention von Depression sowie Angebote der Primärprävention fehlen. Konflikte am Arbeitsplatz und Gesundheitsprobleme durch Arbeitsbelastung müssen daher größtenteils vom Gesundheitswesen aufgefangen werden, da es zum Teil zu wenige Präventionsangebote der Betriebe/Arbeitgeber gibt. Im betrieblichen Setting liegt aber ein großes Potential, u. a. auch in Bezug auf den Abbau moralischer Bewertungen der Gesellschaft der Diagnose Depression.

Zusammengefasst aus den Stärken und Schwächen, den in der dritten Arbeitsgruppensitzung vorgestellten Projekten sowie aus den Diskussionen und Gesprächen mit den ExpertInnen ergeben sich für das Krankheitsbild Depression für den Landkreis Ravensburg folgende **Handlungsempfehlungen**:

- **Aufklärung der Öffentlichkeit:** Es bedarf vermehrter Aufklärung und Sensibilisierung der Bevölkerung über die Erkrankung, z.B. über Informationsveranstaltungen zu Gesundheitsproblemen durch Arbeitsbelastung sowie über Schulungen und Infoabende an Hochschulen und Schulen.
- **Gesundheitsförderung als politische Aufgabe:** Die Initiierung von gesundheitsförderlichen Maßnahmen sollte auf kommunaler sowie auf Landes- und Bundesebene (z.B. BZgA) stattfinden.
- **Fortbildung für HausärztInnen:** Über die Ärztekammer, die Kreisärzteschaft und den Hausärzterverband sollten HausärztInnen zur frühzeitigen Erkennung und leitliniengerechten Behandlung von Depression fortgebildet werden. (Die Planung von Fortbildungen läuft bereits.)
- **Koordination der Versorgung:** Es sollte ein unabhängiges Case Management eingeführt werden, das eine koordinierende Funktion übernimmt (Vermittlung von Kontakten/Angeboten, Überblick über Behandlungsverlauf, Terminplanung etc.). Eine koordinierende Stelle, die Haus- und FachärztInnen beim Case Management unterstützt, könnte z.B. das neue Entlassmanagement sein oder beim Sozialpsychiatrischen Dienst (SPDi) angegliedert sein. Eine Aufstockung des Personals im SPDi wäre nötig. (Zum Teil werden Aufgaben aus diesem Bereich schon vom SPDi übernommen.) Wichtig wäre, das bestehende Angebot der AOK beizubehalten und mit dem Angebot des SPDi zu vernetzen. Aufsuchende Hilfen, die Unterstützung im Alltag leisten, sollten grundsätzlich ausgebaut werden.

Zusätzlich sollte eine Koordinations- und/Angebotsplattform eingerichtet werden, die Aufschluss über Therapieangebote und freie Therapieplätze gibt und diese ggf. koordiniert und terminiert. Problem: Es gibt kaum freie Therapieplätze.

- **Kommunikation zwischen den Behandelnden:** Es sollten Strukturen geschaffen werden, die es dem/der HausärztIn ermöglichen, schnell einen/eine FachärztIn oder die psychiatrische Institutsambulanz (PIA) zu kontaktieren bzw. um zeitnahe Rückmeldungen der FachärztInnen an die Allgemeinmedizin bzw. Kinder- und Jugendmedizin zu ermöglichen.
- **Ausnahmeregelungen für psychiatrische Institutsambulanzen (PIA):** Für die PIAs müssten klar definierte Ausnahmeregelungen geschaffen werden, damit sie auch PatientInnen mit Diagnosen

annehmen dürfen, die laut Vertrag nicht zu ihren Aufgaben gehören. Dies wäre aufgrund des Mangels an ambulanten PsychiaterInnen nötig.

- **Personelle Ressourcen:** Es bedarf finanzieller Anreize für die Niederlassung von PsychiaterInnen und PsychotherapeutInnen. Zudem müsste die Regelversorgung in den Bereichen Neurologie und Psychiatrie getrennt betrachtet werden, sodass auch eine gewisse Anzahl an PsychiaterInnen vorgegeben ist. Die Zuteilungskriterien der KV sollten angepasst werden. (Psychiater und Neurologen werden momentan bei der Berechnung der Facharztdichte in einer Position zusammengefasst.)

Die Telefonseelsorge sollte personell aufgestockt werden.

- **Finanzierung von Therapieangeboten:** Die Finanzierung von Therapieangeboten im ambulanten Bereich sollte gesichert sein.
- **Gruppentherapie:** Therapieplätze mit dem Schwerpunkt in der Gruppentherapie sollten ausgebaut werden, z.B. anhand des Modells IRENA (s. o.). Dieses Modell könnte man auf den Akutbereich übertragen und evtl. über die KV gestalten.
- **Wiedereingliederung:** Arbeitslose Betroffene sollten beim Wiedereinstieg in das Berufsleben unterstützt werden. Die Rentenversicherung übernimmt eine Teilfinanzierung nur, wenn ein Arbeitsplatz vorhanden ist. Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben für die berufliche Wiedereingliederung sollten aufgestockt bzw. die Bedingungen vereinfacht werden. Ein Case Management könnte bei der Suche nach einem Arbeitsplatz unterstützen und Arbeitgebern beratend zur Seite stehen. Der Integrationsfachdienst könnte hierfür geeignet sein. Kontakte wären hier vorhanden, das Aufgabenspektrum des Integrationsfachdienstes müsste allerdings ausgeweitet werden.
- **Bürokratieabbau:** Bürokratie bindet im Rahmen der Leistungserbringung in der Psychotherapie viel Zeit und sollte abgebaut werden. Überflüssiges sollte wegfallen oder vereinfacht werden, wie z.B. das Schreiben der Gutachten. Besser handhabbar ist dies beispielsweise durch den PMP Vertrag der AOK, bei dem ohne Gutachten behandelt werden kann.

3.2.2.6. Arbeitsgruppe Diabetes mellitus Typ 1 und Typ 2

In der Diskussion zum Krankheitsbild Diabetes mellitus wurde ein großer Schwerpunkt auf die Themen Gesundheitsförderung und Prävention gelegt, da hier ein großes Potential in der Reduktion des Krankheitsrisikos (für Typ 2) besteht. Einige bestehende Angebote zur Gesundheitsförderung und Prävention an Schulen, z.B. der Ansatz der „School Nurse“, werden als wichtig angesehen und sollten gefördert werden. Es bestehen wichtige Ausbaumöglichkeiten und es wird von Seiten der Schulen zu wenig Unterstützung für betroffene Kinder angeboten. Die Gesetzeslage für Lehrkräfte ist zwar sehr klar, jedoch oftmals nicht ausreichend bei den schulischen AkteurInnen bekannt.

In der medizinischen Versorgung liegt ein großer Vorteil im Landkreis Ravensburg darin, dass mit dem Diabeteszentrum für Kinder und Jugendliche an der Oberschwabenklinik⁴³ eine Anlaufstelle für Kinder und junge Erwachsene (bis 21 Jahre) mit Diabetes mellitus vorhanden ist. Gelobt wird außerdem die gut funktionierende Zusammenarbeit zwischen der Angiologie und den HausärztInnen im Landkreis. Der/Die HausärztIn wird als zentrale Person in der Versorgung von DiabetespatientInnen

⁴³

https://www.oberschwabenklinik.de/newsliste/detailseite.html?tx_news_pi1%5Bnews%5D=137&cHash=4feeed539113a823fd1d5633d34f8486 [letzter Zugriff am 24.04.18]

gesehen und ist den ExpertInnen zufolge „Gold wert“. Zudem wird eine deutliche Verbesserung der Versorgung der Betroffenen durch das Disease-Management-Programme (DMP) empfunden.

Eine Hürde stellen die weiten Wege für Betroffene im Landkreis dar sowie Terminprobleme, die aufgrund von Personalmangel und Finanzierungsproblemen in den Bereichen Psychiatrie, Neurologie, Diabetesberatung und -assistenz bestehen. Die ExpertInnen beklagen eine zu starke Budget-Limitierung. Die zeitlichen und finanziellen Ressourcen der ÄrztInnen sind zu knapp, um auf die Bedürfnisse des Patienten/der Patientin adäquat eingehen zu können. Diabetesberatung könnte dies in gewissem Maße abfangen und müsste daher ausgebaut werden. Auch der ambulante Pflegedienst hat häufig zu wenig Zeit, Betroffene optimal zu versorgen, und die Finanzierung ist unzureichend. Kritisiert wird außerdem die schwierige Kostenübernahme durch Krankenkassen in der Versorgung von DiabetespatientInnen. Zudem sind die Schnittstellen der beteiligten AkteurInnen z. T. optimierbar, z.B. zwischen HausärztInnen und DiabetologInnen. In Bezug auf Datenschutz und die schnell fortschreitende Technisierung bedarf es stärkerer Unterstützung und Begleitung sowie klarer Richtlinien und Schulungen. In Bezug auf Prävention halten die ExpertInnen das Gesundheitssystem für unter- und z. T. falsch finanziert.

Für Betroffene fehlt es an guten Ersts Schulungen und an einer Übersicht der Versorgungsangebote. Angestrebt werden sollte, dass PatientInnen selbstständig handeln können. Ein Problem stellt aber auch dar, dass PatientInnen häufig erst sehr spät bzw. erst auf mehrfachen Hinweis einen/eine ÄrztIn aufsuchen, z. T. auch weil der/die HausärztIn erst spät überweist.

Zusammengefasst aus den Stärken und Schwächen, den in der dritten Arbeitsgruppensitzung vorgestellten Projekten sowie aus den Diskussionen und Gesprächen mit den ExpertInnen ergeben sich für das Krankheitsbild Diabetes mellitus für den Landkreis Ravensburg folgende **Handlungsempfehlungen**:

- **Gesundheitsförderung und Prävention:** Es sollten bevölkerungsweite Ansätze der Gesundheitsförderung und Prävention implementiert werden, insbesondere mit den Schwerpunkten Bewegung und Ernährung – dauerhaft, nachhaltig und zielgruppenspezifisch. Vor allem an Schulen und Kitas sollten entsprechende Angebote ausgebaut werden, aber ohne die Einrichtungen zu überfrachten. Notwendig wäre es in diesem Zusammenhang, allen Kindern eine ausgewogene Schulverpflegung zu ermöglichen. Schulträger sollten die Verantwortung für die Schulverpflegung übernehmen. Auch sollte im Schulsport die Freude an der Bewegung in den Vordergrund gestellt werden, nicht die Benotung. Übergewichtigen und adipösen Personen sollte eine kostenlose Beratung zur Verfügung stehen. Angebote der Krankenkasse sollten als App zugänglich gemacht werden.

Betreuende ÄrztInnen sollten schon in der Prävention aktiv werden und nicht erst in der späteren Versorgung. Zeitmangel hindert die ÄrztInnen momentan daran. Eine übergeordnete, fest installierte staatliche Koordinierungsstelle in der Zuständigkeit des Landkreises wäre notwendig, um diesbezüglich Transparenz und Vernetzung zu fördern.

- **Öffentlichkeitsarbeit:** Die Bevölkerung sollte für das Krankheitsbild sensibilisiert werden, z.B. durch Diabetesberatung, Schulungen, Kampagnen.
- **Gestationsdiabetes:** Es sollten Präventionsangebote für schwangere Frauen geschaffen werden, da die Ernährung in der Schwangerschaft und die Ernährung des Kindes in den ersten beiden Lebensjahren besonders wichtig sind. Schwerpunkte sollten in diesem Zusammenhang auf Ernährungsberatung, Bewegungsförderung und die Vermeidung von Übergewicht gelegt werden.

- **Case Management:** Zusätzlich zu der Koordinierungsstelle sollte ein unabhängiges Case Management eingeführt werden, das das Schnittstellenmanagement übernimmt und Betroffene durch das Gesundheitssystem führt (Hilfe bei Beantragung von Maßnahmen und Geldern, Koordination und Abstimmung, etc.). Als Case Manager könnten DiabetesberaterInnen agieren. Die Anzahl der Case Manager sollte sich an der Anzahl der Betroffenen orientieren.
- **Diabetesspass als App:** Der Diabetesspass sollte auch über eine App einsetzbar sein.
- **Dokumentation und Datenaustausch:** Eine Vereinfachung der Dokumentationssysteme wäre notwendig. Es sollte ein Datenpool installiert werden, der für alle AkteurInnen einsehbar ist, aber keine zusätzliche Arbeit bereitet.
- **Fachkompetenz vor Ort:** Eine institutionalisierte Fußambulanz und lokal verfügbare spezialisierte Orthesen-Angebote sollten eingerichtet werden. Um lange Wartezeiten zu reduzieren, sollten Anreize zur Niederlassung von PsychiaterInnen und NeurologInnen geschaffen und psychologische Angebote ausgebaut werden. Sinnvoll wäre auch ein „Diabeteshaus“ mit viel Fachkompetenz an einem Ort. Unnötige Zusatzuntersuchungen und doppelte Untersuchungen könnten eingespart werden. In hausärztliche Qualitätszirkel sollten Fachpersonen eingeladen werden, um HausärztInnen zu sensibilisieren und zu schulen. Außerdem sind der Ausbau von Stellen bzw. die Verbesserung der Finanzierung anzustreben für folgende Berufsgruppen: DiabetesberaterInnen, DiabetesassistentInnen, ambulanter Pflegedienst.

3.2.2.7. Arbeitsgruppe Schlaganfall

Besonders wertvoll für die erfolgreiche Versorgung von SchlaganfallpatientInnen im Landkreis Ravensburg sind die bestehende Schlaganfall-Spezialstation (Stroke Unit) mit überregionaler Zertifizierung, inklusive der Schlaganfall-Infostelle, und das modellhafte Koordinationskonzept der Stroke Nurse. Eine schnelle Versorgung durch die Rettungsleitstelle ist gewährleistet und durch ständige Kommunikation mit der Stroke Unit funktioniert die Abstimmung gut. Intensiver Austausch findet außerdem zwischen stationärer Rehabilitation und der Stroke Unit sowie anderen an der Versorgung beteiligten Einrichtungen statt. Auch die Kooperation zwischen Selbsthilfegruppe, Stroke Unit und Rehabilitationseinrichtungen funktioniert gut. Ein hilfreiches Angebot für Betroffene ist eine Wohngruppe in Aulendorf⁴⁴, als Alternative zu einer Behinderten-Einrichtung oder einem Pflegeheim.

Eine beispielhafte Kooperation wird durch ein ambulantes Team aus Neurologie, Physiotherapie, Ergotherapie und Logopädie vorgelebt. Das Team tauscht sich in regelmäßigen Besprechungen (alle sechs bis acht Wochen) über konkrete Fälle aus. Dieser Austausch basiert auf hohem persönlichem Engagement (momentan unentgeltlich und in der Freizeit organisiert) und ist nicht flächendeckend vorhanden. Eine flächendeckende Umsetzung ist erstrebenswert.

Optimierungsbedarf besteht bei der Versorgung von SchlaganfallpatientInnen vor allem in der Nachbehandlung. Im Anschluss an die Versorgung durch Rettungsdienst, Stroke Unit und stationärer Rehabilitation bekommen PatientInnen lediglich schriftliche Berichte für die NachbehandlerInnen (z.B. HausärztIn, LogopädIn, PhysiotherapeutIn) ausgehändigt. Dann bricht die Rückmeldung bzw. die Berichtskette ab. Es erfolgt also in der Regel keine weitere Abstimmung nach der Entlassung aus der

⁴⁴ https://www.st-elisabeth-stiftung.de/fileadmin/user_upload/PDF/24_wohnen_mit_behinderung/HWO_RWG_Wolfgang_2014.pdf [letzter Zugriff am 24.04.18]

stationären Rehabilitation. Eine bessere, langfristige Therapiebegleitung und eine Intensivierung des persönlichen Austauschs sind erstrebenswert, um die Compliance im Verlauf der Therapie zu erhöhen bzw. beizubehalten. In der Phase der Stabilisierung und Nachbehandlung kann vor allem eine Stroke Nurse eine wichtige Rolle spielen. Aktuell wird die Stroke Nurse im Landkreis Ravensburg⁴⁵ von einem Verein getragen und kann nicht flächendeckend im Landkreis tätig sein. Sie kann nur einen Bruchteil der PatientInnen versorgen. Der bestehende Ansatz gilt jedoch als vielversprechend und wird von den ExpertInnen als sehr hilfreich empfunden. Hier bestehen wichtige Ausbaumöglichkeiten.

Ein Problem für die ÄrztInnen stellt die Regressandrohung durch die Kassenärztliche Vereinigung dar. Bei einer Budgetüberschreitung wird zu viel ausgegebenes Geld 1:1 zurückgefordert. Für die zukünftige Versorgung wird daher zu bedenken gegeben, dass eine Zunahme an Betroffenen eine Zunahme der erforderlichen Betreuung bedeutet. Proportional dazu müssten die Kapazitäten der Versorgung ausgebaut werden, insbesondere personelle Ressourcen. Dies ist vom Rettungsdienst bis in die späte Nachsorge der Fall. Personaleinsparungen und gleichzeitiger Qualitätserhalt oder Qualitätssteigerung sind nicht möglich. Auch beklagen die AkteurInnen die Berichtspflicht, die zeitintensiv ist und wertvolle Ressourcen bindet. Eine weitere Schwäche besteht darin, dass im Flächenlandkreis Ravensburg für den Rettungsdienst weite Strecken bestehen und dass es einen Mangel an NeuropsychologInnen gibt. Im Bereich der Prävention fehlt es an Screening-Angeboten.

Zusammengefasst aus den Stärken und Schwächen, den in der dritten Arbeitsgruppensitzung vorgestellten Projekten sowie aus den Diskussionen und Gesprächen mit den ExpertInnen ergeben sich für das Krankheitsbild Schlaganfall für den Landkreis Ravensburg folgende **Handlungsempfehlungen**:

- **Verstärkte Aufklärung der Öffentlichkeit:** Es sollte vermehrt über die Symptomatik und die Risikofaktoren eines Schlaganfalls und die richtige „Notfallkette“ aufgeklärt werden. Persönliche Einflussmöglichkeiten auf Risikofaktoren sollten klarer kommuniziert werden. Z.B. sollte der Schlaganfallbus alle paar Jahre zur Aufklärung eingesetzt werden.
Es sollten gender- und schichtspezifische Zugangswege gewählt werden.
- **Screenings:** Empfohlen wird ein jährliches Screening zu kardiovaskulären Risikofaktoren, incl. Blutdruckmessung, durch die Allgemeinmedizin oder Apotheken. Die Krankenversicherung könnte hierbei durch regelmäßige Aufforderung zur Teilnahme und durch Anreize koordinierend tätig sein. Der PROCAM Schlaganfall-Test⁴⁶ sollte eingesetzt werden.
- **Therapiebegleitung (Stroke Nurse):** Insbesondere für den Übergang von der Akutphase in die Phase der Stabilisierung und Nachbehandlung (auch nach der Rehabilitation) sollte den PatientInnen und Angehörigen eine Stroke Nurse zur Seite gestellt werden. Sie kann u. a. die Aufklärung über therapeutische Möglichkeiten und Sozialrecht sowie die Vereinbarung von Facharztterminen übernehmen. Die Stroke Nurse sollte bereits in der Akutklinik Kontakt aufnehmen und auch den Kliniken Rückmeldung geben.

Der bereits bestehende Ansatz im Landkreis Ravensburg sollte ausgeweitet werden. Die Stroke Nurse wird als fester Bestandteil der Regelversorgung gewünscht und sollte fest verankert werden. Eine flächendeckende Einführung wird für realisierbar erachtet, wenn die Finanzierung bereitgestellt wird. Die Ausbildung zusätzlicher Kräfte könnte zügig erfolgen, indem medizinisch ausgebildetes Personal weitergebildet wird. Für die Umsetzung wird ein Ausbildungskurrikulum

⁴⁵ <https://www.oberschwabenklinik.de/ihre-medizinische-versorgung/medizinische-zentren/schlaganfallzentrum/stroke-nurse.html> [letzter Zugriff am 24.04.18]

⁴⁶ <http://www.assmann-stiftung.de/procam-studie/procam-tests/> [letzter Zugriff am 24.04.18]

benötigt. Langfristig könnte schon in der Ausbildung ein anerkannter Zusatz „Schlaganfall“ angeboten werden. Dies könnte auch ein Anreiz zur Weiter- oder Fortbildung sein.

- **Fachlicher Austausch/Kooperation:** Die Zusammenarbeit zwischen FachärztIn und HausärztIn sollte verbessert werden. Erforderlich ist auch eine bessere Absprache zwischen Ergo-, Physiotherapie und Logopädie (Abstimmung der therapeutischen Maßnahmen). Die im Landkreis Ravensburg bereits bestehende Kooperation der Neurologie, Ergo-, Physiotherapie und Logopädie sollte flächendeckend ausgebaut werden. Für die Compliance und Adherence ist außerdem ein stärkerer Austausch zwischen Apotheke, Neurologie und Allgemeinmedizin erforderlich.
- **Behandlung in Stroke Unit:** Jeder Patient, auch diejenigen in peripheren Gebieten des Landkreises, sollte die Möglichkeit haben, in eine Stroke Unit gebracht zu werden. Besonders für PatientInnen in peripheren Gebieten sind die Transportkapazitäten essentiell. Transportkapazitäten, auch per Helikopter, müssen sichergestellt werden. PatientInnen aus der Nähe von Ravensburg sollten in die Stroke Unit in Ravensburg gebracht werden. Stroke Units sollten sich auch landkreisübergreifend vorab über ihren Versorgungsauftrag abstimmen und dies so, dass dies ausschließlich dem Nutzen des/der PatientIn dient.
- **Arbeitsbedingungen:** Das Regressrisiko sollte verringert oder abgeschafft werden. Die Finanzierung durch die Krankenkassen sollte gesichert sein. Die Kooperation in der Nachbetreuung sollte in die Regelversorgung übernommen werden, um Regresse zu verhindern. Die Berichtspflicht sollte eingegrenzt werden. Andernfalls bedarf es hierfür Unterstützung für die ÄrztInnen.

3.2.3. Landkreis Reutlingen

3.2.3.1. Arbeitsgruppe Anorexie

Bei Anorexie handelt es sich um eine „Lebensspannenbehandlung“, d.h. PatientInnen mit Anorexie sind im Anfangsstadium meistens sehr leistungsstark. Häufig erkennt man Entwicklungsdefizite erst mit zunehmendem Alter, d.h. das emotionale/soziale und chronologische Alter sind widersprüchlich, was die Arbeit mit diesen PatientInnen erschwert.

Im ambulanten Bereich wurde die Sozialarbeit an Schulen im Landkreis Reutlingen verbessert und würde von den SchülerInnen sehr gut angenommen. Die Zusammenarbeit der niedergelassenen ÄrztInnen mit TherapeutInnen und SozialarbeiterInnen sei gut. Aufgrund des Hausarzt-Vertrages Kinder- und Jugendliche der AOK sowie die Kooperation mit der AOK und der Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik Reutlingen PP.rt finden sich auch hier gute Strukturen.

Im stationären Bereich hat die Universitätsklinik Tübingen für den Landkreis Reutlingen den Versorgungsauftrag für Kinder- und Jugendliche mit psychischen Erkrankungen. Derzeit wird eine Kinder- und Jugendpsychiatrische Abteilung ebenso im PP.rt etabliert.

Die Kommunikation zwischen Fachkliniken und ambulant tätigen Kinder- und JugendlichenpsychotherapeutInnen sei derzeit schwierig und selten.

Auch findet zwischen Haus- und FachärztInnen für Kinder- und Jugendmedizin fast keine Kommunikation bzw. Zusammenarbeit statt. Dies wäre aus Sicht der Kinder- und JugendärztInnen jedoch dringlich erforderlich. Wenn die PatientInnen den/die HausärztIn aufsuchen, würden diese häufig erst im fortgeschrittenen Zustand in eine stationäre Einrichtung überweisen. Aus Sicht der ExpertInnen ist eine frühere Überweisung an FachärztInnen und TherapeutInnen erforderlich.

Aufgrund des langen Krankheitsverlaufs wird von den ExpertInnen die Einführung einer Transitionsprechstunde empfohlen, die derzeit nur bei ganz spezifischen Erkrankungen durch die Krankenkassen finanziert werden. Diese sollten auch für das Krankheitsbild Anorexie eingeführt werden. So könne auch ein besseres Vertrauensverhältnis zum weiterführenden Behandler geschaffen werden.

Ebenso fehle eine niederschwellige Anlaufstelle sowohl für PatientInnen selber als auch für die Angehörigen. Die nächste Beratungsstelle sei in Tübingen. PatientInnen aus dem Landkreis Reutlingen müssen diese Beratungen jedoch selbst bezahlen. Als schwierig gestaltet sich auch die Kommunikation der BehandlerInnen und TherapeutInnen zur Integration der PatientInnen in den Schulalltag. Hier wären begleitende Maßnahmen erforderlich. Auch gibt es in der Region keine speziellen Wohngruppen für PatientInnen mit Anorexie. Für viele PatientInnen wären diese Wohngruppen wünschenswert.

Die größte Problematik wurde jedoch in den langen Wartezeiten sowohl im ambulanten als auch im stationären Bereich gesehen. Hier wurden Wartezeiten zwischen 3 und 6 Monaten (stationär z.T. über 6 Monate) angegeben. In dieser Zeit würden die PatientInnen nicht adäquat versorgt werden. Die Auslastung der Abteilung Psychiatrie und Psychosomatik für Kinder- und Jugendliche sei enorm, mit zunehmender Tendenz. Die Aufstockung der Bettenzahl gestaltet sich schwierig. Bei der Betrachtung der ambulanten Bedarfsplanung bezogen auf die psychotherapeutische Versorgung liegt der Versorgungsgrad der ambulant tätigen PsychotherapeutInnen im Landkreis Reutlingen bei 129% (Stand Bedarfsplanung KVBW 10/2017), sodass hier sogar von einer Überversorgung gesprochen wird. Für die Versorgung der ambulant tätigen Kinder- und Jugendpsychiater findet sich ein 98%-iger Versorgungsgrad (Normalversorgung) in der Region Neckar-Alb (Stand Bedarfsplanung KVBW 10/2017), sodass es, den Zahlen nach nicht zu einer solch langen Wartezeit kommen dürfe (siehe Tabelle 31).

Tabelle 31 : Versorgungsgrad PsychotherapeutInnen im Landkreis Reutlingen bzw. ambulant tätiger Kinder- und Jugendpsychiater in der Region Neckar-Alb

Ambulant tätige Psychotherapeuten				Ambulant tätige Kinder- und Jugendpsychiater			
im Landkreis	6/2013	6/2015	10/2017	in der Region	6/2013	6/2015	10/2017
Reutlingen	132%	132%	129%	Neckar-Alb	113%	113%	98%
Tübingen	571%	582%	555%				

Quelle: Bedarfsplanung der KV Baden-Württemberg⁴⁷

Zahlen zur Bedarfsplanung in Bezug auf den Versorgungsgrad werden von allen ExpertInnen kritisch gesehen, sodass die Forderung nach einer abgestimmten (ambulanten) Bedarfsplanung und (stationären) Krankenhausplanung ausgesprochen wurde.

Zusammengefasst aus den Stärken und Schwächen, den in der dritten Arbeitsgruppensitzung vorgestellten Projekten sowie aus den Diskussionen und Gesprächen mit den ExpertInnen ergeben sich für das Krankheitsbild Anorexie für den Landkreis Reutlingen folgende **Handlungsempfehlungen**:

- **Nachhaltige multiprofessionelle Veranstaltungen für Kinder und Jugendliche:** Veranstaltungen mit LehrerInnen, ÄrztInnen, PsychologInnen, PsychiaterInnen, SozialpädagogInnen, ErzieherInnen, etc. zu Themenschwerpunkten wie z.B. besseres Verständnis des eigenen Körpers, Selbst-

⁴⁷ <http://www.kvbawue.de/praxis/vertraege-recht/bekanntmachungen/bedarfsplanung/> [letzter Zugriff am 24.04.18]

einschätzung und Selbstwahrnehmung, Stärkung des Selbstbewusstseins, gesunder Lebensstil, Ernährung, Sozialkompetenz.

- **Spezifische bzw. Allgemeine Informationsveranstaltungen Essstörungen:** Veranstaltungen insbesondere für Eltern, Kinder und Jugendliche mit Informationen zu Pubertät und zur Frage: Wie kann ich mein Kind stärken?
- **Integration eines Schulfaches „Gesundheit“ in den Lehrplan:** zudem Einführung lebenspraktischer Fächer“, fächerübergreifend
- **Einführung Schulgesundheitsfachkraft an Schulen**
- **Einführung Transitionssprechstunde:** für Jugendliche mit chronischen Erkrankungen einschließlich psychischen Erkrankungen. Beim Krankheitsbild Anorexie wird eine Transitionssprechstunde gemeinsam mit dem PsychotherapeutInnen und dem Kinder- und JugendpsychiaterIn vorge schlagen.
- **Gründung Netzwerk Anorexie landkreisintern:** Mit Option zur landkreisübergreifenden Erweiterung (Modellregion SÜD), **Integration ins Netzwerk**
 - Einführung Home Treatment
 - Notfalltermine organisiert im Netzwerk/Sicherstellung einer Interimsversorgung
 - Landkreisübergreifende Wohngruppen → Organisation durch Netzwerk
 - Transparenz von Angeboten incl. Ansprechstelle, ggfs. als Case Manager
 - Organisation, Kommunikation i.R. einer Plattform mit individuellen Zugriffsrechten
- **Einführung Interimsversorgung:** durch z.B. Ausbau der Schulsozialarbeit Beratungsstelle für Kinder und Jugendliche mit Essstörungen im Landkreis Reutlingen, Angebot von Notfallterminen im Landkreis Reutlingen
- **Überarbeitung der Bedarfs-/Versorgungsplanung:** Abstimmung der (ambulanten) Bedarfsplanung und (stationären) Krankenhausplanung u. a. zur Reduzierung der langen Wartezeiten sowohl im ambulanten als auch im stationären Bereich
- **Sektorenübergreifendes Kompetenzzentrum Essstörungen** (z.B. am Universitätsklinikum Tübingen)

Innovatives Modell/Herausforderungen für die Zukunft

Nachfolgend wird ein System vorgestellt, welches in verschiedene Behandlungsstufen unterteilt ist. Die „Grundversorgung“ findet in einem „Family Health Care Center“ statt.

Zu den Berufsgruppen der „Grundversorgung“ gehören u. a. FachärztInnen für Allgemeinmedizin, Kinder- und JugendärztInnen, PhysiotherapeutInnen etc. Die Kommunikation untereinander erfolgt in einem gesicherten Netzwerk. Die Kommunikation zu den weiteren AkteurInnen des „Öffentlichen Umfeldes“ wie z.B. Schulen, etc. ist durch persönliche Kontakte gesichert. Jedem/r PatientIn, der Hilfe bei der Organisation von Behandlungsterminen etc. benötigt, wird durch einen Case Manager (Organisator) unterstützt. Die weiteren medizinischen Gesundheitsberufe haben bei erfüllten Qualifikationskriterien, eigene Kompetenzen zur Patientenbehandlung.

Im Rahmen der „Grundversorgung“ findet auch der größte Teil der Gesundheitsförderung und Prävention durch multiprofessionelle Zusammenarbeit statt.

Die Weiterbehandlung durch eine/n spezialisierte/n FachärztIn wird im Rahmen der „Grundversorgung“ entschieden, ggfs. durch Entscheid von Fallbesprechungen innerhalb des Teams der „Grundversorgung.“

Ergebnisse

Die spezialisierte Behandlung der Anorexie findet im Kompetenzzentrum „Anorexie“ statt. Die Behandlung in diesem Zentrum kann sowohl ambulant als auch stationär erfolgen und entsprechend abgerechnet werden. Auch die Kommunikation der Spezialisten untereinander und mit dem Team der „Grundversorgung“ erfolgt durch ein gesichertes Netzwerk. Innerhalb des Netzwerkes können u. a. auch Befunde verschickt werden. Auch finden PatientInnen hier Anlaufstellen für Erstberatungen. Die Koordination und Verwaltung der gesamten Versorgungsmöglichkeiten in der Region wird durch eine Koordinierungsstelle gesteuert und ständig aktualisiert.

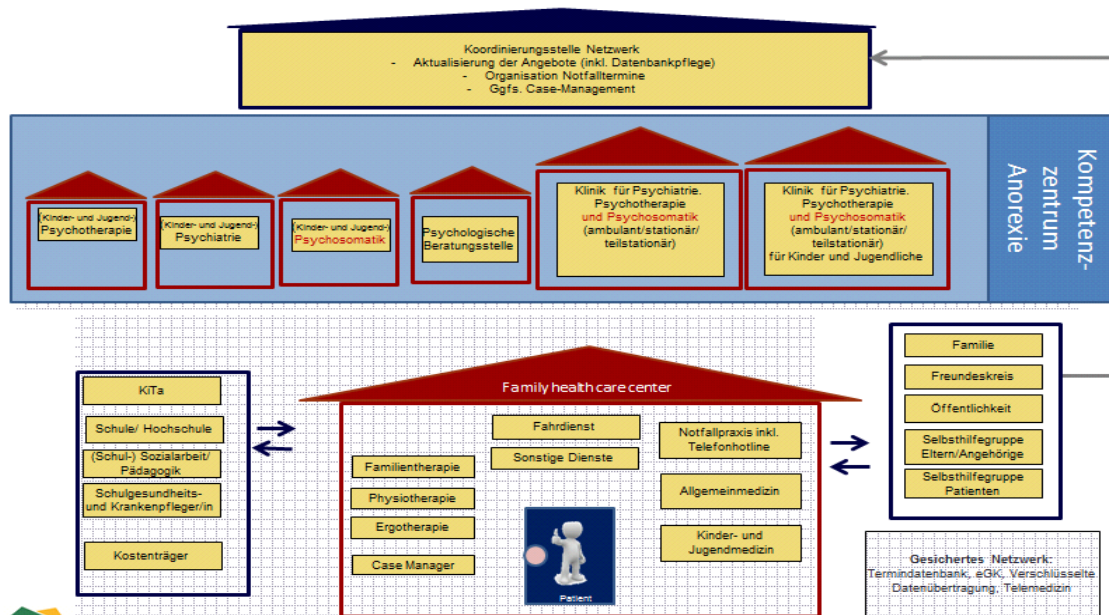


Abbildung 116: Innovatives Modell, Landkreis Reutlingen, Krankheitsbild Anorexie

3.2.3.2. Arbeitsgruppe Darmkrebs

Durch das zertifizierte Darmzentrum der Kreiskliniken Reutlingen finden sich für PatientInnen mit Darmkrebs sehr gute Strukturen im Landkreis Reutlingen. Die Vernetzung zwischen dem ambulanten und stationären Bereich wird von den ExpertInnen als sehr gut dargestellt. Die Wartezeiten für fachärztliche Untersuchungen seien gering.

Zu Wartezeiten käme es lediglich bei Terminen zur Darmkrebsvorsorge. Die Öffentlichkeitsarbeit zur Darmkrebsvorsorge müsse aus Sicht der ExpertInnen intensiviert werden, ebenso generelle Aufklärung zu „gesundem Lebensstil“. Hier müsse bereits in den Kitas begonnen werden.

Zur Durchführung strahlentherapeutischer Maßnahmen besteht eine Kooperation mit dem Universitätsklinikum Tübingen, sodass auch zur Strahlentherapie geringe Fahrtwege für PatientInnen bestehen. Als eins der wichtigsten Versorgungsangebote für PalliativpatientInnen wird derzeit die Brückenpflege in den Kreiskliniken⁴⁸ gesehen. Derzeit steht die Finanzierung dieses Angebots zur Diskussion. Aus Sicht der ExpertInnen müsse diese weiter sichergestellt werden um einen reibungslosen Ablauf vom stationären in den ambulanten Bereich sicherstellen zu können. Positiv erwähnt wurde

⁴⁸ http://www.kreiskliniken-reutlingen.de/dokumente/upload/20130919_124454_bc1b5_1309_Brueckenpflege2013.pdf [letzter Zugriff am 24.04.18]

ebenso der Betreuungsdienst bei Versicherten der Bosch BKK⁴⁹ sowie der Soziale Dienst der AOK⁵⁰, der ebenso die Betreuung der PatientInnen, insbesondere die Koordination der Beratungen und Betreuung übernimmt.

Derzeit befindet sich eine Selbsthilfegruppe⁵¹ im Aufbau. Die Organisation erfolgt in Zusammenarbeit mit den Kreiskliniken und der ILCO-Selbsthilfegruppe. Durch die Selbsthilfegruppe, welche bereits in anderen Landkreisen existiert, konnten bereits Sportgruppen für StomapatientInnen organisiert werden.

Als großes Defizit wurde die fehlende ambulante psychosoziale Beratungsstelle im Landkreis Reutlingen angesprochen. Derzeit müssen PatientInnen zur Beratung nach Tübingen. Die Wartezeiten hier seien sehr lang, da auch die Tübinger Beratungsstelle überlastet sei. Eine psychotherapeutische Beratungsstelle wird von allen ExpertInnen als unerlässlich erachtet. Sinnvoll wäre die Anbindung einer Krebsberatungsstelle an das zertifizierte Krebszentrum. Derzeit fehle ein Überblick und Transparenz über die Angebote, die es im Landkreis gibt. Ein Antrag zur Etablierung einer Psychosozialen Krebsberatungsstelle durch die Kreiskliniken an das Sozialministerium wurde aufgrund der Nähe zu Tübingen abgelehnt.

Auf Grund kurzer Liegezeiten im Krankenhaus fehlt oft die Zeit zur Aufklärung und Beratung der PatientInnen und somit zur Information über Selbsthilfegruppen, so dass meist eine selbstständige „Recherche“ der PatientInnen und vor allem der Angehörigen am Wochenende stattfindet und somit die Angehörigen der Selbsthilfegruppen oft an Wochenenden kontaktiert werden. Dies könnte durch die Anbindung einer Krebsberatungsstelle ans Darmzentrum verbessert werden.

Insgesamt wird auch beim Krankheitsbild Darmkrebs auf die personellen Engpässe in der Pflege sowohl ambulant als auch stationär eingegangen. Personalengpässe und Unwissenheit beim Pflegepersonal führen insbesondere bei StomapatientInnen immer wieder zu Klinikeinweisungen insbesondere abends und am Wochenende. Ein weiteres Problem stelle derzeit die Nachsorge dar. Hier seien die Zuständigkeiten nicht immer klar geregelt. Für regelmäßige Nachsorgen, z.B. bei GastroenterologInnen fehlen derzeit sowohl personelle als auch technische Ressourcen, z.B. Ultraschallgeräte, die für Untersuchungen laut Leitlinien zur Nachsorge vorgesehen sind.

Zusammengefasst aus den Stärken und Schwächen, den in der dritten Arbeitsgruppensitzung vorgestellten Projekten sowie aus den Diskussionen und Gesprächen mit den ExpertInnen ergeben sich für das Krankheitsbild Darmkrebs für den Landkreis Reutlingen folgende **Handlungsempfehlungen**:

- **Verstärkte Aufklärung der Öffentlichkeit:** Es muss eine öffentliche Aufmerksamkeit für die Bedeutung der Früherkennung von Darmkrebs – insbesondere für die Zielgruppe Männer – unter Einbezug von Betroffenen geschaffen (z.B. durch Informationsveranstaltungen mit Betroffenen) werden.
- **Stärkung der Motivation zur Prävention, z.B. Einführung Vorsorgepass:** Durch die Einführung eines Vorsorgepasses soll sowohl Transparenz über anstehende Maßnahmen sichergestellt und die Motivation erhöht werden, an Vorsorgeuntersuchungen teilzunehmen.

⁴⁹ https://www.bosch-bkk.de/media/bkk_medien/20_leistungen/10_leistungen_a_bis_z/leistungen_p/patientenbegleitung/Bosch_BKK_Infolyer_Patientenbegleitung_2018.pdf [letzter Zugriff am 24.04.18]

⁵⁰ <https://bw.aok.de/inhalt/sozialer-dienst/> [letzter Zugriff am 24.04.18]

⁵¹ http://krebzentrum.kreiskliniken-reutlingen.de/dokumente/upload/20161018_174318_dbd37_SHG_Flyer_2016.pdf [letzter Zugriff am 24.04.18]

- **Verbesserung der Inanspruchnahme von Früherkennungsleistungen:** Durch ein Reminding-System von Krankenkassen zur Erinnerung an anstehende Früherkennungsuntersuchungen kann eine Verbesserung der Inanspruchnahme erzielt werden. Hier ist eine Nutzevaluation anhand empirischer Studien und Begleitforschung der Inanspruchnahmeveränderung nach Reminding notwendig. Ein Einladungsschreiben und Entscheidungshilfen zum Darmkrebs-Screening wurden vom Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen IQWiG⁵² publiziert. Auch die Etablierung zur Bereitstellung von Informationen über Darmkrebsfrüherkennung im Rahmen des Betrieblichen Gesundheitsmanagements kann zu einer Erhöhung der Vorsorgeraten beitragen. Zu beachten ist, dass bei einer erhöhten Koloskopierate durch vermehrte Inanspruchnahme der Früherkennungsuntersuchung entsprechende Ressourcen bereitgestellt werden müssen.
- **Einführung Schulgesundheitsfachkraft:** Als eine Teilaufgabe der Schulgesundheitsfachkraft werden die Aufklärung und die Durchführung von Präventionsarbeit in Schulen gesehen. Ebenso könne auch die Integration des Schulfachs „Gesundheit“ zu einem besseren Bewusstsein bereits im frühen Alter beitragen.
- **Einführung eines Nachsorgepasses:** Durch die Einführung eines Nachsorgepasses soll die Transparenz und Motivation für die Teilnahme an Nachsorgeuntersuchungen erhöht werden.
- **Ausbau telemedizinischer Maßnahmen:** Der Ausbau telemedizinischer Maßnahmen ist essentiell. Dies reicht von der Einführung der elektronischen Gesundheitsakte zur Schaffung von Transparenz der Behandlung und Therapien bis hin zu hochspezialisierten Technologien, wie z.B. tele-radiologische Untersuchungen in hochspezialisierten Zentren, wie z.B. dem Transplantationszentrum der Universitätsklinikum Tübingen⁵³)
- **Psychosoziale Krebsberatungsstelle:** Finanzierung einer psychosozialen Krebsberatungsstelle im Landkreis Reutlingen, incl. Schaffung von Transparenz über vorhandene Angebote
- **Brückenpflege:** Erhalt der Finanzierung der Brückenpflege.

Innovatives Modell/Herausforderungen für die Zukunft

Zugrunde liegt das Modell wie in Kapitel 3.2.3.1 beschrieben.

Spezialisierte Behandlungen finden in spezialisierten Zentren statt, wie derzeit schon im Darmzentrum Reutlingen. Die guten Strukturen haben gezeigt, dass ein System von spezialisierten Zentren für spezifische Krankheitsbilder als positiv gesehen werden kann.

Die Behandlung in diesem Zentrum kann sowohl ambulant als auch stationär erfolgen und entsprechend abgerechnet werden. Auch die Kommunikation der Spezialisten untereinander und mit dem Team der „Grundversorgung“ erfolgt durch ein gesichertes Netzwerk. Innerhalb des Netzwerkes können u. a. auch. Befunde verschickt werden.

Die Koordination und Verwaltung der gesamten Versorgungsmöglichkeiten in der Region wird durch eine Koordinierungsstelle gesteuert und ständig aktualisiert.

⁵² <https://www.iqwig.de/de/presse/pressemitteilungen/pressemitteilungen/darmkrebs-screening-einladungsschreiben-und-entscheidungshilfe-publiziert.7724.html> [letzter Zugriff am 24.04.18]

⁵³ <https://www.medizin.uni-tuebingen.de/Zuweiser/Kliniken/Allgemeine+Chirurgie/F%C3%BCr+Patienten/Was+wir+behandeln/Transplantation.html> [letzter Zugriff am 24.04.18]

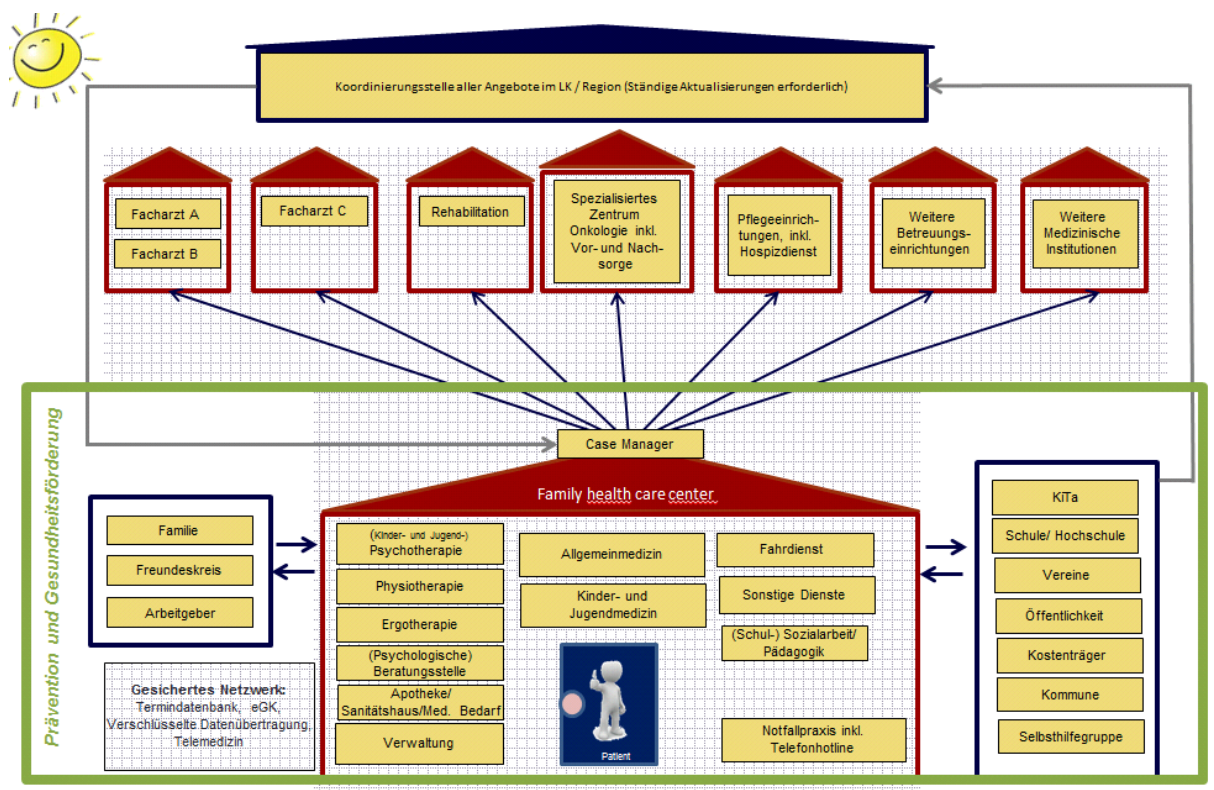


Abbildung 117: Innovatives Modell, Landkreis Reutlingen, Krankheitsbild Darmkrebs

Das System wird von ExpertInnen als sinnvoll, das Modell des Case Managers jedoch eher als kritisch erachtet. Gerade im Bereich der Onkologie sei die Entwicklung zu rasant und hochspezifisch als dass ein Case Manager die Planung der Behandlung übernehmen könnte. Der Case Manager könnte bei onkologischen PatientInnen jedoch als „Organisator“ insbesondere zur Organisation der Behandlung in den Sektoren stationär und ambulant fungieren, insbesondere im Bereich des Entlassmanagements. Angesiedelt werden sollte der Case Manager nicht am „Family Health Care Center“, sondern eher im stationären Bereich. Er sollte eine Pflegefachweiterbildung Onkologie besitzen. Es wurde festgehalten, dass in der Regel der/die HausärztIn die Aufgabe des Case Managers übernehmen müsse, dies jedoch aufgrund der heutigen Situation des „Hausarztmangels“ nicht immer gewährleistet werden könne.

Vorstellung eines innovativen, landkreisübergreifenden Projektes

Vorgestellt wurde eine „Vernetzte Modellregion“, die aufgrund von Kooperationsverträgen teleradiologische Untersuchungen durchführen kann. Mit entsprechenden, durch die Modellregion festgelegten Spezialisten für vorab definierte Spezialuntersuchungen, sollen i.R. des Projektes Kooperationsverträge zur Durchführung der hochspezialisierten Aufgaben abgeschlossen werden.

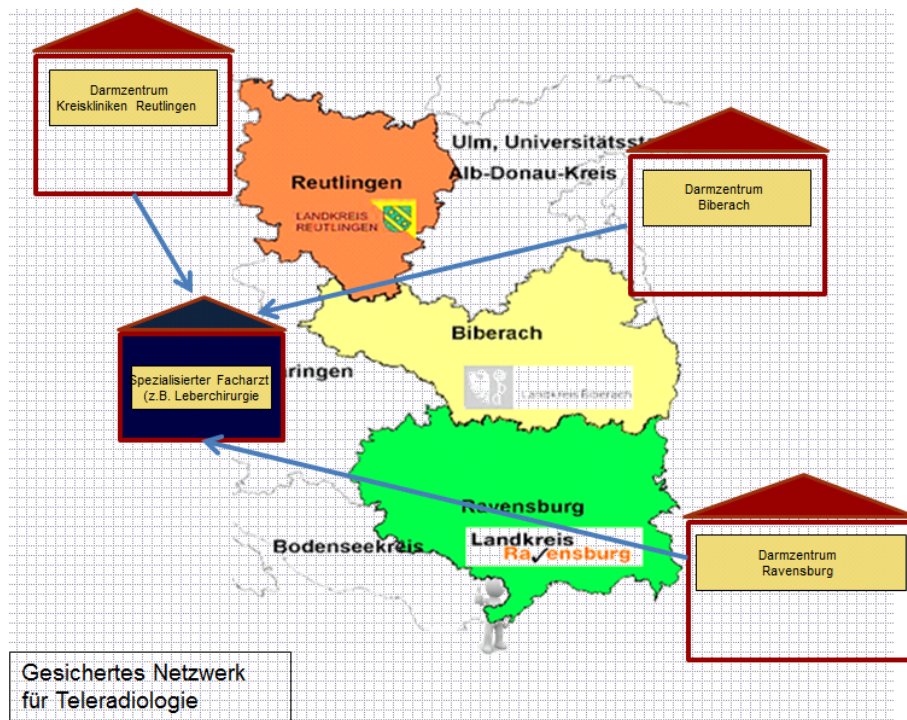


Abbildung 118: Innovatives, landkreisübergreifendes Projekt, Landkreis Reutlingen, Krankheitsbild Darmkrebs

Die ExpertInnen sahen das Projekt als positiv an. Das Projekt soll in den landkreisübergreifenden Sitzungen präsentiert und diskutiert werden.

Abschließend wurde durch die ExpertInnen darauf hingewiesen, dass bei allen Bemühungen zur Durchführung der Vor- und Nachsorgeuntersuchungen beachtet werden müsse, dass auch entsprechende Kapazitäten geschaffen werden müssen.

3.2.3.3. Arbeitsgruppe Demenz

Aus Sicht der ExpertInnen stünden im Landkreis Reutlingen zahlreiche Betreuungsangebote durch Pflegeheime, Tagespflegeeinrichtungen und Pflegedienste sowie eine große Zahl an niederschweligen Angeboten, die über die Pflegekasse abgerechnet werden können, zur Verfügung. Mit dem Netzwerk Demenz (bislang in Eningen⁵⁴ und Bad Urach⁵⁵) habe sich ein wichtiger Baustein zur Netzwerkbildung und innerhalb der Versorgung dementiell Erkrankter im Landkreis etabliert. In Zusammenarbeit mit dem Gesundheitsforum Eningen e.V. wird das Ziel angestrebt, im Dialog mit BürgerInnen, AnbieterInnen und GemeindevertreterInnen, die Strukturen vor Ort transparent zu machen, zu verbessern und neue Möglichkeiten zu schaffen. Darüber hinaus gebe es viele bürgerlich Engagierte. Ergänzt würden diese Angebote durch eine strukturierte Zusammenarbeit zwischen dem Sozialen Dienst der AOK Baden-Württemberg bzw. der Patientenbegleitung der Bosch BKK und den niedergelassenen ÄrztInnen und Kliniken mit dem übergeordneten Gesamtziel einer stabilen Gesamtversorgungssituation durch individuelle Betreuung, strukturierte und interdisziplinäre Handlungsabläufe, sektorenübergreifende Bedarfsermittlung sowie frühzeitige und nachhaltige Interventionen.

⁵⁴ <http://forumgesundegemeinde.de/> [letzter Zugriff am 24.04.18]

⁵⁵ <http://www.bad-urach.de/Organisationen/pro-Urach-Lokale-Agenda-21/Netzwerk-Demenz> [letzter Zugriff am 24.04.18]

Diesen Stärken steht allerdings auch eine Reihe an Schwächen gegenüber. Eine Diagnosestellung sei im Allgemeinen schwierig und erfolge recht selten oder erst in einem späten Stadium. Angehörige verdrängen, dass ihr Angehöriger an einer Demenz leiden könnte. Eine genaue Diagnosestellung erfolge meist erst im Zusammenhang mit einem stationären Aufenthalt aufgrund einer anderen Diagnose.

Ist eine Diagnosestellung erfolgt würden Informationsdefizite bei Angehörigen deutlich, die sich oft in der Phase einer Angst und Unsicherheit befänden. Fragen wie „Welche Angebote gibt es? Was passiert jetzt? Wo erhält man Beratung?“ treten auf. Zusammenhänge seien für Angehörige nicht durchschaubar, es fehle der Überblick über Angebote und Ansprechpartner.

Größer aber als der Mangel an Wissen sei die psychische Hürde der Akzeptanz der Diagnose, insbesondere im ländlichen Raum und hiermit verbunden u. a. eine späte Überleitung der Betroffenen in Tagespflegeeinrichtungen (zur Entlastung pflegender Angehöriger). Fehlende ambulante Versorgungsmöglichkeiten bei Krankheit der Pflegepersonen stellen eine weitere Hürde in der Versorgung dar. Bei der Notwendigkeit eines stationären Aufenthaltes der Betreuungs-/Pflegeperson erfolgen teilweise (nicht vergütete) Mitaufnahmen des demenziell Erkrankten, um dessen Versorgung zu sichern. Wird der Erkrankte stationär behandelt, komme es aufgrund immer kürzerer Verweildauern bei gleichzeitigem Fehlen einer Schnittstelle, bzw. eines organisierten Übergangs oft zu unvorhergesehenen Belastungssituationen. Eine weitere Schnittstellenproblematik zeige sich bei der hausärztlichen zur psychosozialen Versorgung. Des Weiteren müsse die Kommunikation zwischen stationärer Behandlung und Pflege im städtischen Raum im Rahmen von Sitzungen des Schnittstellenmanagements Krankenhaus - ambulante Versorgung verbessert werden. Schwierigkeiten bei der hausärztlichen (eher in städtischen Regionen) ebenso wie der fachärztlichen Versorgung (FachärztInnen für Psychiatrie und Psychotherapie) in stationären Pflegeheimen bestünden vor allem im Hinblick auf fehlende Einstellungen der Medikation, welche stationäre Krankenhausaufenthalte verhindern könne. Auch Pflegedienste würden durch die Versorgung demenziell erkrankter PatientInnen vor eine herausfordernde Aufgabe gestellt, da diese Patientengruppe - in Abhängigkeit des Voranschreitens der Erkrankung - einen erheblichen Pflegeaufwand darstelle. Dieser sei für Pflegedienste allerdings nur gering finanziert. Aber nicht nur die geringe Finanzierung, auch der allgemeine Personal-/Fachkräftemangel sowie fehlender Nachwuchs in der Pflege stellen Betroffene, Angehörige und Einrichtungen vor erhebliche Probleme.

Folgende **Handlungsempfehlungen** werden aus den Ergebnissen der Stärke- und Schwächenanalyse, den in der dritten Arbeitsgruppensitzung vorgestellten Projekten sowie aus den Diskussionen und Gesprächen mit den ExpertInnen abgeleitet:

- **Verstärkung der Öffentlichkeitsarbeit:** Demenz soll als Normalität in einer immer älter werdenden Gesellschaft vermittelt werden. Angebote multiprofessioneller Aufklärungen über demenzielle Erkrankungen - insbesondere in ländlichen Regionen - sollen dazu beitragen, die Akzeptanz der Erkrankung in der Bevölkerung zu erhöhen und Hemmschwellen bei den Betroffenen herabzusetzen, Hilfen anzunehmen. Informationen über Demenz bei Angehörigen und mögliche Unterstützungsangebote wirken darüber hinaus präventiv entlastend.
- **Ausbau der Beratungs- und Informationsarbeit:** Die Anbindung an den/die HausärztIn könnte Strukturen schaffen, die den Zugang für Betroffene und PatientInnen erleichtern. Mit der Einrichtung von Pflegestützpunkten und der Vorhaltung von Familiengesundheitspflegern und Pflegerinnen

- **Netzwerke Demenz auf der operativen Ebene:** Durch die Einrichtung von Qualitätszirkeln zum Erfahrungsaustausch und Durchführung individueller Fallbesprechungen soll eine Verbesserung im Bereich der Kommunikation/Schnittstellen und eine qualitativ hochwertige Versorgung erreicht werden.
- **Alterspsychiatrie (übergeordneter Austausch):** Ein übergeordnetes Netzwerk Alterspsychiatrie trägt dazu bei, Hilfsangebote für ältere Menschen mit psychischen Störungen und psychiatrischen Erkrankungen zu bündeln und Erfahrungen auszutauschen.
- **Schaffung von Transparenz über Angebote:** Als Ansprechpartner für „Pflegelotsen“ und Gemeindegkrankenschwestern dienen unabhängige Koordinierungsstellen. Der Erhalt der Beratungsstellen ist zur Schaffung von Transparenz über bestehende Versorgungsmöglichkeiten und Angebote etc. sowohl für PatientInnen als auch Angehörige unabdingbar.
- **Aufwertung und Ausbau der Pflegeberufe:** Zur langfristigen Sicherstellung der pflegerischen Versorgung müssen Pflegeberufe aufgewertet werden. Es müssen Anreize gesetzt werden, junge Menschen wieder für diese Berufe zu begeistern und gleichzeitig ausgebildete Pflegekräfte im Beruf zu halten.
- **Ausbau der Brückenpflege und Einsatz von Demenzlotsen:** Für DemenzpatientInnen nach stationären Krankenhausaufenthalten, mit entsprechender Finanzierung durch die Krankenversicherung/Pflegeversicherung, dienen einer kontinuierlichen Versorgung der PatientInnen und Entlastung von Betreuungspersonen.
- **„Gemeindearbeit“ für und mit DemenzpatientInnen:** Ziel der Gemeindearbeit ist es, dementiell Erkrankten die Möglichkeit zu geben, weiterhin am Gemeindeleben teilnehmen zu können, sich nicht abgelehnt, sondern integriert zu fühlen. Die „Gesunde Gemeinde“ bietet gute Rahmenbedingungen für die Ausweitung der Angebote.
- **„Gemeindegkrankenschwester“:** Flächendeckend und quartiersbezogen eingesetzte „Gemeindegkrankenschwestern“ haben als Organisatoren multiprofessioneller Veranstaltungen (Netzwerk Demenz) und Veranstaltungen für Angehörige und Interessierte sowie Vermittler ehrenamtlicher Helfer und Ansprechpartner für Angehörige einen wichtigen Stellenwert in der Versorgung dementiell Erkrankter.
- **Ausbau niederschwelliger Angebote:** Schulungen der Betreuungspersonen zur Entlastung der Pflegepersonen und Organisation unterschiedlicher Angebote können ggf. durch die „Gemeindegkrankenschwester“ erfolgen. Hierzu gehören die aufsuchende Betreuung/Arbeit, Besuchsdienste (z.B. über die Kirchen) sowie hauswirtschaftliche Hilfen.
- **Schaffung neuer Wohnformen:** Wenn das Leben in den eigenen vier Wänden nicht mehr möglich ist, können neue Wohn- und Betreuungsformen eine Alternative zur dauerhaften stationären Unterbringung im Pflegeheim darstellen. Neue Möglichkeiten zur wissenschaftlich gestützten Weiterentwicklung und Förderung neuer Wohnformen im Rahmen eines Modellprogramms wurden mit dem Pflege-Neuausrichtungsgesetz⁵⁶ geschaffen (§45f SGB XI).
- **Schulung für Fach- und HausärztInnen zum Thema Demenz:** Die frühzeitige Diagnose und adäquate Therapie sowie wissenschaftliche Pflege erleichtern allen Beteiligten (hierzu zählen auch die Fachkräfte selbst) den Umgang mit der Krankheit. Bei der Behandlung sollte stets der Betroffene in seiner individuellen Lebenssituation im Vordergrund stehen.
- **Einführung eines DMP-Demenz:** Koordiniertes und vernetztes Handeln aller an der Behandlung Beteiligten i. S. strukturierter Behandlungsprogramme - basierend auf den Erkenntnissen evi-

⁵⁶ <http://www.sozialgesetzbuch-sgb.de/sgbxi/45f.html> [letzter Zugriff am 24.04.18]

denzbasierter Medizin - führt zur Reduktion von Unter-, Über- oder Fehlversorgung der Betroffenen.

Innovatives Modell/Herausforderungen für die Zukunft

Neben den Pflegestützpunkten, die für spezifische und fachliche Fragestellungen Ansprechpartner sind, könnte die Etablierung einer Stadtteil- oder Gemeindegeschwester eine sinnvolle Ergänzung sein. An der Kommune angesiedelt stünde diese als niederschwellig erreichbarer Ansprechpartnerin Betroffenen ebenso wie Pflege- und Betreuungspersonen zur Verfügung. Als Ansprechpartnerin für Alltagsfragen, zur Organisation von Nachbarschaftshilfe und gemeinsamen Aktivitäten im Dorf bzw. Stadtteil wie beispielsweise Singen, Wandern oder Spielen, sowie für die Vermittlung von Freizeitangeboten, Einkaufshilfen, freiwilligen Fahrdiensten, Betreuungsmöglichkeiten „alt für jung“ und „jung für alt“ würde die Gemeindegeschwester ein wichtiges Bindeglied zwischen der häuslichen Versorgung und der professionellen Pflege darstellen.

3.2.3.4. Arbeitsgruppe Depression

Im Landkreis Reutlingen sind nach Meinung der ExpertInnen gute Strukturen, Vernetzungen und Kommunikationswege nicht zuletzt durch das Zentrum für Psychiatrie (ZfP) und der Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik PP.rt gegeben. Die ambulante psychiatrische Behandlung habe im Landkreis Reutlingen deutlichen Vorrang vor der stationären Behandlung, ein niederschwelliger Zugang soll in den nächsten Jahren verbessert werden.

Im PP.rt werden bereits aufsuchende Behandlungsformen (Home Treatment) in Form eines Modellprojektes⁵⁷ erprobt, mit dem Ziel, eine stationsersetzende Behandlung zu ermöglichen. Eine Tagesklinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie am PP.rt soll noch im Frühjahr 2018 eröffnet werden. Die konstruktive Kooperation der AOK-Die Gesundheitskasse Neckar-Alb mit der Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik PP.rt wird hervorgehoben. Als problematisch wird die derzeit in der Abteilung Psychiatrie und Psychotherapie im Kindes- und Jugendalter der Universitätsklinik Tübingen herrschende über 110%ige Bettenauslastung angesehen.

Die Zusammenarbeit zwischen Kinder- und JugendpsychotherapeutInnen und niedergelassenen FachärztInnen für Kinder- und Jugendmedizin sei gut. Die Kommunikation zwischen Fachkliniken und ambulant tätigen Kinder- und JugendpsychotherapeutInnen könne noch ausgebaut und intensiviert werden. Zwischen HausärztInnen und FachärztInnen für Kinder- und Jugendmedizin bestehen fast keine Schnittstellen. Eine Zusammenarbeit wäre wünschenswert. Problematisch wurde gesehen, dass HausärztInnen PatientInnen oft zu spät an eine fachärztliche Weiterbehandlung überweisen. Frühere Überweisungen an FachärztInnen und TherapeutInnen wären notwendig. Allerdings seien die Wartezeiten auf einen ambulanten Therapieplatz für eine psychotherapeutische Behandlung sehr lange, derzeit bis zu 3 Monate. Die Neuordnung durch die Psychotherapierichtlinie⁵⁸ (in Kraft seit 01.04.2017) sieht zwar eine schnellere Akutterminvergabe vor, eine Weiterbehandlung kann damit jedoch noch nicht sichergestellt werden. Die Auswirkung dieser Regelung bleibe abzuwarten.

Nach Meinung der ExpertInnen ist der Übergang vom ambulanten in den stationären Sektor bzw. von der Jugend- in die Erwachsenenmedizin nicht konsequent strukturiert. Mit der Zahl der Schnittstellen

⁵⁷ <https://www.barmer.de/blob/103324/4ae5ce7c65ba65d7f4c396eeb95e7595/data/psychiatrie-ba-wue-126763.pdf> [letzter Zugriff am 24.04.18]

⁵⁸ <https://www.kvbw-admin.de/api/download.php?id=2701> [letzter Zugriff am 24.04.18]

v.a. bei komplexen Krankheitsbildern sei die Gefahr des Informationsverlusts gegeben. Der/die zuvor behandelnde ÄrztIn wird nicht oder nur unregelmäßig über den weiteren Behandlungsverlauf informiert. Zudem fehle eine Anschlussbehandlung nach stationärer Therapie häufig bzw. diese werde von den PatientInnen nicht gewünscht. Die individuelle Begleitung des/der PatientIn durch ein gleich bleibendes Behandlungsteam, unabhängig, ob eine stationäre, teilstationäre oder ambulante Behandlung und Betreuung notwendig ist, wird von den ExpertInnen als essentiell betrachtet. Das Behandlungsteam kenne die individuelle Situation des/der PatientIn und könne somit besser seine Bedürfnisse erfragen und berücksichtigen.

Die Zusammenarbeit zwischen Schulen und ÄrztInnen wird insbesondere durch die SchulsozialarbeiterInnen sowohl für den ambulanten als auch stationären Sektor als verbesserungswürdig angegeben.

Im Landkreis Reutlingen werden zahlreiche, individuelle Hilfsangebote für Menschen mit Depression bereitgestellt. So bieten beispielsweise die Sozialpsychiatrischen Hilfen Reutlingen-Zollernalb⁵⁹ Beratung und Begleitung, Arbeitsplätze und Wohnmöglichkeiten, Therapie und Pflege. Weiter zu nennen wäre der Förderverein Sonnenstrahlen e.V.⁶⁰, der Sonderpflegedienst Bruderhaus Diakonie⁶¹, häusliche psychiatrische Pflege auf Verordnung eines Facharztes, der Integrationsfachdienst Neckar-Alb⁶², Klasse 2000⁶³, AK Leben in Reutlingen⁶⁴, das Bündnis Depression e.V.⁶⁵, das Pilotprojekt Psychotherapie in Gruppen sowie die Trauerberatungsstelle, Diakonieverband Reutlingen⁶⁶. Die Tagesklinik des PP.rt für Menschen in der zweiten Lebenshälfte bietet ein therapeutisches Angebot, das die speziellen Bedürfnisse älterer Menschen berücksichtigt. Allerdings fehlen nach Meinung der ExpertInnen insbesondere weitere Strukturen für ältere Menschen mit Depression.

Die ExpertInnen sind sich einig, dass die Stärkung einer bedarfsorientierten, individuellen sozialpsychiatrischen Beratung und ein Ausbau der Präventionsangebote vorangetrieben werden sollte. Ein besonderes Augenmerk müsse dabei auch auf den Ausbau von Angeboten zur Gruppenpsychotherapie gelegt werden. Vorgeschlagen wurden unter anderem „Krisentage“ an Schulen, aufsuchende Angebote von Kinder- und Jugendpsychiatern an Schulen gemeinsam mit der Jugendhilfe, Kuren und Hilfsangebote für pflegebedürftige Angehörige und die Einführung einer Schulkrankenschwester. Eine Transparenz über alle Angebote auf regionaler Ebene und eine feste installierte Kontaktstelle wären wünschenswert.

Als ein positiver Lösungsansatz wurde die psychiatrische Institutsambulanz (PIA) am PP.rt herausgestellt. Die PIA ermöglicht durch Krisenintervention stationäre Behandlungen entweder zu vermeiden oder, wenn nötig, vorzubereiten. Die Behandlungsangebote der Institutsambulanz richten sich an Kranke, die wegen Art, Schwere und Dauer ihrer Erkrankung eines besonderen krankenhausnahen Angebotes bedürfen.

Darüber hinaus können PatientInnen auch nach Beendigung der klinischen oder tagesklinischen Behandlung noch therapeutische Angebote in den spezialisierten Angeboten wahrnehmen oder während der Behandlung begonnene sozialpsychiatrische Maßnahmen mit sozialpädagogischer Begleitung abschließen.

⁵⁹ <http://www.sozialpsychiatrie-reutlingen-zollernalb.de/wir-ueber-uns/> [letzter Zugriff am 24.04.18]

⁶⁰ <http://www.sonnenstrahlen-online.de/> [letzter Zugriff am 24.04.18]

⁶¹ https://www.bruderhausdiakonie.de/fileadmin/layouts/portal-bruderhausdiakonie/BD-Sozial/BD-sozial_1-2016.pdf [letzter Zugriff am 24.04.18]

⁶² <http://www.ifd-bw.de/> [letzter Zugriff am 24.04.18]

⁶³ <http://www.klasse2000.de/> [letzter Zugriff am 24.04.18]

⁶⁴ http://www.ak-leben.de/cms/front_content.php?idart=171 [letzter Zugriff am 24.04.18]

⁶⁵ <https://www.deutsche-depressionshilfe.de/regionale-angebote/neckar-alb/start> [letzter Zugriff am 24.04.18]

⁶⁶ <http://www.diakonie-reutlingen.de/startseite/> [letzter Zugriff am 24.04.18]

Aus den ExpertInnengesprächen wurden folgende **Handlungsempfehlungen** für das Krankheitsbild Depression im Landkreis Reutlingen abgeleitet:

- **Multiprofessionelle Veranstaltungen für Kinder und Jugendliche:** Mit LehrerInnen, ÄrztInnen, PsychologInnen, PsychiaterInnen, SozialpädagogInnen, ErzieherInnen, etc. zu unterschiedlichen Themenschwerpunkten (besseres Verständnis des eigenen Körpers, Selbsteinschätzung und Selbstwahrnehmung, Stärkung des Selbstbewusstseins, gesunder Lebensstil, Ernährung, Veranstaltungen zum Thema Pubertät sowie den Unterthemen Depression und Leistung) durchgeführte Veranstaltungen tragen zu einer frühzeitigen selbstständigen Auseinandersetzung mit der Problematik bei.
- **Multiprofessionelle Infoveranstaltungen zum Thema Depression und Leistungserbringung in der Schule, im Beruf und in der Familie:** Unter dem Einbezug Betroffener sollen zielgruppenspezifisch (z.B. Männer, Schüler und Lehrer) Informationsveranstaltungen angeboten werden.
- **Ausbau der Maßnahmen für Ältere unter Einbezug von Multiplikatoren:** Insbesondere um Isolation zu vermeiden, als positives Beispiel wäre u. a. der „Bürgerbus“ in Pfullingen⁶⁷ oder das Projekt „Lebenswert“⁶⁸ zu nennen.
- **Einführung BGM in kleine und mittelständische Betriebe:** Auf Initiative des Kreisgesundheitsamtes/Kommunale Gesundheitskonferenz kann durch Teilnahme am Label „Gesund im Betrieb“ ein Anstoß zur Einführung eines BGM⁶⁹ in kleinen Unternehmen gegeben werden. Das Label „Gesund im Betrieb“ bietet Unternehmen die Chance, sich mit einem einfachen, praktikablen, kostengünstigen und regionalen Konzept auf den Weg zu einem gesunden Unternehmen zu machen. Das Konzept berücksichtigt die Strukturen und Anforderungen der Betriebe und ist direkt auf deren Bedürfnisse zurechtgeschnitten. Das Label soll darüber hinaus Vorteile bei der Positionierung des Unternehmens im Wettbewerb um Arbeitskräfte bringen. Das Unternehmen zeigt nach außen, dass ihm die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter und deren Gesundheit wichtig sind.

Zielgruppe sind Kleinunternehmen im Landkreis Reutlingen bis 20 Mitarbeiter oder auch Filialen eines Unternehmens bis zu 20 Mitarbeitern sowie (Fach-)Abteilungen eines Unternehmens bis zu 20 Mitarbeitern, branchenübergreifend. Mit der Vergabe des Labels Gesund im Betrieb besteht für die teilnehmenden Unternehmen die Möglichkeit, die Aspekte des Arbeitsschutzes, der Arbeitssicherheit und der Gesundheitsförderung im Betrieb durch eine neutrale Stelle begutachten zu lassen. Ermittelt werden der Ist-Zustand und der Bedarf im Sinne von Stärken und Schwächen des Unternehmens durch ein Gespräch mit der Unternehmensleitung, eine Betriebsbegehung zur Besichtigung der Bedingungen vor Ort und der Umsetzung Arbeitsschutz/Gesundheitsschutz sowie durch Gespräche mit den Mitarbeitern. Ziel ist es, individuell auf den Bedarf des begutachteten Unternehmens abgestimmt drei nachhaltige Maßnahmen zu definieren und diese kontinuierlich umzusetzen.

Im Betrieb soll ein kontinuierlicher Verbesserungsprozess angestoßen werden, der darauf abzielt, die Verantwortlichen und Mitarbeiter des Unternehmens gleichermaßen für das Thema Gesundheit zu sensibilisieren, gesundheitsförderliche Arbeitswelten zu schaffen sowie arbeitsbedingte Gesundheitsgefahren systematisch und dauerhaft zu verringern.

⁶⁷ <https://www.pfullingen.de/424> [letzter Zugriff am 24.04.18]

⁶⁸ <http://www.lebenswert-ringelbach.de/> [letzter Zugriff am 24.04.18]

⁶⁹ <http://www.kreis-reutlingen.de/gesundheitskonferenz/Betriebliches-Gesundheitswesen> [letzter Zugriff am 24.04.18]

- **Integration eines Schulfaches „Gesundheit“ in den Lehrplan:** Lebenspraktische Fähigkeiten sollten incl. Sozialkompetenzen fächerübergreifend vermittelt werden.
- **Einführung Schulgesundheitsfachkraft Schulen**
- **Einführung einer Transitionssprechstunde:** Soll Übergänge von der Kinder-/Jugendmedizin zur Erwachsenenmedizin bei Kindern bzw. Jugendlichen mit chronischen Erkrankungen (einschl. psychischer Erkrankungen) sowie den Übergang zwischen Erwachsenenmedizin und Geriatrie erleichtern.
- **Case Manager/Patientenbegleiter:** Sollte erste/r AnsprechpartnerIn/Vertrauensperson des Patienten sein. Darüber hinaus ist dieser zuständig für die Organisation des weiteren Behandlungsablaufs und der Kommunikation mit Behandlungsteam (→ bei medizinischem Fachpersonal gesonderte Vergütung, ansonsten analog BOSCH BKK)
- **Ausbau Netzwerk Psychiatrie:** Als Plattform zur Terminvergabe, u. a. Notfalltermine, zur Informationsvermittlung, zum regelmäßigen Austausch, der Vorhaltung eines Kriseninterventionsteams, zur Schaffung von Transparenz über alle Angebote sowie der Organisation von Case Managern (in Reutlingen Netzwerk Alterspsychiatrie, Kommunales Sucht Helfenetzwerk,...)
- **Schaffung Transparenz aller Angebote,** inklusive Beratungsstellen, FachärztInnen, PsychotherapeutInnen, Selbsthilfegruppen, Sportgruppen, etc.
- **Zentrum für Psychiatrie:** Zur Aufrechterhaltung der Kontinuität des Behandler Teams bei ambulanter und stationärer Behandlung. Ein Zentrum ist durch das Zentrum für Psychiatrie (ZfP) bzw. PP.rt derzeit bereits in Planung
- **Überarbeitung der Bedarfs-/Versorgungsplanung:** Abstimmung der (ambulante) Bedarfsplanung und (stationären) Krankenhausplanung zur Reduzierung der langen Wartezeiten sowohl im ambulanten als auch im stationären Bereich.

Innovatives Modell/Herausforderungen für die Zukunft

Im Rahmen der ExpertInnengespräche wurde abschließend die Gründung eines Netzwerkes Depression als innovatives Modell (siehe Abbildung 119) diskutiert.

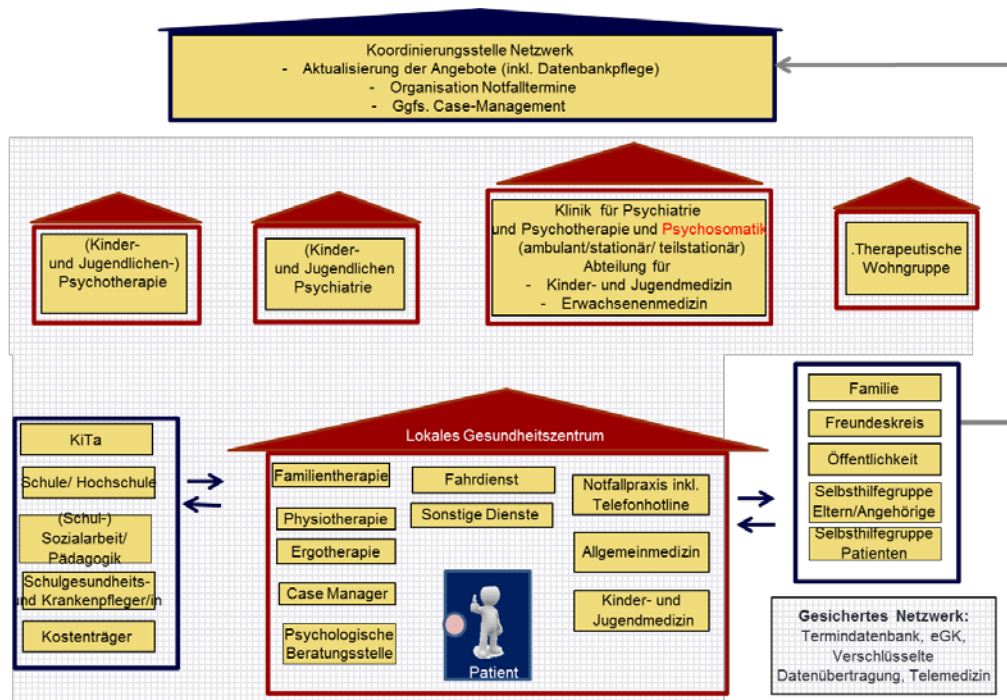


Abbildung 119: Innovatives Modell, Landkreis Reutlingen, Krankheitsbild Depression

Das „Netzwerk Depression“ umfasst alle wesentlichen AkteurInnen inklusive Gesundheitsförderung und Prävention. Alle für die Begleitung und Behandlung von PatientInnen wichtigen Berufsgruppen und Institutionen sind im Netzwerk zusammengeschlossen und stehen in engen Kontakt miteinander. Eine zentrale Kontaktstelle mit einem/r AnsprechpartnerIn (Case Manager, Lotse, PatientenbegleiterIn) dient als Bindeglied zwischen den einzelnen AkteurInnen. Der Case Manager übernimmt die Organisation des Behandlungsablaufes und die Kommunikation mit dem Behandlungsteam. Er sorgt für die Transparenz über das Angebotsspektrum und übernimmt die Koordination der Angebote. Dazu könnte eine internetbasierte Datenbank mit Informationen, Angeboten und eventuell auch Berichten von Betroffenen zusammengestellt werden.

Aufgaben des Netzwerkes könnten beispielsweise in der Organisation von Notfallterminen und die Sicherstellung einer Interimsversorgung liegen. Landkreisübergreifende Wohngruppen könnten von dem Netzwerk organisiert werden.

Zur Kommunikation wäre ein elektronisches Verwaltungssystem denkbar. Die AkteurInnen haben dabei unterschiedlich festgelegte Informations- und Zugangsberechtigungen, wobei die Datensouveränität bei den PatientInnen liegt.

Nach Ansicht der ExpertInnen ist die Erstellung eines „Behandlungspfades“ für PatientInnen mit Depression sehr spezifisch. Letztendlich entscheidet der/die PatientIn selber, welche/n ExpertInnen er/sie als erstes aufsucht. Der Versorgungsweg solle dann individuell nach Fall entschieden werden.

Es wurde vorgeschlagen, das Modell „Netzwerk Depression“ ggfs. zu einem Netzwerk Depression in der Modellregion Süd zu erweitern.

3.2.3.5. Arbeitsgruppe Diabetes mellitus Typ 1 und Typ 2

Stärken und Schwächen im Landkreis Reutlingen bezogen auf die Versorgung von PatientInnen mit Diabetes mellitus Typ 2

Im Landkreis Reutlingen fänden sich laut den befragten ExpertInnen zahlreiche gut vernetzte AkteurInnen in Bezug auf die Versorgung von DiabetikerInnen. Neben dem Netzwerk Diabetes finden regelmäßig ärztliche Qualitätszirkel statt. Besonders herauszuheben sei die gute Zusammenarbeit mit der Abteilung Diabetologie am Klinikum am Steinberg, mit der Leitung der Diabetiker Selbsthilfegruppe Reutlingen als auch mit den PodologInnen. Weitere positive Zusammenarbeit sei sowohl zwischen den Selbsthilfegruppen und TherapeutInnen als auch zwischen ambulanten und stationären Einrichtungen und Apotheken zu nennen.

Termine würden durch das DMP - welches ermöglicht, kontinuierlich und strukturiert auf Grundlage evidenzbasierter medizinischer Leitlinien zu behandeln, um Komplikationen und Folgeerkrankungen zu reduzieren - und den BW-Vertrag koordiniert.

Derzeit gäbe es, u. a. aufgrund der Vergütungssituation, allerdings weder telemedizinische Angebote für Diabetiker des Typs 2 noch die Möglichkeiten (kurzfristiger) Nachbetreuung nach stationären Aufenthalten für ältere Menschen. Ebenso werden zu bürokratische Strukturen für die Überweisung zu speziellen fachärztlichen Untersuchungen beklagt.

Zusammenfassung der landkreisinternen ExpertInnengespräche, Diabetes mellitus Typ 1

Die Zusammenarbeit zwischen AkteurInnen aus den Bereichen der ambulanten und stationären Versorgung sei, wie auch bei Diabetes mellitus Typ 2, ebenso wie die Kooperation zwischen den Kreiskliniken Reutlingen und dem Universitätsklinikum Tübingen als besondere Stärke herauszuheben. Eine telemedizinische Überwachung der Blutzuckermessungen würde durch eine Praxis für Kinder- und Jugendmedizin in Reutlingen unvergütet angeboten.

Die bundesweit agierende Stiftung Dianiño⁷⁰, die in einem Netzwerk von über 300 Dianiño Nannies überforderten Familien helfen, mit den alltäglichen Veränderungen, die der Kinderdiabetes mit sich bringt, fertig zu werden, steht auch Familien im Landkreis Reutlingen zur Verfügung. Diese suchen betroffene Familien auf, wenn Krisen, Probleme oder Notfälle die Versorgung ihres erkrankten Kindes gefährdet. Sie schulen z.B. LehrerInnen, BetreuerInnen und Verwandte des Kindes, unterstützen bei der Diabetesbehandlung im und außer Haus, überbrücken Notsituationen wie z.B. Krankheit, Tod oder Trennung. Sie arbeiten stets in Kooperation mit den betreuenden MedizinerInnen. Die Betreuung durch eine Dianiño Nanny vor Ort ist sowohl für die Familie als auch für die betreuende Einrichtung kostenlos. Über eine werktäglich erreichbare Hotline, bekommen betroffene Familien zusätzlich Hilfestellungen im psycho-sozialen Bereich zur Bewältigung von Alltagsproblemen im Zusammenhang mit der Erkrankung.

In der Versorgung von PatientInnen mit Diabetes mellitus Typ 1 fehle vor allem das Angebot von Transitionssprechstunden zur Überleitung der PatientInnen in die Medizin des nächsten Lebensabschnitts (Kinder/Jugendliche - Erwachsene - Senioren). Personelle Ressourcen für Pumpenschulungen fehlen ebenso wie personelle Ressourcen in der Ambulanz der Kinderklinik Reutlingen. Ebenso fehle es an weiteren Fachkräften, wie z.B. DiabetesberaterInnen. Der Grund hierfür wird in der fehlenden Anerkennung und der damit verbundenen geringen Vergütung gesehen. Des Weiteren werden telemedizinische Angebote als essentiell in der heutigen Betreuung angesehen. Diese werden jedoch derzeit nicht vergütet.

Auch die Zusammenarbeit mit Schulen gestalte sich (schulabhängig) als schwierig. Die Akzeptanz von Lehrerschulungen müsse deutlich verbessert werden, um erkrankten Kindern die uneingeschränkte Teilhabe am gesellschaftlichen Leben zu ermöglichen, wozu auch der Schulunterricht und alle damit

⁷⁰ <http://www.stiftung-dianino.de/> [letzter Zugriff am 24.04.18]

verbundenen Aktivitäten (Klassenfahrten, Schüleraustausch etc.) gehören. Der Grund für die Inakzeptanz wird insbesondere in der hohen Verantwortung gesehen.

Folgende **Handlungsempfehlungen** werden aus den Ergebnissen der Stärke- und Schwächenanalyse, den in der dritten Arbeitsgruppensitzung vorgestellten Projekten sowie aus den Diskussionen und Gesprächen mit den ExpertInnen abgeleitet:

- **Verbesserung der Schulung und Aufklärung:** Aufklärung in Schulen, Familien, Aufklärung der Eltern („Cooles Essen“ erlernen) sowie Schulung zu bewusstem Essen, Einführung einer Ernährungsampel, insbesondere in Schulen und Kindertagesstätten (Mensen) und Ausbau der Präventionsmaßnahmen zu gesundem Lebensstil, wie z.B. Einführung Schulfach „Gesundheit“.
- **Einführung Schulgesundheitsfachkraft an Schulen:** Etablierung von Informationsveranstaltungen, Präventionsmaßnahmen, Gesundheitsförderung an Schulen durch eine Schulgesundheitsfachkraft
- **Schaffung von Freizeitangeboten:** wie Ferienangebote, z.B. „Gesundes-Essen-Camp“, angeboten durch Stadt/Kreis
- **Kinderkuren mit nachhaltigem Setting:** insbesondere bei bereits adipösen Kindern und Jugendlichen sollte auf die Möglichkeit zur Verordnung von Kuren und Angebote gezielter hingewiesen werden.
- **Verstärkte Aufklärung der Öffentlichkeit:** Frühzeitige Information der Eltern bezüglich der Symptome eines Diabetes mellitus Typ 1.
- **Einschreibungszahlen zum DMP ausweiten/erhöhen**
- **Ausbau und Vereinheitlichung des Kommunikationsnetzwerks:** Ein Ausbau und eine Vereinheitlichung des Kommunikationsnetzwerks für alle ÄrztInnen, ggf. auch für weitere medizinische Fachberufe, insbesondere auch Krankenhäuser und Pflegeinstitutionen werden als sinnvoll erachtet. Denkbar wäre z.B. KV-Connect (Standardisierung, Vereinheitlichung und Zusammenführung von untersch. Kommunikationssystemen im KV-System in Form eines sicheren Kommunikationskanals). Eine Verbesserung der sicheren Kommunikation zwischen ÄrztInnen, PsychotherapeutInnen, den Kassenärztlichen Vereinigungen und weiteren PartnerInnen aus dem jeweiligen Praxisverwaltungssystem wird empfohlen.
- **Ausbau telemedizinische Maßnahmen:** Über eine Diabetes App könnte die Übermittlung der Werte an den/die HausärztIn erfolgen. Eine Integration in das DMP ist denkbar.
- **Aufwerten der med. Assistenzberufe:** Derzeit fehlen zahlreiche DiabetesassistentInnen und DiabetesberaterInnen. Die Ausbildung sollte staatl. anerkannt und besser vergütet werden.
- **Übertragung von Behandlungskompetenz für medizinische Fachberufe:** Unter vorab definierten Qualitätskriterien (die in einem Arbeitskreis mit den jeweiligen Fachberufen festgelegt werden) sollen Behandlungskompetenzen an bspw. PodologInnen oder auch OptikerInnen übertragen werden.
- **Verbesserung der Nachbetreuung älterer Menschen nach stationärem Aufenthalt:** Diabeteslotsen unterstützen die Nachbetreuung v.a. älterer Menschen nach einem Krankenhausaufenthalt.
- **Verbesserung der Zusammenarbeit mit den Schulen:** Die Akzeptanz von Lehrerschulungen kann beispielsweise durch die Verpflichtung zur Weiterbildung von LehrerInnen/ErzieherInnen für chronisch Kranke verbessert werden. Chronisch kranken Kindern - also auch Kindern mit Diabetes mellitus Typ 1 - kann so die Teilhabe am schulischen Leben mit allen dazugehörigen Aktivitäten ermöglicht, bzw. erleichtert werden. Um Ausgrenzungen zu vermeiden, sollten darüber hin-

aus weitere Maßnahmen zur Aufklärungsarbeit für Kinder, Eltern und Fachpersonal in Schulen und Kindergärten angeboten werden (z.B. „Roadshow“).

- **Einführung einer Transitionssprechstunde:** Die nahtlose Überführung aus der Kinder-/Jugendmedizin in die Erwachsenenmedizin sollte mit mindestens zwei gemeinsamen Sprechstunden als „Übergabe“ erfolgen. Übergeordnete Beratungsstellen/Ansprechstellen für medizinisches Fachpersonal und Eltern sollten zusätzlich im Landkreis Reutlingen - analog zu den Pflegestützpunkten - zur Abklärung unterschiedlichster Belange rund um die chronische Erkrankung, z.B. Schulbegleitungen, etabliert werden.

Innovatives Modell/Herausforderungen für die Zukunft

Zugrunde liegt das Modell wie in Kapitel 3.2.3.1 beschrieben.

Spezialisierte Behandlungen, wie z.B. die Diabetesversorgung, finden in spezialisierten Zentren statt. Diese Zentren sind personell mit ExpertInnen der Diabetesversorgung ausgestattet; die Behandlung kann sowohl ambulant als auch stationär erfolgen und entsprechend abgerechnet werden. Auch die Kommunikation der SpezialistInnen untereinander sowie die Kommunikation mit den AkteurInnen der „Grundversorgung“ erfolgt in einem gesicherten Netzwerk. Innerhalb des Netzwerkes können z.B. Befunde verschickt, telemedizinische Untersuchungen durchgeführt werden etc. Die Koordination und Verwaltung der gesamten Versorgungsmöglichkeiten in der Region wird durch eine Koordinierungsstelle gesteuert und ständig aktualisiert.

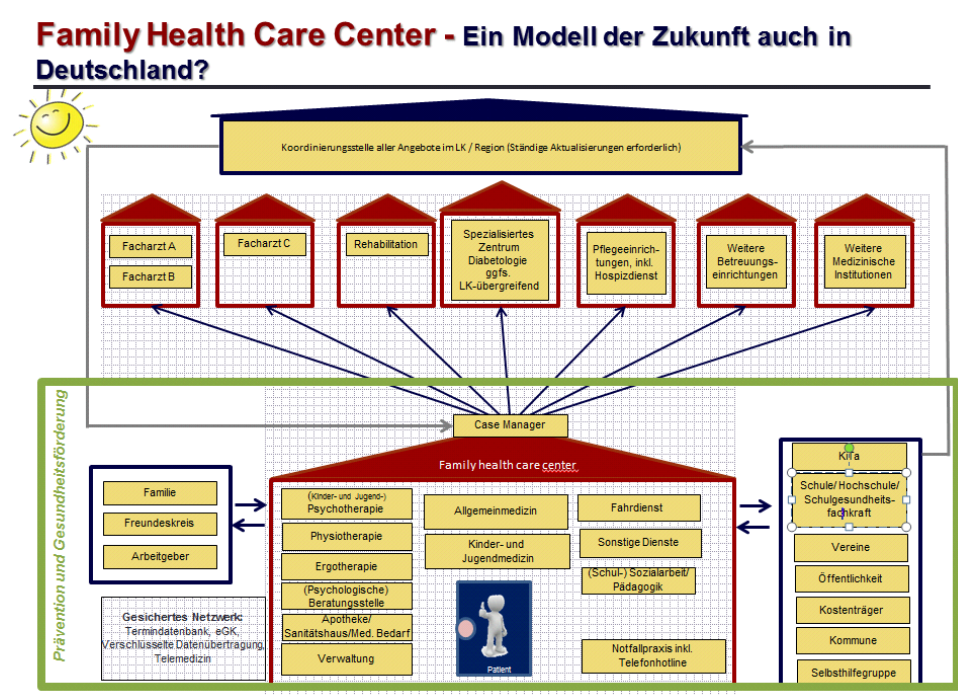


Abbildung 120: Innovatives Modell, Landkreis Reutlingen, Krankheitsbild Diabetes mellitus

Als Erweiterung des Family Health Care Center-Modells wird ein landkreisübergreifendes Projekt vorgeschlagen, welches ein Kompetenzzentrum Diabetes für die gesamte Region vorsieht. In diesem Zentrum sollen hochspezialisierte Untersuchungen und Behandlungen aller DiabetespatientInnen aus der Modellregion stattfinden. Entsprechende Kapazitäten werden im Kompetenzzentrum zur

Verfügung stehen. Vorgeschlagen wurde, in jedem Landkreis noch zwei weitere „Zweigstellen“ zu etablieren, um die Wegstrecken für die PatientInnen so gering wie möglich zu halten. Hier sollen beispielsweise Diabetesschulungen angeboten werden.

Kompetenzzentrum Diabetes für Modellregion

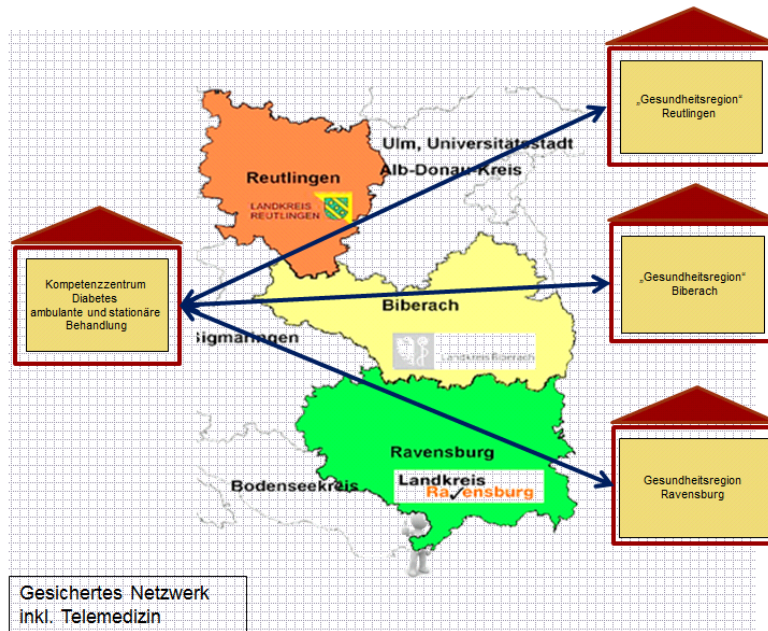


Abbildung 121: Innovatives, landkreisübergreifendes Projekt, Landkreis Reutlingen, Krankheitsbild Diabetes mellitus

3.2.3.6. Arbeitsgruppe chronischer Kreuzschmerz

Im Landkreis Reutlingen gibt es aus Sicht der Arbeitsgruppenteilnehmenden zahlreiche Angebote für PatientInnen mit chronischen Rückenschmerzen und AkteurInnen, die an deren Behandlung beteiligt sind. Auch Präventions- und Sportangebote seien würden ausreichend angeboten. Hier fehle meist die Motivation der PatientInnen. Gute Strukturen seien grundsätzlich vorhanden. Allerdings scheint es kaum möglich, PatientInnen mit chronischen Rückenschmerzen leitliniengerecht multimodal zu behandeln, da sich eine zeitnahe Behandlung durch PsychotherapeutInnen aufgrund langer Wartezeiten nicht realisieren ließe.

Die Kommunikation zwischen den an der Behandlung beteiligten AkteurInnen sei personen- und berufsgruppenabhängig.

Es scheint, dass im ländlichen Raum eher eine Kommunikation zwischen ÄrztInnen und PhysiotherapeutInnen untereinander stattfindet als in der Stadt. Wichtig wäre eine adäquate Exploration durch den Erstbehandelnden und eine Übergabe der Informationen an weitere an der Behandlung Beteiligte, so dass doppelte Anamnesen und Untersuchungen vermieden werden könnten.

Es wird berichtet, dass die ambulanten und stationären Kapazitäten zur schmerztherapeutischen Behandlung in den Kreiskliniken Reutlingen (Standort Münsingen) nicht ausreichend sind. Ambulant können im Quartal ca. 300 neue PatientInnen behandelt werden. Die Wartezeit auf einen Termin beträgt derzeit bis zu 5 Monate. Auch landkreisübergreifend, wie z.B. in Tübingen seien keine früheren Behandlungstermine zu bekommen. 50-60% der zu behandelnden PatientInnen in der Schmerzklinik sind chronische RückenschmerzpatientInnen.

Des Weiteren wird angesprochen, dass es den HausärztInnen an Zeit fehle, eine adäquate Exploration mit dem Patienten durchzuführen, da diese nicht durch das System vergütet wird. Aus diesem

Grund fehle auch zahlreichen HausärztInnen die Motivation, sich mehr Zeit für eine/n PatientIn zu widmen und eine ganzheitliche Behandlung und Therapie einzuleiten/durchzuführen. Auch fehle es den FachärztInnen an Zeit, um eine adäquate Exploration durchzuführen.

Die ExpertInnen waren sich dahingehend einig, dass bei einer leitliniengerechten Therapie ein/e AkteurIn aus dem BehandlerTeam als Koordinator fungieren sollte. Ob dies der/die HausärztIn, FachärztIn oder PhysiotherapeutIn sei, müsse den PatientInnen selbst überlassen werden.

Auch der/die PhysiotherapeutIn könnte diese Aufgabe übernehmen. Ihm sollten Therapie- und Ergebnisverantwortung übertragen werden können. Bspw. könnte durch den/die FachärztIn eine Überweisung an den/die PhysiotherapeutIn ausgestellt werden. Somit würde die Budget-/Kostenverantwortung auf den/die PhysiotherapeutIn übertragen werden. Voraussetzung für die Therapie- und Ergebnisverantwortung sei eine Weiterbildung insbesondere zur Schulung von Differentialdiagnosen. Auch die Akademisierung solle zur Therapie- und Ergebnisverantwortung berechtigen. Voraussetzung hier wäre ein landes-/bundesweit einheitliches Curriculum für das Studium der Physiotherapie.

Aus Sicht der ExpertInnen sollten ebenfalls zum einen die Kosten für die Ausbildung zum/zur PhysiotherapeutIn reduziert und zum anderen die derzeit sehr hohen Studiengebühren für den Studiengang Physiotherapie den üblichen Studiengebühren angepasst werden.

Alle ExpertInnen waren sich einig, dass ein Behandlungserfolg bei PatientInnen mit chronischem Kreuzschmerz i. d. R. nur durch eine multiprofessionelle Zusammenarbeit aller AkteurInnen erzielt werden kann.

Zusammenfassend sei der wichtigste Punkt jedoch, in der Bevölkerung das Bewusstsein für eine gesunde Lebensweise zu erhöhen und zu stärken. Nur so würde ein hoher prozentualer Anteil der BürgerInnen keine oder seltener eine intensive Schmerztherapie aufgrund chronischer Kreuzschmerzen benötigen. Diese freiwerdenden Ressourcen können dann entsprechend für die PatientInnen eingesetzt werden, bei denen auch eine intensive medizinische Behandlung und Betreuung indiziert ist. (siehe Abbildung 122)

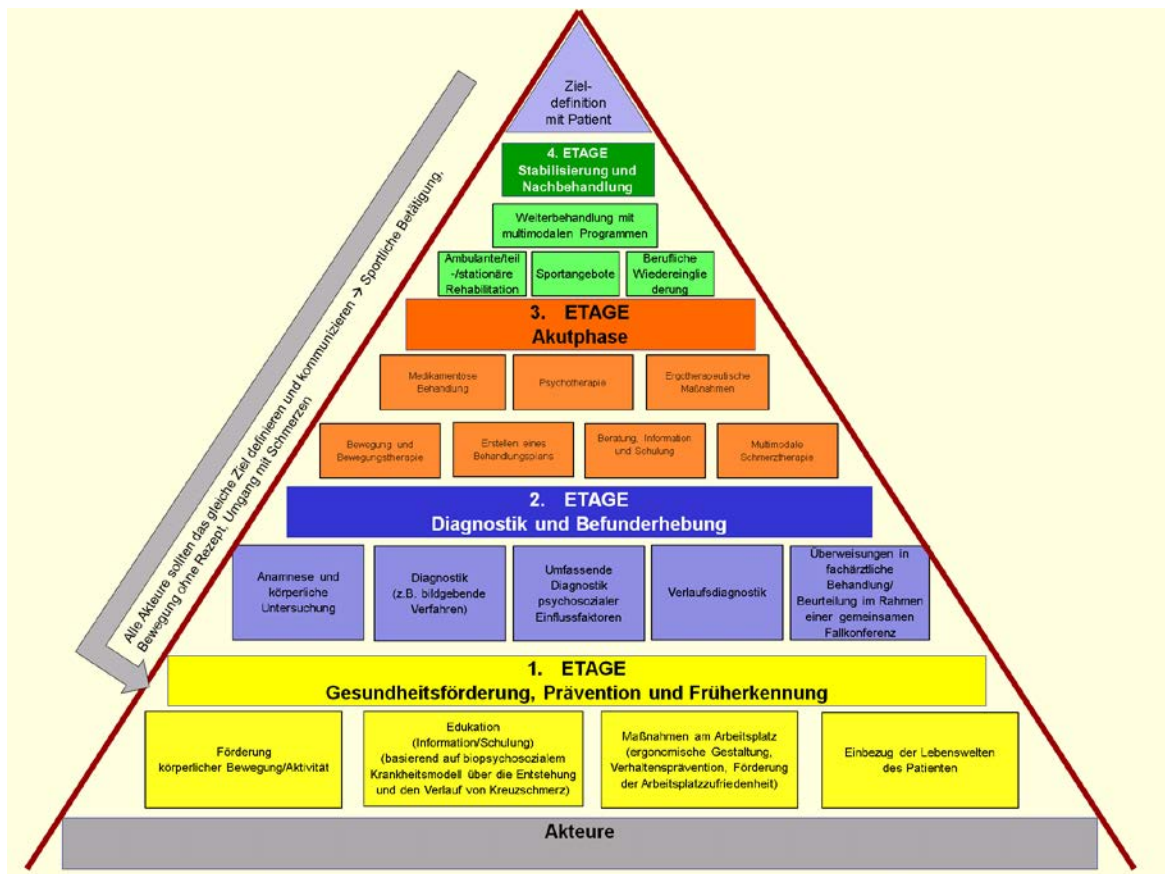


Abbildung 122: Etagen der Gesundheitsförderung, Prävention und Behandlung, Landkreis Reutlingen, Krankheitsbild chron. Kreuzschmerz

Zusammengefasst aus den Stärken und Schwächen, den in der dritten Arbeitsgruppensitzung vorgestellten Projekten sowie aus den Diskussionen und Gesprächen mit den ExpertInnen ergeben sich für das Krankheitsbild chronischer Kreuzschmerz für den Landkreis Reutlingen folgende **Handlungsempfehlungen**:

- **Schaffung von Sport- und Bewegungsangeboten und Schaffung von Transparenz über Angebote, die für „jedermann“ zugänglich sind:** Alle angebotenen Programme zur Gesundheitsförderung und Prävention sollten aus Sicht der ExpertInnen nachhaltig sein.
- **Verstärkung der Aufklärungsarbeit „Gesunde Lebensführung“ und der Selbstmotivation:** (Bewegung nicht nur auf Rezept). Derzeit sei es so, dass die Teilnahme der ersten Kurse, die noch durch die Krankenkassen erstattet werden, eher hoch ist. Aufgrund der Tatsache, dass die Kosten für einen weiteren Kurs vom Patienten selbst zu tragen sind, sinkt die Teilnahmequote (→ verstärkte Motivationsarbeit bzw. auch eine Anreizschaffung notwendig)
- **Integration „Gesundes Leben“, Bewegung, Erlernen von Sozialkompetenzen, Umgang mit Stress, etc. in den Lehrplan**
- **Vergütung Präventionsarbeit für Haus- und FachärztInnen**
- **Therapie- und Ergebnisverantwortung für PhysiotherapeutInnen:** Qualifikationen der PhysiotherapeutInnen müssen vorab definiert werden (Budgetverantwortung liegt beim Therapeuten), Schaffung von Transparenz der bereits durchgeführten Behandlungen und Therapie
- **Case Manager:** Vertrauensperson aus dem Behandlungsteam incl. zusätzlicher Vergütung. Zu den Aufgaben zählen u. a. die Erstellung und Koordination des Behandlungsplans, das Verwalten der

Befundunterlagen. Ebenso soll der Case Manager als Manager zur Selbstmotivation eingesetzt werden.

- **Zusatzvergütung:** Bei PatientInnen mit hohem Behandlungs-/Beratungs- und Gesprächsaufwand sowie Präventionsarbeit (incl. chronischer Kreuzschmerz → psycholog. Komponenten).
- **Überarbeitung der Bedarfs-/Versorgungsplanung:** Eine Abstimmung der ambulanten Bedarfsplanung und stationären Krankenhausplanung insbesondere in Bezug auf die psychotherapeutische Versorgung ambulant und stationär bei derzeitigen Wartezeiten von 3-6 Monaten ist dringend indiziert.
- **Kompetenzzentrum Rückenschmerz, zertifiziert:** Bei ausgeschöpfter ambulanter Therapiemaßnahmen soll die Behandlung in diesem Zentrum sowohl ambulant als auch stationär nach vorab definierten Kriterien erfolgen.

Innovatives Modell/Herausforderungen für die Zukunft

Zugrunde liegt das Modell wie in Kapitel 3.2.3.1 beschrieben.

Diskussion

Das System als solches wurde von den AkteurInnen als kritisch betrachtet, da ein „Zwischenschritt“ zwischen Grundversorgung und spezialisiertem Zentrum fehle. Bei einer Direktüberweisung in ein spezialisiertes Zentrum, welches gleichzeitig an ein Akutkrankenhaus angesiedelt ist bestehe die Gefahr einer Leistungsausweitung. Vorgeschlagen wurde ein fixes System mit Leistungsbegrenzungen. Der Behandlungsablauf sollte nach klaren Algorithmen ablaufen, welche i. R. von Leitlinien definiert werden. Für alle beteiligten AkteurInnen müssen klare Kriterien definiert werden, wer zu welcher Leistungserbringung berechtigt ist. Entsprechende Qualifizierungen mit Weiterbildungen zur „Weiterbehandlung“ müssen vorliegen, um entsprechende Untersuchungen oder Therapien durchführen und abrechnen zu können.

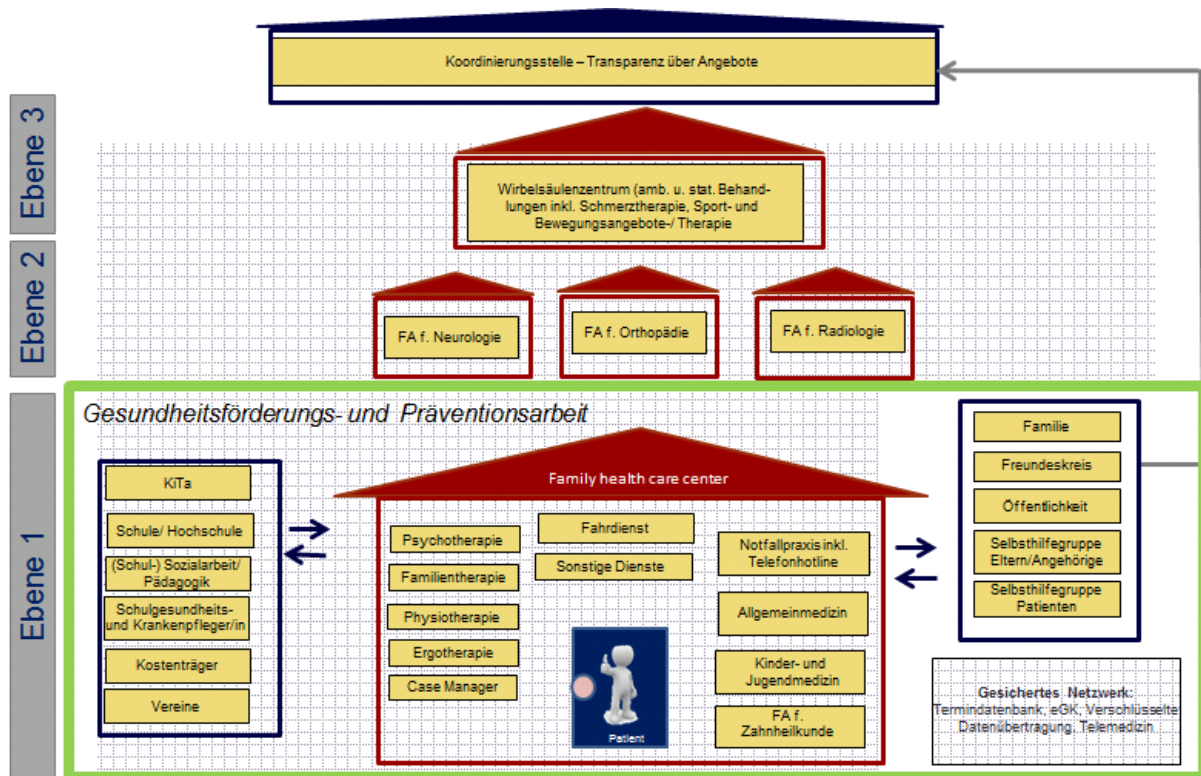


Abbildung 123: Innovatives Modell, Landkreis Reutlingen, Krankheitsbild chron. Kreuzschmerz

3.2.3.7. Arbeitsgruppe Schlaganfall

Im Landkreis Reutlingen sind nach Meinung der ExpertInnen sehr gute Strukturen für eine bestmögliche Versorgung von PatientInnen mit Schlaganfall vorhanden. Auf der Schlaganfallstation der Kreiskliniken Reutlingen bestehe die Möglichkeit, bis zu sechs PatientInnen an Monitoren und durch klinische Untersuchungen kontinuierlich umfassend zu überwachen. Die PatientInnen würden früh mobilisiert und therapiert, um möglichst ideale Bedingungen für eine Rückbildung der Symptome zu ermöglichen. Herauszustellen sei dabei insbesondere die telemedizinische Vernetzung der Neurologischen Abteilung der Kreiskliniken Reutlingen⁷¹ und des Universitätsklinikums in Tübingen⁷². Allerdings gäbe es im Landkreis Reutlingen keine Stroke-Nurse wie beispielsweise im Landkreis Ravensburg.

Als ein weiteres Beispiel wurde ZIP - Zukunft individuell planen⁷³ genannt. ZIP ist eine Beratungsstelle in Reutlingen mit Schwerpunkt Behinderung und Lebenskrisen. Angeboten werden persönliche Beratung und Begleitung, Vermittlung von Unterstützung, gemeinsame Planung mit Angehörigen, FreundInnen, möglichen UnterstützerInnen sowie Fachdiensten nach der Methode der "Persönlichen Zukunftsplanung", Hilfestellung und Begleitung bei der Beantragung eines Persönlichen Budgets (über die Eingliederungshilfe kann ein Persönliches Budget beantragt werden, mit dem man seine UnterstützerInnen und notwendige Hilfen bezahlen kann). Die Beratung und Unterstützung ist kostenlos.

⁷¹ <http://www.kreiskliniken-reutlingen.de/klinik-klinikum-am-steinenberg-reutlingen/kliniken-und-institute/klinik-fuer-neurologie/artikel-klinik-fuer-neurologie.html> [letzter Zugriff am 24.04.18]

⁷² https://www.medizin.uni-tuebingen.de/Presse_Aktuell/Einrichtungen+A+bis+Z/Kliniken/Neurologie.html [letzter Zugriff am 24.04.18]

⁷³ <http://www.lebenshilfe-reutlingen.de/zip-lebenshilfe-reutlingen/arbeitsweise-zip.html> [letzter Zugriff am 24.04.18]

Als weitere wesentliche Stärken wurden von den ExpertInnen die aktiven Sportgruppen, v.a. die Herzsportgruppe⁷⁴ und die Schlaganfallsportgruppe im Landkreis Reutlingen sowie die Präventions- und Gesundheitsförderungsprogramme der Krankenkassen genannt. Die Möglichkeit an Gesprächskreisen für pflegende Angehörige teilzunehmen runde das Angebotspektrum ab.

Informationen zur Versorgung mit Hilfsmitteln wird von den ExpertInnen als intransparent beschrieben. Hilfe bekämen die Angehörigen derzeit am häufigsten durch die Selbsthilfegruppen. Die Selbsthilfegruppe Aphasie- und Schlaganfall hat einen Standort in Reutlingen und einen Standort in Metzingen. In den Selbsthilfegruppen bestehe die Möglichkeit zum Erfahrungsaustausch, es werden Informationen über Vorbeugemaßnahmen, Behandlung und Rehabilitation gegeben. Allerdings seien die Akzeptanz und auch das Wissen, dass es diese Gruppen gibt, sehr gering.

Aus Sicht der ExpertInnen fehle es an Zeit für die Behandlung, Beratung und Betreuung von Betroffenen und deren Angehörigen durch Haus- und FachärztInnen aber auch durch Pflegepersonal. Präventionsangebote der Haus- und FachärztInnen seien unzureichend oder gar nicht finanziert. Hinzu kämen lange Wartezeiten für einen Termin beim Facharzt, insbesondere, wenn der Hausarzt nicht im Hausarztmodell eingeschrieben sei.

Ein unzulängliches Entlass- bzw. Überleitungsmanagement für SchlaganfallpatientInnen und -patienten wurde benannt. Häufig werde zu ungünstigen Zeiten entlassen, ohne entsprechende Maßnahmen für eine reibungslose Überleitung eingeleitet zu haben. Auch die Versorgung mit Arzneimitteln sei oft aufgrund fehlender Informationen schwierig.

Für ApothekerInnen stünden wichtige Informationen nicht zur Verfügung, z.B. ob mögliche Schluckstörungen vorliegen oder praktische Einschränkungen zu beachten sind. Zur Verbesserung des Überleitungsmanagements wurde darauf hingewiesen, dass es Aufgabe des Krankenhauses, der Sozialen Dienste und des Pflegestützpunktes sei, bereits im Krankenhaus mit den PatientInnen oder Angehörigen die weiteren Behandlungs- und Betreuungsmaßnahmen zu organisieren und in die Wege zu leiten.

Als ein zentrales Instrument fehle eine Zusammenstellung landkreisweiter Angebote, Informations- und Unterstützungsmöglichkeiten für Betroffene und deren Angehörigen.

Konsens unter allen AkteurInnen war es, dass die Primärprävention als wichtigstes Instrument zur Vermeidung eines Schlaganfalles anzusehen sei. Mit dieser sollte bereits im Säuglingsalter angefangen werden. Ausreichend geschulte ErzieherInnen (spielerische Ernährungsschulung) und LehrerInnen (Gesundheitserziehung) sind dafür Voraussetzung. Das Erkennen der Symptome wird als essentieller Faktor genannt.

Es sollten sowohl Primär- als auch Sekundärangebote insbesondere durch HausärztInnen aber auch durch die FachärztInnen angeboten und durch die Krankenkassen gefördert werden. ApothekerInnen sollten durch Gespräche auf Risikofaktoren aufmerksam machen.

Eine Zusammenstellung von Informationen zum Thema Schlaganfall sowie der Anlaufstellen und Angebote für PatientInnen und (pflegende) Angehörige im und über den Landkreis hinaus auf einer Webseite oder in Form einer Broschüre sei dringend notwendig. Der Soziale Dienst im Krankenhaus kann dabei als zentrale Sammelstelle für die wichtigsten Informationen für Angehörige und für das Fachpersonal dienen. Es wird vorgeschlagen, eine Datenbank v.a. für das Fachpersonal mit allen wesentlichen AkteurInnen und Angeboten, ggf. auch freie Pflegeplätze, zu erstellen. Mit Hilfe einer Datenbank soll die Suche nach geeigneten Angeboten und AnbieterInnen erleichtert werden. Darüber hinaus müssen aus Sicht der ExpertInnen dringend Schulungsangebote für pflegende Angehörige zur

⁷⁴ <http://www.igah-rt.de/herzsport> [letzter Zugriff am 24.04.18]

Wissensvermittlung und Anleitung zur Pflege bereitgestellt werden. Als Beispiel wurde der AOK Pflegeheimnavigator⁷⁵ oder der Notfallplan der Stadt Reutlingen genannt.

Die Einführung einer Stroke Nurse wird von allen AkteurInnen als positiv bewertet. Die Aufgaben der Stroke-Nurse sollten von der psychosozialen Betreuung des Patienten und der Angehörigen bis hin zu leitliniengerechten therapeutischen Behandlung, insbesondere der Primär- und Sekundärprophylaxe reichen.

Aus den ExpertInnengesprächen wurden folgende **Handlungsempfehlungen** für das Krankheitsbild Schlaganfall im Landkreis Reutlingen abgeleitet:

- **Verbesserung der Maßnahmen in Schule und KiTa:** Die Einführung eines Schulfachs Gesundheit incl. verpflichtendem Erste-Hilfe-Kurs sowie die Einführung einer Gesundheitsfachkraft, die u. a. Schulungen für ErzieherInnen (spielerische Ernährungsschulung), Schulungen für LehrerInnen (Gesundheitserziehung) können zu einem früheren und strukturierteren Einstieg in die Gesundheitserziehung beitragen. Die Gesundheitsfachkraft wird durch die AkteurInnen als positiv gesehen. Hier könnten aus Sicht der ExpertInnen auch andere Berufsgruppen, wie z.B. Medizinische Fachangestellte eingesetzt werden.
- **Multiprofessionelle Präventionsmaßnahmen (Gremium zur Organisation multiprofessioneller Maßnahmen, z.B. Kommunale Gesundheitskonferenz):** Maßnahmen in Apotheken mit dem Schwerpunkt der Sensibilisierung auf Symptome eines Schlaganfalls sowie Spots und Plakate, die zeigen, welche Symptome auf einen Schlaganfall hindeuten, damit schnell Maßnahmen ergriffen werden können, in Kombination mit Werbemaßnahmen für gesundes Leben auch im Berufsleben (Handy, Apps, BGM) und individueller Sportförderung auch in höherem Alter.
- **Anpassung der Vergütung für Haus- und FachärztInnen für Präventionsarbeit:** Einrichten einer Zusatzziffer in den Vergütungsrichtlinien für „Behandlungen/Beratungen, Früherkennung und Prävention“
- **Einführung von Stroke-Nurses/Schlaganfalllotsen:** Trägt zur Verbesserung des Überleitungsmanagements in den Alltag sowie der frühzeitigen Einleitung von Maßnahmen nach stationärem Aufenthalt (Kontakt Angehörige, HausärztInnen, REHA) bei
- **Ausbau ehrenamtlicher HelferInnen (Schulungen als SchlaganfallhelferInnen)**
- **Transparenz der Angebote, ggfs. integriert in Netzwerk:** die Einrichtung einer Datenbank über Angebote, frühe Plätze und Beratungsstellen für Betroffene und soziale Dienste, Kliniken (landkreisbezogen) stellt Informationen für Stroke-Nurses sowie Schlaganfalllotsen zur Verfügung.
- **Verbesserung der Kommunikation/Telematik:** durch den Ausbau telemedizinischer Untersuchungs-/Kommunikationsmöglichkeiten sowie den Ausbau der Teleradiologie (insbesondere auf der Alb). Zur Verbesserung der Kommunikation und Telematik wurde die elektronische Gesundheitsakte angesprochen. Diese wird aufgrund des Datenschutzes weiterhin von den meisten AkteurInnen als kritisch betrachtet. Könnte man den Datenschutz außer Acht lassen, wäre die Datensammlung für alle AkteurInnen eine große Hilfestellung. Es sei immer noch Aufgabe des/der HausärztIn, alle Unterlagen des/r PatientIn zu sammeln und bei Bedarf auch entsprechend an die weiterbehandelnden AkteurInnen weiterzuleiten.
- **Gewährleistung der wohnortnahen Erstversorgung:** Derzeit ist die Schwäbische Alb nicht ideal versorgt. Es muss daher zukünftig einen Anlaufpunkt geben z.B. am Standort Münsingen, wie z.B. das Schlaganfall-Konsortium-Rhein-Neckar (FAST).

⁷⁵ <https://www.pflege-navigator.de/> [letzter Zugriff am 24.04.18]

Innovatives Modell/Herausforderungen für die Zukunft

Im Rahmen der ExpertInnengespräche wurde abschließend folgendes innovative Modell (siehe Abbildung 124) diskutiert.

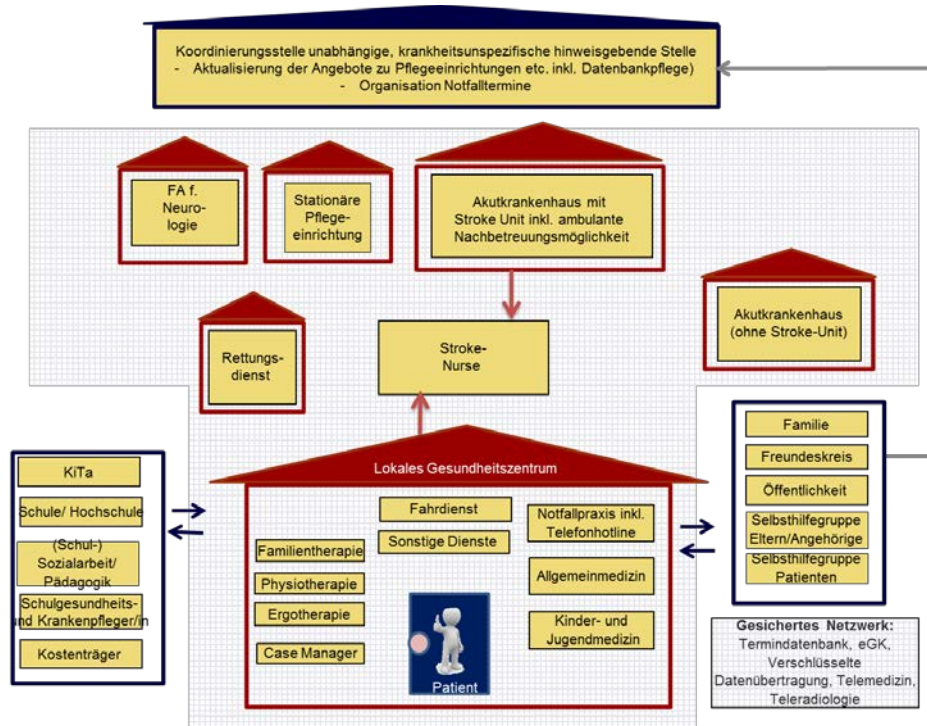


Abbildung 124: Innovatives Modell, Landkreis Reutlingen, Krankheitsbild Schlaganfall

Zugrunde liegt das Modell wie in Kapitel 3.2.3.1 beschrieben.

Die Behandlung in der Stroke-Unit könne bei Vorliegen vorab definierter Kriterien sowohl ambulant als auch stationär erfolgen und entsprechend abgerechnet werden.

Die Koordination und Verwaltung der gesamten Versorgungsmöglichkeiten in der Region wird durch eine Koordinierungsstelle gesteuert und ständig aktualisiert.

Die Koordination der Behandlungsabläufe und Betreuung wird ab Einweisung des/r PatientIn in die Klinik wird durch eine Stroke-Nurse, in Zusammenarbeit mit dem/der PatientIn und/oder Angehörigen gesteuert.

Bei einer „Versorgung der Zukunft“ muss sowohl die soziale Betreuung intensiviert, als auch sichergestellt werden, dass durch eine optimale Koordination die Übergänge zwischen den Sektoren reibungslos funktionieren.

Sinnbildlich geht der Patienten „mit einem Koffer“ durch die Behandlungen. Alle für ihn und für die weiterbehandelnden und betreuenden AkteurInnen wichtigen Informationen werden in den Koffer gepackt, sodass für jeden Akteur bei Notwendigkeit entsprechende Informationen entnommen werden können.

Dies kann zum einen ggfs. durch die elektronische Gesundheitsakte realisiert werden, vorausgesetzt es bestehen keine datenschutzrechtlichen Hindernisse.

Zum anderen kann dies auch durch die Stroke-Nurse realisiert werden. Diese begleitet den Patienten von der Aufnahme in die Klinik zu allen weiteren Stationen der Betreuung, sammelt die Informationen an allen Stellen der Behandlung und Betreuung ein und stellt diese wiederum allen AkteurInnen, die entsprechende Informationen benötigen, zur Verfügung, das Einverständnis des Patienten oder des Angehörigen vorausgesetzt.

Wichtig ist, dass die Stroke-Nurse sowohl den stationären als auch den ambulanten (incl. Pflege und psychosoziale Betreuung) Bereich abdeckt. Entsprechend sollte diese Fachkraft dann auch sowohl über stationäre Budgets als auch aus ambulanten Ressourcen finanziert werden.

Es muss darauf geachtet werden, keine Doppelstrukturen zu generieren.

Die Koordinierungsstelle kann beispielsweise durch die derzeit bereits vorhandenen Pflegestützpunkte übernommen werden, wenn dieser entsprechend ausgebaut werden würde. Hier kann dann auch die oben genannte Datenbank angesiedelt werden.

3.3. Teilprojekt 2a: Ansätze für eine landkreisübergreifende Versorgung

An den landkreisübergreifenden AG-Sitzungen nahmen zwischen 15 und 18 TeilnehmerInnen teil. Die Protokollerstellung wurde durch die Universität Frankfurt anhand von Tonbandaufnahmen, Mitschriften und Fotos der erarbeiteten Metaplanwände und Flipcharts erstellt.

Die nachfolgenden Kapitel fassen die wesentlichen Ergebnisse der landkreisübergreifenden ExpertInnengespräche zusammen. In Kapitel 3.5 sind alle Ergebnisse der sieben krankheitsspezifischen, landkreisübergreifenden Sitzungen nochmals tabellarisch zusammengestellt.

3.3.1. Arbeitsgruppe Anorexie

Bei der Vorstellungsrunde zu Beginn der landkreisübergreifenden Sitzung der Arbeitsgruppe Anorexie wurde von den Teilnehmenden vor allem der Wunsch nach einer sektorenübergreifenden Zusammenarbeit in einem multiprofessionellen Team, der Bau von Gesundheitszentren mit ambulanter und stationärer Versorgung sowie ein niedrigschwelliger und früher Zugang zur Versorgung genannt. Diese Punkte wurden in der darauffolgenden Ideengenerierungsphase und im weiteren Verlauf der Sitzung teilweise weiterentwickelt und konkretisiert.

In Bezug auf die Vernetzung aller BehandlerInnen wurde von den Teilnehmenden geäußert, dass lokale Versorgungszentren incl. Case Manager und incl. eines Programms für Familienangehörige notwendig seien. Um eine Versorgung aus einer Hand ohne Schnittstellenprobleme gewährleisten zu können, sollte ein multiprofessionelles Behandlungsteam sektorenübergreifend zusammenarbeiten. Eine Beteiligung der Kostenträger und Angehörigen sei äußerst wichtig. Man sollte auf eine Verbesserung der Zusammenarbeit von Zentren und niedergelassenen ÄrztInnen hinarbeiten und auch die Nachsorge dahingehend verbessern, dass man von einer guten, ausreichenden, vernetzten Versorgung mit effektiver Nachsorge sprechen könne. Die Teilnehmenden sprachen sich für die Gründung eines Kompetenzzentrums „Anorexie“ aus, die mit der Vernetzung umliegender/regionaler AkteurInnen einhergehen müsse. Aufgrund der Diskussionen der TeilnehmerInnen wurde deutlich, dass sich die Themen „Netzwerk“ und „Zentrum“ kaum losgelöst betrachten lassen und auch weitere Handlungsempfehlungen eng mit dem Kompetenzzentrum zusammenhängen. Diskutiert wurde eine be-

grifflige Erweiterung: Ggf. sollte es ein „Netzwerk für Essstörungen“ sein bzw. ein „Kompetenzzentrum für Essstörungen“, da verschiedene Krankheitsbilder ineinander übergehen. Solch ein Netzwerk sei landkreisübergreifend möglich (die Universitätskliniken Tübingen und Ulm müssten federführend einbezogen werden bzw. alle stationären Abteilungen). Dennoch könnte eine Person/ein Standort wie z.B. das Universitätsklinikum Tübingen als Kompetenzzentrum den Hut aufhaben. Zentral sei das (Kompetenz-)Zentrum, das das Netzwerk einladen würde, also gewissermaßen „Impulsgeber“ sei (z.B. „überregionales Zentrum als Lenkungs-, Innovations- und Behandlungsgremium in weiterer Vernetzung“). Wichtig sei die Kooperation regionaler AkteurInnen bzw. Angebote mit einem überregionalen Zentrum. Die Teilnehmenden diskutierten, inwiefern das Kompetenzzentrum virtuell oder physisch an einem Ort angelegt sein sollte. Hierzu gab es keine einheitliche Meinung. Bestehende Standorte könnten als Kompetenzzentrum genutzt werden und müssten nicht zwangsweise neu gegründet oder gebaut werden (z.B. die Universitätsklinik Tübingen als Zentrum). Umliegende AkteurInnen würden in das Zentrum integriert bzw. damit vernetzt werden, die Lebenswelten des/der PatientIn würden einbezogen werden. In der Diskussion wurden viele Aufgaben und Funktionen des Kompetenzzentrums genannt, deren Ausübung auch landkreisübergreifend sinnvoll ist, beispielsweise:

- (Individuelle) Behandlungsplanung/Behandlungskonferenzen und ggf. deren Ausführung (Netzwerk (= erweiterter Akteurskreis) wird darüber informiert, kann aber gleichzeitig Input geben)
- (Weiter-)Entwicklung der Behandlungskonzepte/S3-Behandlungsleitlinien
- Vorarbeit leisten zur Entwicklung/Mitentwicklung von Standards
- Verfügbarmachen dieses (neuen) Wissens
- Gesundheitsförderung und Prävention
- Breite und öffentliche Sensibilisierung für das Thema (an Schulen etc.)
- Integration der Schulsozialarbeit
- Niedrigschwelliger Zugang/Beratung für potentiell Betroffene, ohne dass diese direkt behandelt und diagnostiziert werden
- Zusammenführung/Vernetzung mit umliegenden/regionalen AkteurInnen und Angeboten (elektronische Plattform für die Vernetzung)
- Ein Team im Zentrum ist Meldestelle für Probleme in der Behandlung
- Entlassmanagement

Beispiel Tübingen: KOMET -Kompetenzzentrum für Essstörungen Tübingen⁷⁶

Das KOMET (seit 2014) ist das deutschlandweit erste universitäre Kompetenzzentrum für Essstörungen, das die gesamte Lebensspanne umfasst und somit einen Zusammenschluss verschiedener Abteilungen und ExpertInnen darstellt. Neben der Verbesserung der klinischen Versorgung von Betroffenen mit Essstörungen haben die beteiligten Experten ein langjähriges Interesse an der Erforschung der Grundlagen der Essstörungen sowie ihrer wirksamen Behandlung. Ein Anliegen von KOMET ist die Entwicklung von neuen effektiven Behandlungsansätzen. Durch die langjährige Vernetzung mit niedergelassenen KollegInnen ist der ambulante Sektor eng an KOMET angebunden. Als dritter Bereich widmet sich KOMET der Aus- und Weiterbildung sowie der Präventionsarbeit.

Aus Sicht der ExpertInnen gelingt Vernetzung ansatzweise hier schon gut, allerdings gibt es keine Gesamtbehandlungsplanung.

(siehe auch Beispiel im Kapitel 4.2.2)

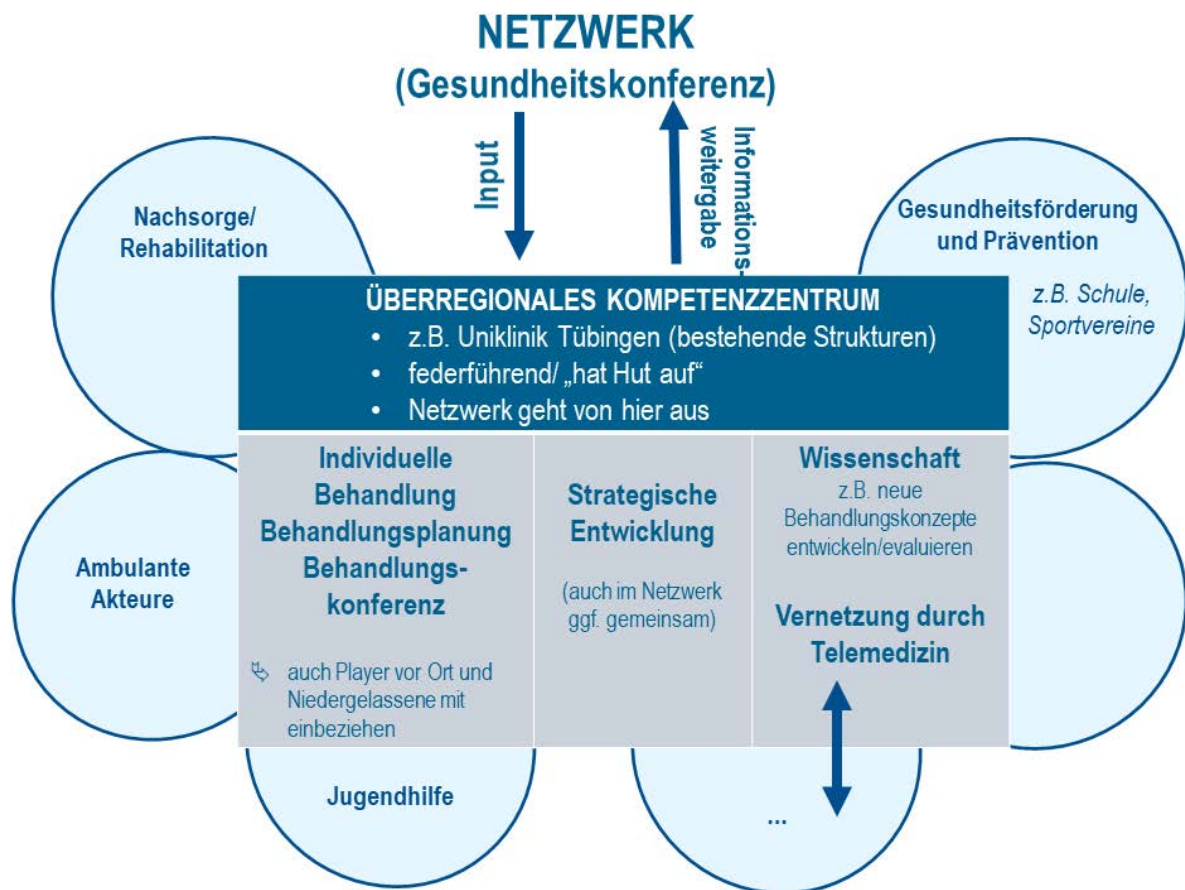


Abbildung 125: Modell für ein Netzwerk (auf Basis des Protokolls erstellt)

Die Einführung von Gesundheitslotsen (Case Manager) zur Begleitung durch die Versorgungslandschaft und Behandlung auf freiwilliger Basis wurde diskutiert. Von den ExpertInnen wurde es als wichtig empfunden, dass eigene Stellen für Case Manager oder „Lotsen“ vorhanden seien, sowohl im

⁷⁶ <https://www.medizin.uni-tuebingen.de/Zuweiser/Zentren/Kompetenzzentrum+für+Essstörungen+Tübingen.html> [letzter Zugriff am 07.05.18]

Zentrum als auch auf regionaler Ebene. Dabei sei eine automatische Zuweisung einer psychosozialen Begleitung nicht sinnvoll und auch rechtlich nicht umsetzbar. Es könnten alle diagnostizierenden ÄrztInnen sensibilisiert werden, neuen PatientInnen ein Gespräch mit einem Lotsen anzubieten. Bei Zustimmung würde sich der Lotse per Telefon sehr zeitnah melden und ein Treffen anbieten, ein frühzeitiges Beratungsangebot sei wichtig. Der Lotse sollte regionale Kenntnisse haben, nach Meinung der ExpertInnen kämen beispielsweise Gesundheits- und KrankenpflegerInnen oder SozialarbeiterInnen mit Fachkenntnissen für diese Aufgabe in Frage, es müsse kein/keine PsychotherapeutIn oder FachärztIn sein. Eine örtliche Nähe zum/zur PatientIn sei wichtig, weshalb mehrere Lotsen für eine Region notwendig seien. Aufgaben des Lotsen wären nach Meinung der ExpertInnen beispielsweise, die Behandlung zu begleiten, alle an der Behandlung beteiligten Personen an einen Tisch zu holen sowie den Behandlungsplan und den/die PatientIn im Auge zu behalten.

Die Verbesserung des Entlassmanagements wurde auch im Rahmen des Kompetenzzentrums diskutiert, da dieses Teil des Kompetenzzentrums sei bzw. hier erarbeitet und/oder optimiert werden würde. Das Entlassmanagement sei Teil des Gesamtbehandlungsplans, der Fokus läge auf dem Übergang zwischen stationärem Aufenthalt und Wiedereinstieg in die Schule (intensive Reha-Maßnahmen fehlen hier nach Meinung der ExpertInnen). Die Schaffung eines landkreisübergreifenden Gremiums zur Verbesserung des Entlassmanagements wurde vorgeschlagen. Aufgabe dieses Gremiums sei es, bestehende Angebote zu prüfen und Beispielen guter Praxis zu sammeln.

Generell ist nach Meinung der ExpertInnen eine Verbesserung der Prävention voranzutreiben. Die frühe Aufklärung sowie niedrigschwellige Angebote nicht nur über die Primärversorgung seien wichtig. Zur Prävention sollten neue Medien und digitale Technologien (in der Beratung und Behandlung) genutzt werden. Wichtig sei es, die Nachhaltigkeit sicherzustellen. Informationsangebote müssten breit gestreut und Kampagnen mit abschreckendem Charakter (analog zum Tabak) durchgeführt werden. Die Einbeziehung und Stärkung des Settings Schule wurde dabei von den Teilnehmenden betont: Gesundheitskompetenz als Schulfach wurde vorgeschlagen, die Einführung von School Nurses sowie eine frühe Aufklärung, z.B. durch Projektarbeit.

Die ExpertInnen diskutierten auch über die Weiterentwicklung der Sammlung individueller Patientendaten. Die Einführung einer elektronischen Patientenakte wurde befürwortet, auf die alle an der Behandlung beteiligten Personen Zugriff hätten. Sehr wichtig sei hier die Beachtung des Datenschutzes.

In Bezug auf das Home Treatment wurde empfohlen, Angehörige einzubeziehen und ggf. Schulungen der Angehörigen durchzuführen.

In der Tabelle 32 sind die landkreisübergreifenden Handlungsempfehlungen zusammengefasst dargestellt.

Tabelle 32: Landkreisübergreifende Handlungsempfehlungen, Krankheitsbild Anorexie

Gesundheitsförderung und Prävention	Vernetzung	Versorgungsangebote
Überregionale Zentrumsversorgung	Gründung Netzwerk Anorexie incl. Präventionsnetzwerk (Verbesserung der Kommunikation und Kooperation)	Einführung, bzw. Verbesserung des Entlassmanagements
Verstärkte Aufklärung der Öffentlichkeit	Einführung eines Lotsen/ Koordinators/Case Managers	Ausbau des (aufsuchenden) Angebots für Betroffene und Angehörige (z.B. Home Treatment)
Einführung Schulgesundheitskräfte an Schulen	Transitionssprechstunde	Transparenz der e-Health Angebote
	Verbesserung des Schnittstellenmanagements im Gesundheitssektor Pädagogik	

3.3.2. Arbeitsgruppe chronischer Kreuzschmerz

In der Vorstellungsrunde der landkreisübergreifenden Arbeitsgruppe chronischer Kreuzschmerz wurden vor allem die Themen „Einführung eines Case Managers“ sowie „Förderung von Prävention und Empowerment“ genannt. Diese Themen wurden auch in der Ideengenerierungsphase sowie im weiteren Verlauf der Sitzung wieder aufgegriffen und fortentwickelt. Wichtig ist aus Sicht der ExpertInnen eine Vernetzung aller BehandlerInnen, ein multiprofessionelles Behandlungsteam sollte sektorübergreifend zusammenarbeiten. Aus Sicht der ExpertInnen ist die multimodale Schmerztherapie im ambulanten Bereich bisher nicht möglich, lediglich in Zentren (Behandlung aus einer Hand). Die Einführung von Kompetenzzentren Kreuzschmerz wird von den ExpertInnen als sehr sinnvoll angesehen, da dadurch die Behandlung unter einem Dach sowie eine Verknüpfung von stationär und ambulant erreicht werden würde. Eine entsprechende Anpassung der Vergütungsmodalitäten (Dachvertragswerk) wäre notwendig.

Eine Verbesserung der Kommunikation unter den BehandlerInnen sollte ebenso vorangetrieben werden wie der Abbau struktureller und organisatorischer Probleme. Ein Case Manager, der „Begleitung für PatientInnen in ihren Lebenswelten“ ist und durch die Versorgungslandschaft und die Behandlung begleitet, wird als sinnvoll erachtet, falls dies von den PatientInnen gewünscht wird. Im Idealfall sollte diese Aufgabe der/die HausärztIn übernehmen oder ein Mitglied eines interdisziplinären Teams. Der/Die PatientIn sollte die Möglichkeit haben, sich auszusuchen, welche Person aus dem BehandlerTeam als Case Manager agieren soll. Die Aufgaben des Case Managers seien es, eine gute Beziehung zum/zur PatientIn aufzubauen und die Umsetzung der empfohlenen/verordneten therapeutischen Maßnahmen zu unterstützen. Ein enger Austausch zu weiteren BehandlerInnen, wie z.B. OrthopädInnen oder PhysiotherapeutInnen könnte durch den Case Manager stattfinden.

In Bezug auf die Verbesserung der Prävention wurde von den ExpertInnen empfohlen, Wert auf das Empowerment der PatientInnen für mehr Bewegung in jeder Phase der Erkrankung zu legen (Attraktivität für Bewegung schaffen, Bewegung ist „hip“). Es sei wichtig, das Verständnis für die Erkrankung zu fördern („(unspezifische) Kreuzschmerzen sind nichts Schlimmes“). Die Prävention in Schulen, Kitas etc. sollte ausgebaut werden, z.B. in Form von Gesundheitstagen, Fachvorträgen, multiprofessi-

onellen Veranstaltungen, wichtig erscheint auch die Stärkung des Jugendsports. Die Lehrpläne sollten überdacht werden: Gesundheitskompetenz könnte als Schulfach eingeführt oder es könnten auch fächerübergreifend Gesundheitsthemen in den Lehrplan aufgenommen werden. Das betriebliche Gesundheitsmanagement sollte gestärkt werden (z.B. mehr Bewegung während der Arbeit, Bewusstsein schaffen für Gesundheitsförderung und Prävention, Führungskräfte schulen, Selbstwirksamkeit stärken).

Die ExpertInnen sprachen sich für eine Verbesserung des Zugangs zur Behandlung aus: Die frühzeitige Behandlung nach orientierender Diagnostik sollte gestärkt, der Direktzugang zum HeilmittelerbringerInnen möglich gemacht, eine Erstdiagnose mit unmittelbarem Behandlungsbeginn auch durch PhysiotherapeutInnen möglich sein. Die Rolle des/r TherapeutIn sollte gestärkt werden durch Eigenverantwortung incl. Budget. Eine bessere Kooperation zwischen den behandelnden AkteurInnen sollte verfolgt werden.

Die ExpertInnen empfahlen eine elektronische Vernetzung der AkteurInnen sowie die Einführung der digitalen Patientenakte. Eine Datenweitergabe dürfe allerdings nur mit Einverständnis des/der PatientIn erfolgen. Die Patientenakte sollte erst eingeführt werden, wenn Datenschutz-Fragen geklärt sind.

Die Einrichtung einer elektronischen Angebotsplattform wurde befürwortet, sie diene sowohl der Motivation (Präventionsangebote) als auch einem Angebotsüberblick. Auf dieser Plattform sollten aktuelle Angebote zur Gesundheitsförderung, Prävention und Behandlung gesammelt werden. Der Anbieter bzw. Initiator der Plattform sollte neutral sein (z.B. Land/Stadt/Kommune; Ministerium).

In der Tabelle 33 sind die landkreisübergreifenden Handlungsempfehlungen zusammengefasst dargestellt.

Tabelle 33: Landkreisübergreifende Handlungsempfehlungen, Krankheitsbild (chronischer) Kreuzschmerz

Gesundheitsförderung und Prävention	Vernetzung	Versorgung	
Verstärkte Prävention an Schulen und Kitas	Einrichtung einer elektronischen Angebotsplattform	Kompetenzzentren Rückenschmerz	
Informationsmaterialien für die Öffentlichkeit/Aufklärungsarbeit	Koordination der Behandlung (Case Management)	Unterstützung der haus- und fachärztlichen Tätigkeit (Delegation; Kompetenzübertragung auf weitere Fachberufe)	
Schulgesundheitsfachkräfte	Interdisziplinärer fachlicher Austausch	Einführung eines Disease-Management-Programmes	
	Vernetzung und Kommunikation/Telemedizin	Alltagspraktische Beratung zu Hilfsmitteln und Übungen	
	Gemeinsamer Datenaustausch/Digitale Patientenakte		Anpassung der Vergütung der Behandler (auch im Hinblick auf Vernetzung)
			Budgetierung/Abschaffung der Budgetierung für chron. Kreuzschmerzen (z.B. sollte so viel Physiotherapie verschrieben werden können, wie der Patient braucht)

3.3.3. Arbeitsgruppe Darmkrebs

In der Vorstellungsrunde der landkreisübergreifenden Arbeitsgruppe Darmkrebs wurden von den Teilnehmenden vor allem die Themen „Verbesserte Prävention“, „Versorgung in Zentren: Diagnostik, multimodale Therapie und Nachsorge durch ein gut vernetztes Behandler-team“ sowie „Ausbau der ambulanten, psychosozialen Krebsberatung“ genannt. Diese Themen wurden neben anderen in der darauffolgenden Phase der Ideengenerierung und im weiteren Verlauf der Sitzung auch wieder aufgegriffen und weitergedacht.

Prävention wurde durch die ExpertInnen so definiert, dass möglichst viele Menschen zur Koloskopie gehen. In der Zukunft sollte es auch möglich sein, Risikogruppen zu identifizieren und so eine frühe, effiziente, flächendeckende Prävention zu ermöglichen: „Darmkrebs gibt’s nicht mehr!“ Eine Verbesserung der Prävention könne nach Meinung der Teilnehmenden beispielsweise durch ein Reminding der Krankenkassen zur Darmkrebsvorsorge oder „Bonuspunkte“ von Krankenkassen für Vorsorge erreicht werden. Auch müsse es mehr nichtinvasive Vorsorgeuntersuchungen geben und das Thema Gesundheit und Information zu Gesundheitsförderung und Prävention müsse in allen Settings (Schule, Betrieb, Freizeit etc.) vorangetrieben werden. Eine frühe Aufklärung und Bewerbung von Vorsorgeuntersuchungen (auch unter Mitwirkung der Krankenkassen) wird empfohlen. Hierfür wäre nach

Meinung der ExpertInnen eine motivierende Gesprächsführung in Arztpraxen hilfreich (z.B. verbunden mit einem Vorsorgeuntersuchungsplan bei grundversorgenden ÄrztInnen und/oder Infobroschüren zu Vorsorgeuntersuchungen).

Die Vernetzung aller BehandlerInnen sei in lokalen Versorgungszentren incl. Case Manager und incl. eines Programms für Familienangehörige gegeben, da hier ein multiprofessionelles „Kern“-Behandlungsteam zusammenarbeiten würde und somit Kompetenz „gebündelt“ sei. Von diesen Zentren würde es eine ausreichende Anzahl geben, wichtig sei allerdings die Koordination der PatientInnenströme, um zu erreichen, dass auch wirklich alle PatientInnen im lokalen zertifizierten Darmkrebszentrum behandelt werden. Von einem der ExpertInnen wurde betont, dass in den Zentren vor allem eine Patientenorientierung gegeben sein sollte: „Bevor man aktiv wird, erst die Bedürfnisse des PatientInnen erfragen!“ Die medizinische Behandlung sollte mit weiteren Belangen des/der PatientIn verknüpft sein. Das zertifizierte Darmkrebszentrum habe die Aufgabe einer persönlichen, ganzheitlichen (= fachübergreifenden) und individuellen Betreuung von der Diagnostik bis zur multimodalen Therapie und Koordination der Behandlung. Es sollte gut vernetzt sein mit den niedergelassenen Behandlern und gut mit diesen zusammenarbeiten, vor allem für eine unkomplizierte Nachsorge: Die ExpertInnen empfehlen, dass auch die Nachsorge im zertifizierten Darmkrebszentrum möglich sein sollte.

In Bezug auf die Verbesserung der Nachsorge wurde generell über Maßnahmen wie z.B. einer besseren Überleitung und einer besseren Vernetzung mit Zentren, Kommunen und Arbeitgebern diskutiert. Die ExpertInnen schlagen zudem vor, die Rehabilitation und Nachsorge durch die Einführung einer Patientenmappe zur Dokumentation der gesamten Behandlung (mit allen Infos und Befunden) zu verbessern.

Der Ausbau niederschwelliger Beratungsangebote (Anlaufstellen), wie etwa Krebsberatungsstellen oder Online-Angebote, wurden von den ExpertInnen diskutiert. In Bezug auf die Krebsberatungsstellen wurde von den ExpertInnen empfohlen, mindestens eine Beratungsstelle pro Landkreis aufzubauen. Eine gute Vernetzung (z.B. mit lokalem Darmkrebszentrum) sei wichtig. Die Krebsberatungsstellen seien niederschwellige und gut vernetzte Anlaufstellen für PatientInnen und werden nach Meinung der ExpertInnen immer wichtiger („Ambulante Krebsberatung (psychosozial)“).

Weitere von den ExpertInnen diskutierte Punkte waren z.B. eine Weiterentwicklung der Sammlung individueller Patientendaten (z.B. elektronische Patientenakte, Patientenmappe mit Infos und Befunden) sowie die Erhöhung der Mobilität der Patienten (z.B. durch Fahrdienste, E-Mobilität oder Absprachen unter Patienten).

In der Tabelle 34 sind die landkreisübergreifenden Handlungsempfehlungen zusammengefasst dargestellt.

Tabelle 34: Landkreisübergreifende Handlungsempfehlungen, Krankheitsbild Darmkrebs

Gesundheitsförderung und Prävention	Vernetzung	Versorgungsangebote
Stärkung der Motivation zur Prävention (z.B. Reminding der KK an PatientInnen (analog zum Mamma-Screening))	Verbesserung der Zusammenarbeit/Kooperation der Behandelnden, z.B. <ul style="list-style-type: none"> • Behandlungskordinator • Telematik 	Rehabilitation und Nachsorge vereinfachen/verbessern (z.B. Einführung Nachsorgepass)
Verstärkte Aufklärung der Öffentlichkeit		(Weiter-)Finanzierung der psychosozialen Krebsberatungsstelle
Ausbau und Koordination der Gesundheitsförderung und Prävention		
Förderung der gezielten Identifikation von Risikogruppen		

3.3.4. Arbeitsgruppe Demenz

Die ExpertInnen der landkreisübergreifenden Arbeitsgruppe Demenz diskutierten in der Ideengenerierungsphase über die Notwendigkeit der Schaffung neuer Wohnformen. Hier wurden beispielsweise Demenz-WGs und kleine Pflegeeinheiten (mit integrierter Tagespflege) genannt. Notwendig sei eine Vielfalt an Möglichkeiten, die für alle zugänglich und möglichst im Stadtzentrum gelegen sei. Empfohlen wurde eine Überarbeitung der Baurechtbestimmungen auf gesetzlicher Ebene: Ein Umdenken sei hier notwendig im Bereich der Raumordnung, Bauleitplanung bei Neubauten, Renovierung und Sanierung (Fläche für Demenzwohngruppen vorhalten). Eine Integration in die Bauleitplanung der jeweiligen Kommune (Leitlinie) wurde vorgeschlagen sowie Fördermittel von Land und Kommune (Daseinsvorsorge).

Weiterhin wurden Maßnahmen und Ideen genannt, die voranzutreiben wären, z.B. betriebliche Tagespflegestätten für Demenzpatienten (vs. betriebliche Kindergärten), trägerunabhängige Betreuung durch „Tagestöchter/-söhne“ (vs. Tagesmütter in der Kinderbetreuung), sowie die Zusammenführung von Hilfeempfänger-Gruppen. Wichtig sei der Ausbau niederschwelliger (adressatenorientierter) Angebote.

Aus Sicht der ExpertInnen ist die Betreuung im häuslichen Umfeld zu verbessern, Betreuung sollte bezahlbar sein und die Angehörigen über abrufbare Leistungen informiert werden. Wichtig sei weiterhin die Verhinderung der Krankenhauseinweisung durch Prophylaxe, Kontaktpflege, niederschwellige Hilfsangebote und Beratung. Dabei sei einerseits die Qualifikation von Pflegeteams, aber auch die Durchführung von Angehörigenschulungen notwendig. Verschiedene Ideen wurden diskutiert, z.B. die Anpassung der Unterstützungsangeboteverordnung (§45a SGB XI) durch das Sozialministerium oder die Förderung von Laienarbeit. Bei letzterem sprachen sich die TeilnehmerInnen der Arbeitsgruppe für die Förderung von zeitlich begrenztem Engagement aus, bei dem es nicht um die Lebensperspektive und den damit verbundenen Berufsausbildungsweg gehe, sondern die Ermöglichung von zeitlich begrenztem Engagement. Auch wären Gemeinschaftsangebote denkbar und eine Poolbildung „Hauswirtschaft – Betreuung – Pflege“. Die Vernetzung von Haushalten/digitalen Diensten und die Betreuung durch Gleichaltrige waren weitere Ideen. Die Aufwertung und der Ausbau der

Pflegeberufe (Status und Bezahlung) seien voranzutreiben. Eine transparente Zertifizierung von Betreuungs- und Pflegepersonal wäre wünschenswert und ein Ausbau der Qualitätssicherung (z.B. Checklisten zur Prüfung der geleisteten Pflege der Angehörigen, frühe fachliche Beratung der Angehörigen und Hilfestellung durch einen Case Manager mit ausreichend Befugnissen, Qualitätskontrollen bei Vermittlungsagenturen/Pflegediensten mit ausländischen Betreuungskräften). Wichtig sei auch eine kulturabhängige Pflege.

Von den ExpertInnen wurde auch die Einrichtung von Gesundheitszentren bzw. eine Demenzzentrenbildung (ambulante Behandlungs- und Betreuungsfachkräfte durch Case Manager aus dem Demenzzentrum gesteuert/demenzfreundliches Krankenhaus) genannt.

In der landkreisübergreifenden Sitzung diskutierten die ExpertInnen auch über die Schaffung und Stärkung von Netzwerken. Wichtig sei es, Transparenz zu schaffen und Institutionen zusammenzubringen, sowohl landkreisübergreifend (vom Besten lernen) als auch landkreisintern (Umsetzung konkreter Veränderungen in sektorenübergreifender Versorgung). Aus bestehenden Netzwerken könnten übergreifende gebildet werden (Öffnung für weitere Berufsgruppen), wobei eine Ergebnisorientierung mit klaren Zielen wichtig sei (z.B. Best-Practice-Austausch, Entlassmanagement aus dem stationären Bereich/Nachsorgebereich). Landkreisübergreifend wäre dabei eine Effizienzsteigerung durch Aufspaltung und Verteilung von (Pilot-)Projekten denkbar, beispielsweise wenn jeder Landkreis jeweils ein Projekt umsetzen würde. Für den ersten Schritt zum landkreisübergreifenden Treffen ist aus Sicht der ExpertInnen eine Unterstützung durch die Politik bzw. der „politische Druck“ notwendig (z.B. Kreistagsbeschlüsse, regionale Strukturgespräche, Vergaben durch das Land). Die ExpertInnen sprachen sich dafür aus, die gemeinsame Versorgungsverantwortung auf Landkreisebene zu übertragen.

Wichtig ist aus Sicht der ExpertInnen, Modellprojekte zu fördern (Modellprojekte in Kommunen können als Vorbilder dienen).

In der Ideengenerierungsphase kam das Thema „Personal-Assistent“ (Roboter als Alltagsunterstützung/Smart Home) auf. Hierüber wurde länger diskutiert, von den ExpertInnen wurde empfohlen, IT-Spezialisten zu involvieren (z.B. für die Optimierung der Notrufsteuerung mit Gefahrendetektion). Es sei wichtig, vorhandene Technik zu nutzen, vollumfängliche Assistenzsysteme seien hilfreich (z.B. intelligentes Haus mit Bewegungsmelder/Sturzdetektion etc.). Auch die Nutzung von persönlicher Assistenz zur Erstellung und Strukturierung von Biographien (Lebensereignisse/digitale Lebenstafeln) wurde genannt.

In der Tabelle 35 sind die landkreisübergreifenden Handlungsempfehlungen zusammengefasst dargestellt.

Tabelle 35: Landkreisübergreifende Handlungsempfehlungen, Krankheitsbild Demenz

Gesundheitsförderung und Prävention	Vernetzung	Versorgungsangebote
Schaffung/Stärkung von Netzwerken; Transparenz/Zusammenschluss/Ausbau von Netzwerken; In diesem Rahmen: <ul style="list-style-type: none"> • Case Management/Koordination/Demenzlotse • Stärkere Einbindung der Quartiere/Kommunen, z.B. unterstützt durch kommunale Gesundheitsfachkräfte 	Ausbau niederschwelliger (adressatenorientierter) Angebote (für Angehörige)	Verbesserung der Betreuung im häuslichen Umfeld; Aufwertung und Ausbau der Pflegeberufe; Transparente Zertifizierung von Betreuungs- und Pflegepersonal zur Qualitätssicherung
Verstärkte Aufklärung der Öffentlichkeit	Ausbau Telematik	Verbesserung des Entlassmanagements, Ausbau der Brückenpflege
	Digitale Patientenakte	Schaffung neuer Wohnformen
		Verbesserung der Angebote/Qualifizierung der Mitarbeiter in med. Einrichtungen
	Personal- und Ressourcenmangel entgegenwirken	

3.3.5. Arbeitsgruppe Depression

In der Vorstellungsrunde der landkreisübergreifenden Arbeitsgruppe Depression nannten die ExpertInnen u. a. die Themen der sektorenübergreifenden Zusammenarbeit in einem multiprofessionellen Team, des Lotsen als einem Begleiter durch das System/die Behandlung sowie des niedrigschwelligen und frühen Zugangs. Auch in der darauffolgenden Ideengenerierungsphase und im weiteren Verlauf der Sitzung wurden diese Themen wieder aufgegriffen und weiterentwickelt: Die Vernetzung aller BehandlerInnen wurde genannt, hier sei ein multiprofessionelles, sektorenübergreifendes Behandlungsteam wichtig mit gemeinsamen Fallkonferenzen Ein kontinuierliches BehandlerTeam (ambulant und stationär) würde auch das Vertrauensverhältnis zum/zur PatientIn verbessern. Multiprofessionelle Behandlung und Beratung von Betroffenen und Angehörigen sowie ein frühzeitiges Erkennen einer Depression (niedrigschwelliger Zugang) sind nach Meinung der ExpertInnen noch optimierbar. Wichtig seien auch die Beteiligung der Kostenträger und Angehörigen, eine Verbesserung der Zusammenarbeit von Zentren und niedergelassenen ÄrztInnen sowie eine verbesserte Nachsorge (ohne Schnittstellenprobleme). Für den/die PatientIn sei ein schneller Zugang zu adäquater Therapie wichtig und das ausreichende Vorhandensein von Therapieplätzen.

Auch die Einführung eines Gesundheitslotsen/Case Managers empfahlen die ExpertInnen, welcher den/die PatientIn (auf freiwilliger Basis) durch die Versorgungslandschaft und die Behandlung begleitet. Dieser Lotse könne auch Teil eines „Notfallteams“ sein, wichtig sei es, patientenorientiert zu handeln.

Generell ging es um die Verbesserung der Prävention: Frühe Aufklärung und niedrigschwellige Angebote seien nicht nur über die Primärversorgung abzudecken. Neue Medien und digitale Technologien (in der Beratung und Behandlung) sollten genutzt und die Nachhaltigkeit sichergestellt werden. Für die PatientInnen sei eine Endstigmatisierung wichtig. Die Einbeziehung/Stärkung der Settings Schule und Betrieb wurde diskutiert mit der Empfehlung, School Nurses einzuführen und eine frühe Aufklärung zu fördern, z.B. durch Projektarbeit.

Betriebliches Gesundheitsmanagement wurde von den ExpertInnen als wichtiger präventiver Ansatz genannt, da die Ursachen für Depressionen u. a. auch im betrieblichen Kontext zu finden ist. Die Verankerung des Themas „Depression“ im Betrieblichen Gesundheitsmanagement (BGM) wurde diskutiert. Unternehmen bzw. Arbeitgeber sollten für betriebliches Gesundheitsmanagement sensibilisiert werden und es müsse gezeigt werden, dass präventive Maßnahmen langfristig Kosteneinsparungen möglich machen. Gleichzeitig könnte man Arbeitgebern und Führungskräften Risiken aus dem beruflichen Kontext für psychische Belastungen vermitteln. Die Entwicklung eines betrieblichen Gesundheitsmanagement-Siegels wurde empfohlen. Teilnehmende der Maßnahmen könnten u. a. GewerkschafterInnen, Integrationsfachdienst, Personalrat/Betriebsrat, BetriebsärztInnen sowie Case Manager sein.

Beispiel: MODELLPROJEKT GESUND IM BETRIEB (REUTLINGEN)⁷⁷:

Bei diesem Modellprojekt handelt es sich um eine Art Planspiel mit 6 Bausteinen (Grundelemente von BGM), welches Unternehmen auf freiwilliger Basis angeboten wird. Allerdings ist die (Nachfolge-)Finanzierung schwierig (derzeit 10.000 € für zwei Jahre durch die AOK). Aus Sicht der ExpertInnen muss Arbeitssicherheit als Versorgungsebene mitgedacht werden (nicht nur Verhaltensebene (Sport- und Ernährungskurse), sondern auch Verhältnisebene ist wichtig). Psychische Erkrankungen waren kein spezieller Schwerpunkt. Erfahrungen insbesondere in kleinen Unternehmen: gegenseitige Fürsorge und „gebraucht werden“, deshalb großes Interesse der Unternehmen an BGM

➔ Label „Gesund im Betrieb“ der Kommunalen Gesundheitskonferenz im Landkreis Reutlingen:
siehe dazu Kapitel 3.2.3.4

Die ExpertInnen sprachen sich weiterhin für die Weiterentwicklung der Sammlung individueller Patientendaten aus, die Einführung der elektronischen/digitalen Patientenakte sei voranzutreiben, auf die alle an der Behandlung beteiligten Personen Zugriff hätten (wichtig sei hier eine Beachtung des Datenschutzes).

In Bezug auf die Bedarfsplanung und Finanzierung im ambulanten und stationären Bereich schlugen die ExpertInnen eine Überarbeitung vor (gemeinsame Bepflanzung der ambulanten und stationären Versorgung).

Hinsichtlich einer Handlungsempfehlung „Netzwerkgründung“ wurden die ExpertInnen nach ihrer Meinung gefragt: Hier wurde empfohlen, (Behandlungs-)Netzwerke auf Landkreisebene anzusiedeln und spezielle Themen (z.B. Behandlungsstandards/Behandlungsinformationen/S3-Leitlinien aufberei-

⁷⁷ <http://www.kreis-reutlingen.de/gesundheitskonferenz/Betriebliches-Gesundheitswesen> [letzter Zugriff am 07.05.18]

ten/aktuell halten und in die Regionen/an die Behandlungsteams weiterreichen) landkreisübergreifend anzugehen. Das regionale Netzwerk sollte Behandelnde im ambulanten und stationären Sektor sowie AkteurInnen im Bereich Gesundheitsförderung und Prävention umfassen. Im Rahmen des Netzwerkes sollte es Fallkonferenzen geben, lokal als Zusammenschluss der Behandler (= Fallebene). Sitzungen mit und ohne PatientInnen seien wichtig, ebenso sollten die Kostenträger teilnehmen. Ein derartiges Modell würde schon mancherorts gut mit der Krankenkasse funktionieren (erspare Schriftverkehr, allerdings sei eine vorherige Zustimmung der PatientInnen notwendig, was bisher nie ein Problem gewesen wäre). Auch die Teilnahme von Peers sei wichtig (ehemals Betroffene/geschulte GenesungsbegleiterInnen). Die ExpertInnen würden eine Einführung solcher Fallkonferenzen als Standard begrüßen.

Das überregionale bzw. landkreisübergreifende Netzwerk (= Systemebene) sollte dem Kennenlernen der Behandler dienen (z.B. 3-4 Treffen pro Jahr: Erfahrungsaustausch → z.B. "Bündnis gegen Depression Neckar-Alb"⁷⁸). In einem solchen Netzwerk könnten sich beispielsweise auch Kliniken zusammenschließen (stationäre Zentren). Das Netzwerk könnte sich Themen wie etwa Behandlungsstandards/Behandlungsinformationen/S3-Leitlinien widmen, diese aufbereiten, aktuell halten und in die Regionen bzw. an die Behandlungsteams weiterreichen. Auch die Organisation und Durchführung von Fortbildungen für Behandler wäre denkbar. Das Netzwerk könnte als Anlaufstelle für HausärztInnen dienen.

Wichtig sei eine personell besetzte, gemeinsame Koordinierungsstelle oder -plattform als erste Anlaufstelle für PatientInnen, die neu in das System kämen. Eine solche Koordinierungsstelle würde verschiedene Angebote über verschiedene Kostenträger hinweg kennen (derzeit gäbe es keine Übersicht bzw. keine AnsprechpartnerInnen, der alle Angebote kennen würde und deshalb passgenaue und strukturierte Empfehlungen/Angebote geben könne). Wichtig sei eine Abgrenzung zu einem Lotsen: Der Lotse ist im Gegensatz zur Koordinierungsstelle ein individueller Begleiter für PatientInnen, die bereits im System sind. Von den ExpertInnen wurde beispielsweise die Kassenärztliche Vereinigung als geeignet angesehen, einen solchen überregionalen Überblick anzubieten.

⁷⁸ Das Bündnis gegen Depression Neckar-Alb ist in den Landkreisen Tübingen und Reutlingen übergreifend tätig, es steht allen Betroffenen, Behandelnden, Angehörigen und Interessierten offen. Es dient vor allem der Öffentlichkeitsarbeit durch Vorträge und Aktionen rund um das Thema Depression. Ziele sind: die gesundheitliche Situation depressiver Menschen zu verbessern, das Wissen über die Krankheit in der Bevölkerung zu erweitern, Suiziden vorzubeugen. <https://www.deutsche-depressionshilfe.de/regionale-angebote/neckar-alb/start> [letzter Zugriff am 24.04.18]

Beispiel: SEKTORENÜBERGREIFENDE VERSORGUNG IN DER WEISSENAU⁷⁹:

- Sektorenübergreifende (stationär, teilstationär, ambulant) Versorgung depressiver PatientInnen in der Depressionsabteilung der Weissenau durch ein konstantes Behandlungsteam, d. h. kein Wechsel der Bezugspersonen bei Veränderung des Behandlungssettings (z.B. ein und dieselbe/dieselbe ÄrztIn und BezugspflegerIn während stationärer, teilstationärer und ambulanten Behandlung)
- Multiprofessionelles BehandlerTeam (ÄrztInnen, PsychotherapeutInnen, PflegemitarbeiterInnen, SozialarbeiterInnen, ErgotherapeutInnen)
- Individuell zugeschnittene „Therapiedichte“ je nach aktuellem Schweregrad der Erkrankung
- Einschränkungen: Personalknappheit vor allem im Bereich ÄrztInnen/Pflegedienst, Einschränkungen im Bereich der ambulanten psychiatrischen Institutsambulanz (PIA)-Angebote (PIA nur bei schwer und chronisch Kranken lt. Vertrag möglich, so aber kaum Prophylaxe oder frühzeitige Behandlung z.B. bei noch weniger schwer kranken Menschen umsetzbar). Versorgungssystem nicht überall übertragbar, nur mit hohem personellem Engagement und bei geeigneten räumlichen Voraussetzungen umsetzbar

Als ergänzender Baustein für ausgewählte PatientInnen diskutierten die ExpertInnen über das Thema „Home Treatment“. Dieses sollte vom stationären Behandlungsteam ausgehen, es sei allerdings nicht die alleinige oder beste Lösungsmöglichkeit, als die es häufig dargestellt werde: Der Vorteil sei z.B., dass die ÄrztInnen direkteren Einblick in die Lebensumstände der PatientInnen hätten, jedoch sei es nicht für alle PatientInnen gleichermaßen geeignet (nach Meinung der ExpertInnen schätzungsweise für weniger als 10%). Insbesondere für depressive PatientInnen sei es ungeeignet, da diese von der Dynamik eines Gruppenangebotes und von den Angeboten während eines stationären Aufenthaltes profitieren könnten, zudem sei durch Home Treatment keine Aktivierung („Geh raus, sieh andere Beispiele“) gegeben. Die Umsetzung sei derzeit weder personell noch finanziell abbildbar. Das Home Treatment sei daher lediglich ergänzender Baustein für ausgewählte PatientInnen (hoch individualisierte Entscheidung, die nicht an zu enge Rahmenbedingungen geknüpft sein dürfe).

In der Tabelle 36 sind die landkreisübergreifenden Handlungsempfehlungen zusammengefasst dargestellt.

⁷⁹ <http://www.zfp-iv.de/integrierte-versorgung/> [letzter Zugriff am 07.05.18]

Tabelle 36: Landkreisübergreifende Handlungsempfehlungen, Krankheitsbild Depression

Gesundheitsförderung und Prävention	Vernetzung	Versorgung
Betriebliches Gesundheitsmanagement (BGM)	Netzwerkgründung incl. <ul style="list-style-type: none"> • Einrichtung einer Koordinationsstelle/-plattform und • Case Management 	Home Treatment z.B. Einrichtung eines mobilen Teams
Aufklärung der Bevölkerung	Telemedizin/Telematik	Interimsversorgung/Ausbau Gruppentherapieangebote
Schulgesundheitsfachkräfte		Vergütung sowie Bedarfsplanung der Haus- und FachärztInnen
		Entlassmanagement
		Stärkung der Aus-, Weiter-, Fortbildung

3.3.6. Arbeitsgruppe Diabetes mellitus Typ 1 und 2

In der Vorstellungsrunde der landkreisübergreifenden Arbeitsgruppe Diabetes wurden u. a. die Themen Prävention, Unterstützung bei der Lebensführung/-anpassung (kontinuierlich, nachhaltig, motivierend/mit Spaß, konkret), Nutzung von Telemedizin (Blutzuckersensoren, Telekonsultationen), Stärkung des lokalen Angebots, Aufrechterhalten des PatientInnenkontakts (mit mehr Zeit für Therapie) sowie gesellschaftliche Anerkennung von Diabetes dahingehend, dass es als Krankheit anerkannt wird, genannt.

In der Ideengenerierungsphase ging es unter anderem um das Thema „IT-Nutzung“: Die ExpertInnen schlugen die Nutzung gesicherter Plattformen, Apps, Social Media und Wiki vor. Auch wurde die Telekonsultation als zusätzliches Angebot empfohlen.

Die Einführung der elektronischen Patientenakte mit allen Daten (krankheitsübergreifend) wurde von den ExpertInnen diskutiert: Es wurde die krankheitsübergreifende Handlungsempfehlung ausgesprochen, eine Regelung der Rahmenbedingungen für den Aufbau einer elektronischen Patientenakte zu finden. Hierbei sei die Datensicherheit zu beachten und die Hoheit sowie das Zugriffsrecht sollten bei dem/der PatientIn liegen. Eine Sammlung aller für die Behandler relevanten Daten sei nach Meinung der ExpertInnen zu empfehlen.

Weiterhin diskutierten die ExpertInnen über sektorenübergreifende Versorgung und Zusammenarbeit. Durch eine webbasierte Koordinationsstelle könne z.B. eine Vernetzung zwischen den AkteurInnen im Bereich der Gesundheitsförderung und Prävention erreicht und das Angebot transparent gemacht werden. Wichtig sei hier, die Zuständigkeit und Verortung zu klären, die Koordinationsstelle hätte die Aufgabe eines niederschweligen, krankheitsunabhängigen und präventiven Beratungsangebotes. Zur medizinischen Versorgung aus einer Hand sei es wichtig, die SpezialistInnen miteinander zu vernetzen. Hierfür sei die Einrichtung von einem Diabeteshaus/Kompetenzzentrum in größeren Städten sinnvoll (z.B. ein Zentrum pro Landkreis). Durch solche Zentren könne eine medizinische Versorgung aus einer Hand durch ein multiprofessionelles Team gewährleistet werden sowie

Sekundärprävention, Risikoberatung, Koordination der Behandlung, Monitoring und Evaluation. So sei die Möglichkeit gegeben, alle PatientInnen mit dem Krankheitsbild Diabetes zu erreichen. Die in dem Zentrum/Diabeteshaus tätigen SpezialistInnen könnten ihre Expertise in die Öffentlichkeit tragen. In Bezug auf ein solches Zentrum müssten rechtliche Grundlagen geklärt und beachtet werden. Weiterhin wurden Ideen wie das Durchführen regelmäßiger Fallkonferenzen oder der Gründung eines Versorger-Netzwerkes ebenso diskutiert wie die Einführung von Diabetes-Lotsen/Präventionsbegleitenden/Case Management in der hausärztlichen Praxis. Die Möglichkeit der 24h-Blutzucker-Kontrolle verbunden mit regelmäßiger Besprechung der Blutzuckerwerte mit DiabetesspezialistInnen wurde begrüßt.

Die ExpertInnen empfahlen weiterhin die Stärkung des lokalen Angebots (Prävention und Information/Aufklärung): Die Erreichbarkeit von Angeboten müsse ebenso verbessert werden (ÖPNV und Online-Angebote) wie die Information, Aufklärung und Wissensvermittlung (z.B. durch Flyer mit Anlaufstellen, Fortbildungen, attraktive Schulungen für PatientInnen). Unter dem Stichwort „Gemeindenahe Versorgung“ wurde die Handlungsempfehlung ausgesprochen, innovative Konzepte zur Mobilität im ländlichen Raum zu fördern. Auch seien der Ausbau und eine stärkere Zielgruppenorientierung der Schulungskonzepte für Betroffene notwendig.

Generell müsse die Versorgung bestimmter Patientengruppen verbessert werden, z.B. an Diabetes erkrankter Jugendlicher oder junger Erwachsener. In diesem Zusammenhang wurde der Nutzen von sog. Präventionscoaches als krankheitsübergreifende, niederschwellig erreichbare Personen (Gesundheitsberuf) diskutiert, die für die Durchführung von Präventionsarbeit in Schulen und der Arbeitswelt zuständig wären. Auch die Einführung von „Diabetes-Lotsen“ als Ansprechpersonen für begleitende psychosoziale Belange von DiabetespatientInnen mit Kenntnis der individuellen Situation wurde empfohlen. Diese Personen sollten bei HausärztInnen oder DiabetologInnen angesiedelt sein. Die Diskussion der ExpertInnen bezüglich des „Lotsen“ als eine Person (PatientIn hat konkreten Ansprechpartner) vs. des „Lotsen“ als Team (eine Person „hat den Hut auf“ und kontaktiert ggf. PatientInnen) blieb offen. In Bezug auf die Versorgung bestimmter Patientengruppen wurde auch der Ausbau des adressatenspezifischen Angebots angesprochen: Für DiabetespatientInnen müsse die Transition zwischen altersbezogenen Versorgungsbereichen (Jugend - Erwachsenenalter - Seniorenalter) besser gestaltet werden. Telekonsultationen für entfernt wohnende PatientInnen seien wichtig ebenso wie Schulungsbesuche, welche vom Arbeitgeber zeitlich ermöglicht werden sollten (an Betriebe herantreten). Eine unkomplizierte Blutzuckermessung, z.B. durch Sensoren, sei empfehlenswert. Jüngere PatientInnen könne man nach Meinung der ExpertInnen durch Telematik erreichen, es müssten Antworten gegeben werden auf alltags-/lebensweltbezogene Fragen. Für ältere PatientInnen sei eine Schulung des Pflegepersonals wichtig. Basisschulungen für alle PatientInnen sind nach Meinung der ExpertInnen notwendig, danach sollte es die Möglichkeit geben, konkrete Fragen rund um das individuelle Diabetesmanagement an eine feste Anlaufstelle richten zu können (für Jugendliche bereits so vorhanden!). Eine Möglichkeit wäre hier die Einrichtung eines „Diabetes-Büros“ mit einem kleinen Team aus Spezialisten, die ein niederschwelliges Informationsangebot bieten und sich mit den regionalen Strukturen auskennen. Verschiedene AkteurInnen (HausärztIn, DiabetologIn, PatientIn, etc.) könnten sich problembezogen an das Büro wenden, die Verortung bzw. Organisation könnte zentral oder auch dezentral sein, eine Online-Plattform wäre denkbar.

Von den ExpertInnen wurde der Einsatz von Schulgesundheitsfachkräften, die Ansprechpersonen zum Thema Gesundheit allgemein an Schulen seien und auch Präventionsarbeit durchführen würden, befürwortet. Empfohlen wurde die Durchführung von einem gut qualitativ und quantitativ evaluierten Modellprojekt zu Schulkrankenpflegekräften. Es gäbe einen hohen Bedarf für solche Fachkräfte:

Stichworte sind in diesem Zusammenhang die Inklusion von Kindern mit Behinderung und die gesundheitliche Unterstützung chronisch kranker Kinder und Entlastung der Eltern und Lehrkräfte. Schulgesundheitsfachkräfte sollten längerfristig in die Schulen eingebunden sein. Eine Finanzierung sollte nicht über das Schul-, sondern ein gesondertes Budget gestaltet sein, bei dem auch die Kassen einbezogen wären. Für ein erstes Modellprojekt kam der Vorschlag, am ehesten folgende Schulformen auszuwählen: Große Ganztags- oder Gemeinschaftsschulen. Generell bestünde jedoch noch Diskussionsbedarf zur Anzahl der notwendigen Gesundheitsfachkräfte (20 seien unrealistisch vs. „nicht zu klein denken“). „Gesunde Schule“ sollte nach Meinung der ExpertInnen als Gesamtkonzept gedacht werden und eine Umsetzung durch Gremien mit Lehrkräften, Eltern und Schülervertretern erfolgen. Es könnte eine Koppelung an Schwerpunkte (z.B. bewegungsfreudige Schule: neben weiteren Maßnahmen keine zwingende Benotung im Sportunterricht mehr) weitergedacht werden. Generell sollten nach Meinung der ExpertInnen hinsichtlich der gesundheitlichen Versorgung die gesellschaftlichen und strukturellen Rahmenbedingungen überarbeitet werden: Themen wie Inklusion/Empowerment/Patientenorientierung (mehr Zeit für PatientInnen) wurden hier diskutiert. Eine gemeinsame Präventionsstrategie aller Sozialversicherungsträger wurde empfohlen und mehr Raum für Prävention bei den Arbeitgebern. Schulen und Kitas sollten die Gesundheitskompetenz fördern. Kommunen sollten mehr in Richtung „gesundheitsfreundliche Kommune“ denken. In der Tabelle 37 sind die landkreisübergreifenden Handlungsempfehlungen zusammengefasst dargestellt.

Tabelle 37: Landkreisübergreifende Handlungsempfehlungen, Krankheitsbild Diabetes mellitus

Gesundheitsförderung und Prävention	Vernetzung	Versorgung
Schulgesundheitsfachkraft an Schulen	Einrichtung eines sektorenübergreifenden „Diabeteshauses“	Verbesserung der Versorgung bestimmter Patientengruppen (z.B. Nachbetreuung älterer Menschen nach stationärem Aufenthalt)
Förderung von Angeboten im Bereich Gesundheitsförderung und Prävention	<ul style="list-style-type: none"> Zusammenarbeit in multiprofessionellen Teams/Vernetzung (incl. PodologInnen und OptikerInnen) 	Diabetespass als App
Verbesserte Schulung, Aufklärung, Beratung	<ul style="list-style-type: none"> Koordination der Behandlung/Case Management incl. webbasierter Koordinationsstelle 	Schulungsangebote/Fortbildungen für HausärztInnen
Verankerung gesundheitsrelevanter Themen in der Aus-, Fort-, und Weiterbildung von Lehrkräften und im Lehrplan		Unterstützung hausärztlicher Tätigkeit (Delegation)
Screening im stationären Setting		Ausbau telemedizinischer Maßnahmen
mehr Anreize im Vergütungssystem zur präventiven Beratung durch HausärztInnen		

3.3.7. Arbeitsgruppe Schlaganfall

Die Vorstellungsrunde der landkreisübergreifenden Arbeitsgruppe Schlaganfall drehte sich vor allem um das Thema „Regional vernetzte und transparente Versorgung inklusive Gesundheitsförderung und Prävention aus einer Hand“: Es wurde z.B. vorgeschlagen, die Primär- und Sekundärprävention von Anfang an mitzudenken und Anlaufstellen für die Beratung sowie Pflegeangebote auszubauen. Neben der Erstbehandlung am richtigen Ort (Rettungsdienst bringt Patienten zu einer Stroke Unit) sei eine langfristige Begleitung des/der PatientIn wichtig und eine Versorgung aus einer Hand. Eine regionale, ganzheitliche Versorgung, die koordiniert stattfinden würde und alle Anbieter auf allen Ebenen vernetzen würde, wäre zu verfolgen und würde zu einer Verbesserung der Versorgung führen. Verbesserte Schnittstellen könnten durch ein regionales geriatrisches Versorgungsnetz erreicht werden. Eine transparente Koordination sei anzustreben: Sowohl der „digitalisierte Patient“ als auch ein einfacher Zugang zu koordinierter Therapie und die Einführung von durch die medizinische Versorgungslandschaft führenden Lotsen wurden hier genannt.

Auch bei der Ideengenerierung und im weiteren Verlauf der Sitzung wurde das Thema der „Regional vernetzten und transparenten Versorgung inklusive Gesundheitsförderung und Prävention aus einer Hand“ aufgegriffen und vertieft. Über die Einrichtung von Schlaganfallzentren wurde diskutiert. In Bezug auf die Vernetzung der Behandler empfahlen die ExpertInnen ein sektorenübergreifendes, multiprofessionelles Behandlungsteam mit regelmäßig stattfindenden, gemeinsamen Fallkonferenzen. Auch die Kostenträger und die Angehörigen müssten beteiligt werden. Die Zusammenarbeit von Zentren und niedergelassenen ÄrztInnen könnte ebenso verbessert werden wie die Nachsorge (z.B. durch eine bessere Überleitung; die bessere Vernetzung mit Zentren, Kommunen, Arbeitgebern; die Begleitung der PatientInnen bis zu einem Jahr nach dem Schlaganfall durch beispielsweise eine Stroke Nurse). Eine Netzwerkgründung könne helfen, Transparenz zu schaffen (z.B. Überblick über die Behandler), Behandlungskapazitäten zu vermitteln (Transparente Koordination, z.B. Terminvermittlung für Nachsorge), bestehende, sektorenübergreifende Kooperationen auszubauen und die Arbeit an Schnittstellen zu verbessern.

Teil dieses Netzwerkes sollte auch der Ausbau und die Einbindung des Pflegestützpunktes sein. Innerhalb des Netzwerkes sollte eine Koordinierungsstelle für die sektorenübergreifende, onlinegestützte Angebotsplattform eingerichtet werden (mit der Nennung von Ansprechpartnern). Die Einführung einer digitalen Patientenakte bzw. einer elektronischen Vernetzung sei empfehlenswert.

Auch die Einführung von Case Managern/Schlaganfalllotsen wurde diskutiert: Eine mit dem Krankenhaus und den ambulanten Ärzten und Therapeuten kooperierende Begleitung durch die Versorgungs- und Behandlungslandschaft wurde als sinnvoll erachtet. Die flächendeckende Einführung von Stroke Nurses für die Versorgung in den ersten Wochen nach dem Schlaganfall wurde befürwortet. Stroke Nurses seien kostenträgerunabhängige, niederschwellig ansprechbare, kompetente Koordinatoren. Allerdings seien hier evaluierte Studien notwendig. Das Konzept der Stroke Nurse wird im Landkreis Ravensburg bereits erfolgreich umgesetzt (siehe Kapitel 3.2.2.7).

Nach Meinung der ExpertInnen sollte eine Verbesserung der Gesundheitsförderung und Prävention erreicht werden: Gesundheitsförderung und Prävention sollte in Schulen, Kitas etc. Platz finden, z.B. in Form von Gesundheitstagen. Gesundheitskompetenz als Schulfach wurde ebenso empfohlen wie die kontinuierliche sowie zielgruppen- und altersorientierte Aufklärung der Öffentlichkeit (alltagsnah und interaktiv, z.B. durch eine Kampagne der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) oder nachhaltige Informationsverbreitung). Strategien zur Gesundheitsförderung und Prävention

Ergebnisse

sollten multiprofessionell sein mit einer Schaffung von klaren Strukturen und Ansprechpartnern (z.B. Ansprechpartner für Themen rund um Gesundheit an den Schulen). Hierbei könne ein landkreisübergreifender Ansatz verfolgt werden anhand eines überregionalen Plans (evtl. via Schulämter: Schule als Multiplikator von präventiven Ansätzen).

In der Tabelle 38 sind die landkreisübergreifenden Handlungsempfehlungen noch einmal zusammengefasst dargestellt.

Tabelle 38: Landkreisübergreifende Handlungsempfehlungen, Krankheitsbild Schlaganfall

Gesundheitsförderung und Prävention	Vernetzung	Versorgung
Aufklärung der Öffentlichkeit	Netzwerkgründung (Ausbau bestehender sektorenübergreifender Kooperationen)	Stroke Nurses/Schlaganfalllotsen, Koordination der Behandlung
Multiprofessionelle Präventionsmaßnahmen	Förderung der Kooperation der Stroke Units	Ausbau des ambulanten Hilfs- und Behandlungsangebotes
Koordination von Präventionsangeboten (Transparenz)	Verbesserung Kommunikation/Telematik	Breitere Aufstellung der Rehabilitationseinrichtungen für alle Phasen der Rehabilitation
Verbesserung der Maßnahmen in Kita und Schule	Digitale Patientenakte	
Fortbildungsveranstaltungen für HausärztInnen	Darstellung regionaler Angebote auf digitaler Plattform	
Vermehrte Umsetzung von Screening-Maßnahmen, z.B. PROCAM-Schlaganfalltest ⁸⁰		
Schulgesundheitsfachkräfte		

⁸⁰ <http://www.assmann-stiftung.de/procam-studie/procam-tests/> [letzter Zugriff am 24.04.18]

3.4. Teilprojekt 2b: Ergebnisse aus der Perspektive der BürgerInnen sowie der gemeinsamen Dialogveranstaltung mit AkteurInnen des Gesundheitswesens

Zunächst werden im folgenden Kapitel die Ergebnisse der Fokusgruppen vorgestellt, die mit PatientInnen in den Landkreisen abgehalten wurden. In Kapitel 3.4.2. folgen dann die im Rahmen der Abschlussveranstaltung erarbeiteten Ergebnisse. Dazu wurde der Teilnehmendenkreis der Fokusgruppen einerseits um die Experten erweitert, die an den Sitzungen in den Landkreisen teilgenommen hatten (siehe Diskussionsergebnisse im Kapitel 3.2.), sowie andererseits um die interessierte Öffentlichkeit, d.h. um BürgerInnen, die auf die in Praxen verteilten Flyer oder auf die Veranstaltungsankündigung des Sozialministeriums reagierten.

3.4.1. Fokusgruppen

3.4.1.1. Aktuelle Versorgungsstrukturen aus Sicht der Bürger- und Patientenschaft

Die aktuellen Versorgungsstrukturen werden aus Sicht der PatientInnen hier zusammengefasst wiedergegeben, um die Lesbarkeit dieses Berichts zu erleichtern.

Die in diesem Rahmen für alle Gruppen ab vier Teilnehmende erstellten, detaillierteren Patienten-Netzwerke werden im Anhang Teilprojekt 2b unter Punkt 3.1 bis 3.5 dargestellt. Diese Netzwerke geben ein graphisches Abbild der von der Patientenschaft erlebten Behandlung in ihrem zeitlichen Ablauf: Wer überwies den/die PatientIn zu welcher weiteren Station und welche AkteurInnen waren insgesamt involviert? Dabei fallen auch krankheitstypische Unterscheidungen auf: Ist der/die HausärztIn zentraler Knotenpunkt bei einigen Krankheitsbildern, wie Depressionen oder Anorexie, so ist aufgrund der zeitkritischen Behandlung bei einem Schlaganfall hier das Krankenhaus mit einer Fachabteilung erster Anlaufpunkt und wichtiger Initiator für die Weitervermittlung des/der PatientIn auf dem Weg der Genesung. Der Blick auf die Bedeutung der AkteurInnen wird im Kapitel 3.4.1.2. erneut näher beleuchtet, weswegen die Netzwerkanalysen in die Anhänge ausgelagert worden sind.

Der Bereich **Information** und **Aufklärung** umfasst vor allem die Information der Bevölkerung über Angebote und Möglichkeiten der Prävention und Behandlung, der Bewusstwerdung von Krankheitsrisiken, der nachhaltigen Lebenswandeländerung und gesellschaftlicher Aufklärung etc.

- Bei Erkrankungen mit genetischen Risikofaktoren bemerken die PatientInnen, dass sie eine Aufklärung über das Familienrisiko und die Empfehlung zur Präventionsuntersuchung für die Kinder des/der Erkrankten erhalten haben. *„Der [Hausarzt, Anm. des Verf.] hat dann auch zu mir gesagt, lassen Sie Ihre Kinder untersuchen. Mein Sohn ist 37 und der ist dann untersucht worden“ (F7T3).*
- Bei psychischen Erkrankungen und Krankheitsbildern mit psychologischen Implikationen werden mehrfach die Selbsthilfegruppen als wichtig genannt. Sie sind Stütze und Orientierungspunkt für Angehörige und Anlaufstellen, für eine gute Vermittlung zu Therapieplätzen. *„Die Selbsthilfegruppe hat mich total aufgefangen [...] ganz, ganz arg wichtig war das für mich persönlich, einfach mit ganz vielen Betroffenen zu sagen, ach Gott sein Dank, ich bin nicht alleine und die haben das auch alle überlebt“ (F8T2).*
- Dennoch überwiegen bei psychischen Erkrankungen negative Erfahrungen. Hier erleben die PatientInnen ein Informationsdefizit für sich selbst und die Angehörigen, oder es sind keine

Präventionsangebote bekannt, oder neben der Primärdiagnose werden weitere Krankheitsbilder nicht erkannt. *„Also generell diese Weiterversorgung, da ist das Problem. Also gerade wenn man jetzt stationär ist, dass man Hilfe bekommt, wie geht es weiter, das hat bei mir auch gefehlt. Schwierig wird es dann nochmal, wenn man mehrere Krankheitsbilder hat, was dann oft nicht erkannt wird, wo ist nochmal ein Problem“ (F5T3).*

- Vereinzelt wird auch berichtet, dass ÄrztInnen nicht gut informiert sind – v. a. in ländlichen Gebieten sei z.B. das Krankheitsbild Depression kein Thema. Die Stigmatisierung von Krankheitsbildern macht den Betroffenen zu schaffen. Sei es im körperlichen, aber auch und vor allem im psychischen Bereich.

Im Feld der **Lebenswelt** der PatientInnen gibt es besonders viele Anmerkungen zum Zustand der Gesundheitsversorgung seitens der PatientInnen, bzw. von Angehörigen von Personen, die an einer psychischen Erkrankung (wie Depression oder Anorexie) leiden:

- Hierbei wird erneut die Bedeutung des Kontakts mit anderen Betroffenen und Familien, oftmals via Selbsthilfegruppen, hervorgehoben als Stütze und Orientierungspunkt für Angehörige. *„Und das ist eine ganz tolle Sache [...] Der muntert einen immer wieder auf. Mach dies, mach' das und so ist man eigentlich nie allein und das ist sehr günstig, das ist allerdings am Nachmittag, was für jüngere Leute schlecht ist, aber trotzdem hat das einen riesen Zulauf“ (F3T6).*
- Bei AnorexiepatientInnen im Kindes- und Jugendalter wurde die Hilfestellung von Jugendämtern als wichtiges Angebot für betroffene Familien genannt. *„Aber das ist vielleicht ein anderes Thema, dass das Jugendamt einen anderen Ruf kriegen muss in der Gesellschaft [...] Also die haben gesagt, wir müssen das Jugendamt einschalten. Wie? Wie Jugendamt? Jugendamt das sind doch die, wo das soziale Chaos herrscht. Dass ein Jugendamt auch dazu da ist Familien in schwierigen Situationen zu helfen, das weiß man ja gar nicht“ (F8T1).*

Handlungsbedarf im Bereich der Lebenswelt wird besonders bei depressiven Erkrankungen benannt:

- Es findet in der Beratung bisher kein Aufzeigen von (beruflichen) Perspektiven (wie bspw. „Hilfe für Selbstständige“) statt, und es gibt ein wahrgenommenes Defizit bei der Wiedereingliederung in die Arbeitswelt, was auf den Mangel an tragbaren Konzepten zur Wiedereingliederung in Ausbildung und Arbeitswelt zurückführbar ist. Daher nehmen die Betroffenen die Diagnose oftmals als Makel ohne Zukunft wahr. *„Kommt da jetzt eine Diagnose rein, ist dem Jugendlichen oder jungen Erwachsenen gar nicht klar inwieweit ihm da für die Zukunft die Wege verbaut sind. Ich komme nirgendwo mehr rein. Eine psychologische Diagnose, durchgefallen, fertig aus, da geht nichts mehr“ (F5T9).*
- Auch wird die Bindung von Behörden an zu starre Vorgaben hinsichtlich Termine und Fristen kritisiert, was die Betroffenen als mangelndes Verständnis seitens der Behörden wahrnehmen. *„Jetzt ist er seit über einem Jahr arbeitslos, dazwischen immer mal wieder krankgeschrieben. Und wehe er verpasst einen Termin, dann ist es vorbei, er kriegt nichts bezahlt. Das interessiert niemanden, wenn er als Depressionspatient Termine gar nicht wahrnehmen kann. Das ist ja typisch, dass man das gar nicht wahrnimmt, z.B. einen Termin verschläft, sich tagsüber hinlegt und schläft und der Termin ist futsch. Interessiert niemanden“ (F8T13).*

Die **Vernetzung** der behandelnden ÄrztInnen und TherapeutInnen ist ebenfalls ein zentrales Betrachtungsfeld der Zustandsanalyse der Gesundheitsversorgung.

- In der Wahrnehmung der PatientInnen gibt es im Bereich Vernetzung nur wenige positive Ansätze. Lediglich im Bereich Darmkrebs scheint der Austausch zwischen den behandelnden ÄrztInnen mit Absprachen zur Behandlung in den verschiedenen Genesungsphasen zu funktionieren. Wenn die Diagnose Schlaganfall gestellt worden ist, wird der weitere Behandlungsverlauf auch koordiniert wahrgenommen. Zuvor berichten die PatientInnen allerdings von fehlender Weitervermittlung von Haus-, FachärztInnen in die Kliniken, weswegen die Selbsteinlieferung im Einzelfall genutzt werden muss, um die notwendige Behandlung zu bekommen.

Ansonsten scheint besonders der Übergang von der stationären Behandlung zur Nachsorge bei den befragten Krankheitsbildern als großes Problem wahrgenommen zu werden:

- Für PatientInnen mit psychischen Erkrankungen und für pflegebedürftige PatientInnen sind Interimslösungen nicht ausreichend vorhanden oder werden nicht angeboten – somit entsteht kein lückenloser Übergang zwischen stationärer und ambulanter Versorgung, verbunden mit der Gefahr einer erneuten Exazerbation. Auch Notfall-Betten, so die Befragten, sind nicht immer verfügbar oder können diese Lücke füllen. *„Also das erste was mir einfällt, was ganz krass war, war die Nachsorge bei der stationären Therapie. Also da ist eigentlich gar nichts passiert, das Reinkommen in die stationäre Therapie war schnell, das ging zügig, innerhalb von zwei, drei Wochen habe ich einen Termin gehabt [...] aber nach den 10 Wochen Therapie wird man quasi wieder so reingeworfen, wie es vorher war und wenn man selber nichts macht, dann passiert dann auch nichts mehr, das sehe ich problematisch“ (F5T9).*
- Es wurde auch berichtet, dass die Medikation nicht immer zwischen dem/der behandelnden ÄrztIn im Krankenhaus und der Nachsorge koordiniert und hinsichtlich möglicher Wechselwirkungen abgestimmt wird. *„Also mein Mann ist durch Schlaganfälle dement und der hat eine Unmenge von Medikamenten gekriegt und da sind so viele Sekundärerkrankungen aufgetreten, also Pusteln, Ausschlag, der hat sich bloß noch gekratzt und dann habe ich mir mal in der Apotheke eine Aufstellung machen lassen, welche Medikamente sich nicht vertragen und sie haben sich fast alle nicht miteinander vertragen“ (F6T4).*
- Eine Rückkopplung der Untersuchungsergebnisse von der/dem FachärztIn an den/die HausärztIn fehlt. *„Also wir mussten uns darum kümmern, dass der Orthopäde zum Hausarzt einen Bericht schickt, dann hat der Hausarzt gesagt, der Bericht ist nicht da, wollte aber wissen, was der Orthopäde verschrieben hat, um es abzugleichen, also ob das zu dem passt, was er verschrieben hat, und das klappt dann halt auch oft nicht“ (F6T5).*
- Lange Wartezeiten bei OrthopädInnen führen zur Unterbrechung der Therapie (ebenso bei Trainingsprogrammen und Verschreibungen für diese). *„[...] und dann ist es so, wenn man mit den Rezepten fertig ist, dann kommt man nicht so schnell beim Orthopäden wieder rein. Also bei meinem Orthopäden ist mindestens ein viertel Jahr Wartezeit. Das ist eigentlich ein Quatsch, weil man sollte das eigentlich durchziehen, da hakt es, [...] das ist ein Witz, also bei chronischen Kranken, wo das erwiesen ist, da ist das blöd, wenn man unterbricht, das müsste lückenlos weiterlaufen“ (F2T3).*
- PatientInnen bemängeln unklare Übungsanweisungen durch TherapeutInnen für ein Training. *„Ich habe mehr kaputt dabei gemacht, ich war gar nicht zufrieden, weil es ist so. Jedes Mal ist da jemand anderes da, der zuständig ist. Da hat die eine Physiotherapeutin gesagt, Sie dürfen also grad mit dem steifen Hals nicht nach hinten. [...] Nächstes Mal war ein Herr da,*

der sagt, das machen Sie völlig falsch, also Sie müssen da ganz nach hinten. [...] Dann habe ich gesagt, ich habe dort einen Schaden und dann musste ich ihm das alles erklären“ (F2T2).

- Laufende Änderung der Abrechnungsschlüssel bzw. der Richtlinien führen zu ungünstigen Überweisungen und Verschreibungen. *„[...] du musst wegen einem Rezept oft dreimal zum Arzt rennen, weil die Überweisung nicht stimmt, meine Frau ist Diabetikerin und muss regelmäßig in die Podologie und das ist katastrophal, wie die laufend die Kennziffern ändern“ (F2T1).*
- Zu kurze Zeiträume zwischen Rezept und Pflicht zur Einlösung sind nicht kompatibel mit Wartezeiten für Termine. *„Das Problem ist auch noch, wenn ein Rezept ausgestellt ist, dann muss praktisch immer innerhalb von 10 Tagen die Behandlung beginnen. Aber die Therapeuten sind ja derart überlaufen [...] dann sagen sie, das schaffen sie gar nicht“ (F2T3).*

Auch bei der Überweisung in die stationäre Behandlung entstehen durch die fehlende Vernetzung Probleme:

- Der abrechnungstechnisch vorgegebene Weg blockiert den Ablauf der Behandlung, wenn z.B. die Überweisung nur durch FachärztInnen und nicht durch HausärztInnen erfolgen kann. Hier treten zusätzliche Zeitverluste auf, da FachärztInnentermine lange Wartezeiten bedeuten. Als Reaktion werden von psychisch Kranken Therapie- und Klinikplätze auf Vorrat und in Eigenverantwortung besorgt, was das System durch Doppelanmeldungen extra belastet. Vereinzelt wurde die Überweisung auch verweigert. *„Melden Sie sich doch trotzdem an (Handlungstipp von T1 an T2, Anm. des Verf.), auch wenn Sie den Platz nicht nehmen, anmelden, das habe ich auch sofort gemacht“ (F2T2).*

Zusammenfassend erleben die PatientInnen die aktuelle Lage so, dass eine koordinierende Stelle fehlt. Außerdem bremst der FachärztInnenmangel die Behandlung aus und fehlende systematische Kommunikation lässt Fehler in der Nachsorge und Medikation entstehen.

Zentral für alle weiteren Planungsschritte der Gesundheitsversorgung ist der Blick auf das **Versorgungsangebot und dessen Qualität**, bewertet aus Sicht der PatientInnen. Dies umfasst einerseits den Angebotsumfang, aber auch die erlebte Zufriedenheit mit dem Ablauf der Behandlung.

Die positiven Bewertungen bezogen sich auf folgende behandelnde AkteurInnen:

- Angebotene Rückenschulprogramme
- Ansprechpartner im Kreisgesundheitsamt
- Das Hausarztprogramm sowie die schnelle Reaktion des Hausarztes/der Hausärztin in dringenden Fällen und der aufgeschlossene, pragmatische Umgang mit chronisch Erkrankten
- Das Ziel, die größtmögliche Selbstständigkeit zurückzugewinnen, wird in der erlebten Behandlung transparent verfolgt
- DMP – Disease Management Programme als wirksame Hilfe für die PatientInnen
- Fachliche Betreuung durch Krankenkassen sowie persönliche AnsprechpartnerInnen
- Fach-Station im Krankenhaus mit viel Verständnis und Kompetenz
- Gute, pragmatische PhysiotherapeutInnen verhindern viele Operationen – oft jahrelange Kooperation zwischen PatientIn und TherapeutIn zur Gesunderhaltung
- Jugendamt als Partner – Beratung und Hilfsangebote für betroffene Familien
- Kompetente Pflegedienste
- Kostenübernahme der Therapien durch die Krankenkassen

- Motivierende Pflegekräfte halfen den PatientInnen, mit der Situation (Kontrollverlust, Fremdbestimmtheit) umzugehen
- Neue Fachklinik bzw. Pflegeeinrichtung wurde mit guter Versorgung, auch der Angehörigen erlebt
- Reha-Kliniken mit vielfältigen Angeboten und guter Qualität, die Wünsche bezüglich der Therapieangebote beachten
- Schnelle Arbeit der Krankenkassen bei Hilfsmittelbewilligungen
- Schulungen für PatientInnen zum Umgang mit Blutzucker-Messgeräten, bewusster Bewegung, Diabetiker-gerechtem Kochen etc.
- Selbsthilfegruppen wichtig als Stütze und Orientierungspunkt (auch für Angehörige)
- Steigendes Angebot an Tagespflege
- Übernahme von Osteopathie durch Krankenkassen
- Zeitnahe Operation, um zügigen Therapieeintritt zu gewährleisten
- Zentrum für Psychiatrie BW bietet gute Versorgung
- Zusammenarbeit mit HeilpraktikerInnen und Integration der Komplementärmedizin seitens der im Krankenhaus behandelnden ÄrztInnen

Trotz der guten Erfahrungen, die von vielen PatientInnen berichtet werden, fallen bei der Durchsicht der Nennungen klare Häufungen von erlebten Problemen im Gesundheitssystem auf:

- TherapeutInnen- und Therapieplatzmangel im Bereich der psychischen Erkrankungen – langes Warten auf Behandlung/Überweisung/Nachsorge.
„Immer das gleiche, ich habe sechs Psychiater angerufen, alle haben mir gesagt, sie sind überfüllt“ (F5T6).
- Der Pflegekräftemangel trotz und gerade wegen steigender Zahl Betroffener führt zur Überforderung der Pflegekräfte, was zu einer unzureichenden Betreuung in Pflegeeinrichtung sowie zu häufigem Wechsel des Pflegepersonals und zu Verängstigung von (v. a. Demenz-) PatientInnen führt. Das damit verknüpfte, nicht ausreichende Angebot an Kurzzeitpflegeplätzen führt wiederum zu einer stärkeren Belastung der pflegenden Angehörigen, auch weil keine Auswahl des Pflegepersonals mehr möglich ist. *„Also es ist ein täglicher Kraftakt, es bleibt keine Freizeit für einen selber, man hat immer ein schlechtes Gewissen, wenn man nicht daheim ist, man hat ein schlechtes Gewissen, wenn die Pfleger ständig überfordert sind, wir haben ständig einen Pflegerwechsel [...] das ist für uns ein Kraftakt, das ist für die Patienten, die das aushalten müssen ein Kraftakt und es gibt einfach auch keine guten Kurzzeitpflegeplätze“ (F6T5).*
- Das Fehlen von FachärztInnen führt bei allen Krankheitsbildern zu langen Wartezeiten oder dazu, dass diese „abgeklappert“ werden, um einen möglichst zeitigen Termin zu bekommen (Systembelastung durch mehrfache Anfragen) oder – in seltenen Fällen – leidet der Arzt-Patient-Kontakt darunter und PatientInnen erhalten eine Krebsdiagnose zwischen Tür und Angel ohne gleichzeitiges Gespräch über nächste Schritte und Optionen. Für Krankheitsbilder mit eingeschränkter Mobilität sind auch die Einschränkung von Hausbesuchen eine wahrgenommene Einschränkung des Leistungsspektrums der Gesundheitsversorgung. *„Es gibt fast keinen Arzt mehr, der Hausbesuche macht. Ich habe gebettelt, keine Chance“ (F6T5).*
- Der Kostendruck wirkt sich auch an mehreren Stellen negativ auf die Qualität des Versorgungsangebots aus. Einerseits würden zu schnell Operationen als Lösung angeboten, z.B.

wird manuelle Therapie durch OrthopädInnen gar nicht mehr verschrieben. Andererseits berichten die PatientInnen von ÄrztInnen und TherapeutInnen, bei denen z.B. nur noch PrivatpatientInnen behandelt werden, um dem wirtschaftlichen Druck gerecht zu werden, oder von unterschiedlichen Leistungen (bei gleichen Erkrankungen) je nach Kasse und besuchten ÄrztInnen (z.B. bei der Verschreibung von Diabetes-Teststreifen für die an Typ 2 Erkrankten oder der Übernahme von erwiesenen effektiven Psychotherapieformen). Hier äußern einige PatientInnen auch die Befürchtung, dass sich die Kluft einer Zwei-Klassen-Medizin auftut, bzw. diese sich vergrößert in Zukunft. „[...] aber dieser Arzt ist leider nur für Privatpatienten und so ist es mir jetzt schon dreimal gegangen, dass die Ärzte, die ich hatte, sich zu Privatpatienten hingezogen gefühlt haben und nicht zu den normal Versicherten“ (F2T2).

Weitere Kritikpunkte betreffen spezielle Krankheitsbilder oder Einzelfallkonstellationen, sollen hier aber aufgrund der Vollständigkeit der PatientInnenaussagen wiedergegeben werden:

- Unflexible Gewichtsuntergrenzen zur stationären Aufnahme in eine Spezialklinik für AnorexiopatientInnen sind für Kinder und jugendliche PatientInnen nicht praktikabel und verhindern notwendige stationäre Behandlungen.
- HausärztInnen achten nicht genügend auf familiäre/genetische Dispositionen für bestimmte Erkrankungen und weisen die PatientInnen nicht genügend darauf hin: „Es wurde 11 Jahre lang trotz bekannter familiärer Vorbelastung keine Darmspiegelung empfohlen“ (F7T2).
- Ein Teilnehmender berichtete von erheblichen Medikamentennebenwirkungen bei einem Angehörigen, die durch eine nicht erkannte Doppelverordnung und -einnahme ausgelöst wurden.

Neben der Kapazität und Qualität des Versorgungsangebots ist die **Transparenz über das Angebot** von so zentraler Bedeutung für das PatientInnen-Arztverhältnis, dass dieser Aspekt der Gesundheitsversorgung aus PatientInnenperspektive gesondert dargestellt wird.

Eine gute Transparenz über mögliche Behandlungsoptionen und die Beratung durch die (Fach-)ÄrztInnen und zum Teil auch durch die Krankenkassen werden vor allem bei den akuten körperlichen Krankheitsbildern (im Modellprojekt vertreten durch Schlaganfall und Darmkrebs) von den PatientInnen erwähnt.

Für psychische Erkrankungen (im Projekt vertreten durch die Krankheitsbilder Anorexie, Depression sowie auch durch Demenz) fehlen den PatientInnen sowie den Angehörigen systematische Informationen über Angebote. Hierfür müssen private Netzwerke aufgebaut und genutzt werden (z.B. Empfehlungen von anderen Betroffenen oder durch Selbsthilfegruppen vermittelt).

Bei fast allen Krankheitsbildern merken allerdings einzelne PatientInnen an, dass sie sich mit der Informationsbeschaffung allein gelassen fühlen. Eine zentrale Stelle, die einen Überblick über die möglichen Therapie- und Behandlungsformen und -angebote aktiv anbietet, fehlt diesen Personen. Für die Organisation von Terminen bei SpezialistInnen wünschen sich die PatientInnen mehr Unterstützung. Ihnen fehlen auch Informationen zur richtigen Reihenfolge der Untersuchungen. Ebenso wird eine transparente Anlaufstelle für die Auseinandersetzung mit Kostenträgern oder Behörden vermisst, die bei Anträgen oder Problemen hinsichtlich der Kostenübernahme im Rahmen komplizierter oder langwieriger Behandlungen unterstützen können.

3.4.1.2. Wünsche für die zukünftige Versorgung aus BürgerInnen-/PatientInnensicht und deren Umsetzungsideen

Für die Zukunft formulieren die PatientInnen folgende Empfehlungen und Wünsche zum Themenbereich **Information, Aufklärung und Prävention**:

- Präventionsuntersuchungen sollten bei HausärztInnen systematisiert werden, um ein frühes Erkennen von Erkrankungen zu fördern. Einige PatientInnen denken an ein Scheckheft oder obligatorische Präventionsuntersuchungen, zumindest aber an mehr Werbe- und Informationskampagnen in Massenmedien. Auch die Schaffung eines Bonussystems, das die Eigeninitiative von PatientInnen und Patienten zur Teilnahme an Vorsorgeuntersuchungen und der Teilnahme an Informationsabenden sowie Kursen für einen nachhaltig gesunden Lebenswandel belohnt, wird vorgeschlagen. „[...] *vielleicht bin ich ja auch selber ein bisschen Schuld, dass man auch selber kucken muss [Darmkrebsvorsorge, Anm. des Verf.], aber da hätte er sagen sollen, ja hier auch weil der Großvater das Problem auch gehabt hat, hätte man doch alle fünf Jahre das komplette Programm durchmachen müssen [...] und das werfe ich der Medizin vor, dass die da nicht aktiver werden und die Hausärzte daraufhin weisen“ (F7T2).*
- Für die Prävention in Bezug auf psychische Erkrankungen sollte der Leistungsdruck gesenkt und Mobbing im Beruf und in der Schule effektiver bekämpft werden. Dieser Leistungsdruck kann z.B. im Bereich der Anorexie durch die einseitige Darstellung von Schönheitsidealen z.B. in Modejournalen oder auch durch sogenannte „Pro-Ana“ Webseiten negativ beeinflusst werden, weswegen hier ein gesellschaftliches Gegensteuern gewünscht wird. „*Ich habe das gar nicht gewusst, dass es das gibt (Webseite „Pro-Ana“, Anm. des Verf.), da hatte sich meine Tochter schon Wochen und Monate mit dem Zeug vollgestopft und das hat die wirklich reingetrieben, denn da wird das ja regelrecht verherrlicht“ (F8T1)*
- Für die Prävention spricht aus PatientInnensicht, dass alle Ausgaben in diesem Bereich gut angelegt seien und möglicherweise geringer ausfallen, als die Kosten für die Behandlung. „[...] *Das hab ich auch nie verstanden, weil das ist ja so, wenn die da 2, 3, 4 mal in die Klinik kommen oder so, also wenn man das vorher auffangen kann, dann ist das ja eher eine Kostenersparnis, wenn man guckt, wo man da vielleicht früher ansetzen kann“ (F8T2).*
- Auch die allgemeine Sensibilität der Gesellschaft für die Bedeutung der Gesundheit, für wichtige Leitsymptome und die Bedürfnisse der Erkrankten sollte gesteigert werden, um a) Erkrankungen schneller zu erkennen (auch durch Angehörige und Freundeskreis) und b) ein besseres Verständnis des sozialen Umfelds zur Vermeidung der Erkrankung zu schaffen oder c) den Umgang mit Erkrankten im Alltag zu verbessern. Dieser Punkt ist v. a. für Angehörige Demenzkranker sehr bedeutsam, da diesen oft wenig Verständnis entgegengebracht wird. Die Bedeutung einer schnellen Erkennung wird vor allem von jüngeren SchlaganfallpatientInnen in den Vordergrund gerückt. „[...] *vielleicht, dass man, wie damals bei Aids, aufklärt, weil ich mein, jeder kennt Demenz und jeder hält sich ja auch selber fürchterlich tolerant, aber wenn man dann etwas länger an der Kasse warten muss, weil da ein alter Mensch ist [...]“ (F6T5).*
- Jenseits einer gesteigerten Sensibilität sprechen die PatientInnen psychischer Erkrankungen (bzw. deren Angehörige) von einem regelrechten Stigma, das dringend abgebaut werden sollte, um nicht nur den Behandlungserfolg zu verbessern, sondern den Betroffenen den Weg zur Diagnose zu erleichtern:

- Beratung zu möglichen gesellschaftlichen Folgen nach Diagnose eines psychischen Krankheitsbildes für Betroffene durch anonyme Beratungsangebote
- Aus Sicht der Patienten bedarf es einer besseren Sensibilisierung der (Haus-)ÄrztInnen in ländlichen Gebieten bzgl. psychischer Erkrankungen. *„Denn oft geht der Kampf ja schon 10 Jahre vorher los, man merkt es selber gar nicht, (Teilnehmer leidet an Depressionen, Anm. des Verf.), [...] aber ich wäre nie zum Hausarzt gegangen und hätte gesagt, ja ich habe da glaube ich so ein kleines Problem, das geht nicht, nein, auf dem Land ist das unmöglich, die zeigen mit dem Finger auf einen“ (F5T9).*
- Der Schule kommt auch aus Sicht der PatientInnen eine wichtige Rolle in der Gesundheitsförderung und Prävention zu, sei es durch Schulsport oder durch Wissensvermittlung über gesundheitliche Themen z.B. im Fach Biologie. Von einigen PatientInnen wird ein Schulfach Psychologie vorgeschlagen, um Wissen und Verständnis über psychische Erkrankungen, Risikofaktoren und Möglichkeiten der Vorbeugung zu vermitteln. *„[...] aber einfach, dass man einmal in seinem Leben, als Jugendlicher oder junger Erwachsener mit diesem Thema (Depressionen, Anm. des Verf.) in Kontakt kommt, sei es in der Schule oder sonst wo. [...] wenn ich früher herausgefunden hätte, dass was nicht stimmt, wäre es vielleicht anders gelaufen“ (F5T12).*
- Um dem Wunsch der PatientInnen nach besserem und schnellerem Zugang zu Informationen rund um die Behandlungsangebote gerecht zu werden, wünschen sich die Teilnehmenden:
 - Informationen über aktuellen Forschungsstand zu bestimmten Krankheiten und deren Behandlung für PatientInnen und ÄrztInnen gebündelt auf einer Internetplattform sollten von staatlicher Seite angeboten werden. Auch Selbsthilfeangebote könnten so bekannt gemacht werden.
 - Ein krankheitsspezifisches Merkblatt über Optionen für in der Nachsorge hilfreiche Therapieangebote soll systematisch an alle PatientInnen am Ende einer stationären Behandlung verteilt werden.
 - Alle Informationen müssen durch staatlicher Aufsicht vor einseitiger Darstellung oder privatwirtschaftlichen (Geschäfts)interessen geschützt sein, also nur fachlich orientiert und neutral.
 - Besonders die Angehörigen Erkrankter brauchen Anlaufstellen, um besser informiert zu sein und stellvertretend sinnvolle Schritte planen zu können.
 - Infoabende in Schulen, Vereinen oder beim Arbeitgeber werden in diesem Rahmen als sinnvolle Informationsquellen angesehen.
„Man bekommt da ja gar nichts mit, wie die Krebsforschung ist und so. Das wäre für die Allgemeinheit auch interessant, dass man sich da etwas informieren könnte, außer im Internet, wo man sich da irgendwie durchwurschtelt“ (F7T2).
- Der Wunsch nach mehr und aktuelleren Informationen wird aber nicht nur von den PatientInnen für sich selbst formuliert, sondern auch Behandelnde sollten sich aus PatientInnen-sicht systematischer und häufiger über die neuesten Erkenntnisse und den Forschungsstand zu Behandlungsmethoden informieren. *„Also mir wäre da wichtig, dass die Hausärzte, dass Fachärzte einfach immer so auf dem neuesten Stand sind über Dinge, die einfach da sind, über neue Medikamente, neue Erfahrungen [...] dann will ich es aber auch erklärt*

haben [...] das wäre für mich wichtig, selbst wenn ich im Internet rum suche [...] das ist mir alles zu viel“ (F7T3).

- Da die Eigeninitiative der PatientInnen wichtig ist, sollten öffentliche Programme einerseits das Selbsthilfesystem stärken, andererseits die Öffentlichkeit anleiten diese (Eigen-)Verantwortung stärker wahrzunehmen. Dies umfasst die Unterstützung von Selbsthilfegruppen, die im Rahmen der Informationsvermittlung wichtige Funktionen erfüllen. *„Also diese Selbsthilfegruppen bringen viel, dass man sich mal ein bisschen informieren kann und die auch jemanden wissen, wo man sich weiter informieren kann“ (F6T4).*

Für das Segment der **Lebenswelt** formulieren die PatientInnen in den Fokusgruppen folgende Wünsche bzw. Empfehlungen: Das Lebensumfeld bedarf insgesamt eines Mehr an Sensibilität für die besondere Situation bzw. die besonderen Bedürfnisse, die schwere Erkrankungen für die Betroffenen und auch deren Angehörige mit sich bringen:

- Die Wiedereingliederung (v. a. jüngerer PatientInnen) ins Berufsleben sollte verbessert werden. Hier fühlen sich junge Personen mit einem Schlaganfall, aber vor allem PatientInnen, die eine Depressionsbehandlung hinter sich haben, nicht wieder ausreichend von der Gesellschaft eingebunden. Hierzu bedarf es aus Sicht der Befragten explizit einer stärkeren Beteiligung der Arbeitgeber sowie einer Entstigmatisierung seitens der Gesellschaft. Dies wird von den Angehörigen der Anorexie-Erkrankten ebenfalls als ein wichtiger Punkt für eine Genesung angesehen.
„[...] obwohl der Arbeitgeber weiß, was los ist (Depressionserkrankung, Anm. des Verf.), das interessiert niemanden [...] jetzt ist er im Hartz 4, also ist das jetzt das Ende vom Lied?, weil er immer mal wieder Arbeitsstellen gehabt hat, aber immer wieder auch eine stationäre Therapie, [...] dann hat er sich einen Job gesucht, hat wieder 8 Stunden am Tag geschafft, ging wieder nicht, [...] jetzt ist er seit über einem Jahr arbeitslos“ (F5T13).
- Krankheiten, die den eigenen Antrieb, die eigene Motivation beeinträchtigen, wie z.B. Depressionen, stellen die Betroffenen vor Probleme, da große Selbstständigkeit verlangt wird, um neue Termine für Behandlungen zu vereinbaren sowie Informationen über Hilfsangebote zu sammeln. Ähnlich verhält es sich bei DemenzpatientInnen, wo die pflegenden Angehörigen oftmals im selben Alter sind und daher mit der Organisation von lückenloser Pflege und Betreuung – auch verwaltungstechnisch – überfordert sind. Hier wäre ein Case Manager, der proaktiv den Betroffenen mit Rat und Tat bei der Gesundwerdung bzw. den anfallenden Aufgaben zur Seite steht, eine große, willkommene Hilfe. *„[...] also ich bin 24, und es kostet mich enorm viel Kraft, weil ich momentan alleine lebe und wie grad eben gesagt, ich muss enorm viel Kraft aufwenden, um mich selber zu organisieren auch wenn es einem schlecht geht. [...] also ich weiß über diesen sozialpsychiatrischen Dienst [...] du wirst dann auch besucht, aber nur alle sechs Wochen und das ist ein bisschen wenig, ich wünschte mir, es wären kürzere Abstände“ (F5T10).*
- Ein Case Manager, der auf den Fall zugeschnittene Hilfestellung bei Organisation und Behandlungsplanung anbietet oder bei der Antragstellung bei Behörden behilflich ist, würde auch die Chancengleichheit zwischen unterschiedlichen Familiensituationen ausgleichen helfen. Die PatientInnen denken hier bspw. an die Überforderung von alleinerziehenden Müttern mit einem anorektischen Kind, die alle Pflichten und Aufgaben gleichzeitig bewältigen müssen. *„Ich hatte Zeit, ich war anderthalb Jahre zuhause [...], ich habe mit der gegessen, ich*

bin mit der jeden Morgen aufgestanden [...], hab alles gemacht und ich frag mich dann einfach, wie macht das eine Mutter die arbeiten muss? [...], alleinerziehende Mütter [...] da ist niemand da, das geht gar nicht“ (F8T2).

- Die Bereitstellung speziell zugeschnittener Angebote für Demenzkranke wird von den Befragten ambivalent gesehen. Während die einen Demenz-WGs oder Demenz-Dörfer als Möglichkeit ansehen, Demenzerkrankten ein fast normales und selbstbestimmtes Leben zu sichern, lehnen andere diese Optionen klar als Separation der Bevölkerung in „Gesunde“ und „Kranke“ ab. Alle zukünftigen Angebote sollten folglich als eine breite Palette von Optionen gestaltet werden, nicht als einzige Umsetzung einer exklusiven Strategie für die zukünftige Gesundheitsversorgung. Auch bei der Frage, ob soziale Angebote explizit für Erkrankte und von der Pflege belastete Angehörige getrennt oder gemeinsam zu gestalten sind, wird ebenso kontrovers diskutiert und von den PatientInnen unterschiedlich beantwortet. *„Ja, also ich könnte es mir sehr gut vorstellen (ein „Demenzdorf“, Anm. des Verf.) meine Frau gar nicht, die findet diese Adresse stigmatisiert sie und damit ist es für sie gelaufen und für mich dann natürlich auch“ (F4T1).*
- Einigkeit herrscht bei der Bewertung der großen Wirksamkeit und Bedeutung der Selbsthilfegruppen, für Betroffene und Angehörige gleichermaßen: Diese Angebote sollten stärker öffentlich gefördert werden, um deren Informations- und Orientierungsfunktion zu stärken. *„Also das war für mich damals die Rettung, dass viele Menschen mich da in meiner schrecklichen Not aufgefangen haben und deswegen denke ich da so, also für mich sind Selbsthilfegruppen Beteiligte, Betroffene, mit denen man reden kann, die einen auffangen, die einen beruhigen“ (T2F8).*

Hinsichtlich der **Vernetzung** zwischen den verschiedenen Stationen der Behandlung gaben die teilnehmenden Befragten folgende Hinweise für die Zukunft der Gesundheitsversorgung.

- Um Doppelmedikation oder überflüssige Verschreibungen, die vor allem seitens der DarmkrebspatientInnen sowie den Angehörigen von Demenzkranken beobachtet wurden, zu vermeiden, sollten klare Zuständigkeiten zwischen den behandelnden SpezialistInnen geschaffen werden. Mit PatientInnen getroffene Absprachen und Entscheidungen müssen dabei natürlich auch an alle Behandelnden ausdrücklich weitergegeben werden dürfen. *„Mein Mann bekommt achtzehn Tabletten am Tag und das schon jahrelang und es guckt keiner danach. Ich habe schon immer gesagt man sollte wieder mal, aber die machen nichts“ (F4T4).*
- Es sollte eine Webseite mit einer Übersicht über den Stand der Forschung sowie damit verknüpfte Behandlungsmethoden (inklusive eines Rankings, mindestens aber einer transparenten Zertifizierung der Angebote laut Wunsch der PatientInnen) zur Information von Betroffenen angeboten werden. Diese muss staatlich finanziert und somit unabhängig von Interessen einzelner Krankenkassen, ÄrztInnen oder Kliniken beraten. So könnten sich die PatientInnen neutral und schnell informieren und ihre Behandlung eigenständig besser planen. *„[...] und auch diese Forschungen, welche Fortschritte oder welche Erfahrungen oder welche Medikamente? Da muss man sich da halt immer im Internet selber schlau machen. Man hat ja keine Möglichkeiten, außer die Presse im Öffentlichen oder so“ (F7T2).*
- Auch eine digitale Patientenakte, deren Zugriff durch die PatientInnen für die jeweiligen Behandelnden autorisiert werden kann, ist ein wichtiger Wunsch für die Vernetzung in der Zukunft. So wäre nicht nur die verordnete Medikation leichter auf ungünstige Kombina-

nen prüfbar, sondern auch wichtige Befunde, wie MRT- Aufnahmen, besser verfügbar. Die Befragten sehen hier auch einen klaren Vorteil, dass Kosten eingespart werden können, wenn z.B. keine Doppeluntersuchungen mehr vorgenommen werden müssen. Die Behandlung würde also sicherer, schneller und kostengünstiger durch die digitale Patientenakte. Dies könnte auch die von den Befragten beobachtete Problematik entschärfen, dass die Fristen von Verschreibungen zum Teil auslaufen, bevor diese in der weiteren Behandlung verwendet wurden. Dies ist natürlich auch stark mit dem Fachkräftemangel im Gesundheitswesen und den langen Wartezeiten für Termine verbunden, könnte aber durch schnelleren Zugriff auf die Akten zumindest verbessert werden.

- Eine Änderung der Überweisungsvorschriften, weg von der ausschließlichen Zuständigkeit des/der FachärztIn, wird in diesem Zusammenhang von einigen Befragten als Empfehlung formuliert, um erlebte Behandlungsverzögerungen unter der gegenwärtigen Lage der Facharztversorgung zu vermeiden. *„Wir wollten da hin, wollten sie anmelden, dann war es aber so, sie brauchte eine Überweisung von einem Facharzt, die Überweisung in die Klinik konnte der Hausarzt nicht ausstellen, d. h. um die überhaupt anzumelden in der Klinik“ (F8T1).*
- Auch die direkte Kommunikation der FachärztInnen über einen Fall („Fallkonferenz“) wird von den Befragten, die eine solche erlebt haben, als deutlicher Gewinn angesehen. Wichtige Entscheidungen für den Behandlungsverlauf werden so schneller getroffen und durch mehrere ärztliche Meinungen überprüft und somit verbessert. Der Drang eine „zweite Meinung“ einholen zu müssen verringert sich bei diesen PatientInnen – zentral ist hierfür, dass der/die PatientIn sich in ihren Wünschen berücksichtigt und transparent informiert fühlt. *„[...] wie unterscheidest du das, wenn du zwei oder drei Meinungen hast? Du bist Laie, der eine Arzt sagt so und der nächste sagt so, jetzt hast du zwei verschiedene Meinungen, wie urteilst du als Laie?“ (F2T3).*

Insgesamt wünschen sich die Befragten eine stärkere Vernetzung ihrer Behandelnden untereinander, um besonders die Phase des Übergangs von der stationären hin zur ambulanten Behandlung sowie in den gegebenen Fällen die schrittweise Wiedereingliederung in den (Berufs-)Alltag besser zu gestalten. Der noch mangelnde Informationsfluss zwischen den beteiligten Stellen lässt Lücken in der Behandlung und Versorgung entstehen, die verschärft werden durch lange Wartezeiten auf einen Pflege- oder Therapieplatz. Die angespannte Personalsituation wird als eine mögliche Ursache dafür gesehen. Die PatientInnen empfehlen, um die Lage in diesem Bereich zu entschärfen, einen Ausbau von Interims-Einrichtungen bzw. Tagespflegeangeboten etc., um diese Lücken besser überbrücken zu können, da ihnen bewusst ist, wie schwer es ist, hier lückenlose Übergänge zu gestalten. Die Schlagworte „Flexibilisierung“ sowie „individuelle Lösungen“ werden dabei oft von den Befragten verwendet.

Für die Zukunft der Gestaltung des **Versorgungsangebotes** sowie der **Qualitätssicherung** sprachen die Befragten eine Reihe von Empfehlungen aus, die hier zusammengefasst dargestellt werden:

- Die Erhöhung von Kapazitäten beziehungsweise die Beseitigung von Engpässen in der Versorgung ist ein Wunsch, der von vielen Befragten über unterschiedliche Fokusgruppen hinweg geäußert wurde. Damit verbunden ist der Wunsch, die langen Wartezeiten für Facharzttermine, auf Therapieplätze und für (Interims-)Pflege zu verkürzen, um die bestehenden Lücken im Behandlungsverlauf zu minimieren oder gar zu schließen. Die PatientInnen stellen sich auch vor, dass bestehende Kapazitäten insbesondere im Bereich der Diagnostik besser ge-

nutzt werden könnten, z.B. ist für sie unverständlich, wenn ein MRT in einer Klinik aufgrund fehlenden Fachpersonals nicht am Wochenende durchgeführt werden kann. *„[...] in der Wirtschaft werden ja teure Maschinen rund um die Uhr ausgenutzt. Warum gibt es in den Krankenhäusern nicht auch eine Möglichkeit, dass man am Wochenende zu bestimmten Zeiten MRT oder große Untersuchungen machen kann? Warum muss der Patient von Samstag bis Montag liegen? Habe ich jetzt zweimal erlebt [...]“ (T3F1).*

- Sorge bereitet den Befragten die besonders problematische Lage im Bereich der Pflege: aufgrund der fehlenden Fachkräfte gibt es bereits jetzt laut der Befragten kaum Betreuung jenseits medizinisch-notwendiger Pflege. Hier herrscht eine Überforderung der Angehörigen und Pflegekräfte, die sich auf die Lebensqualität der Betroffenen auswirkt. Die demographische Situation wird sich in Zukunft weiter zuspitzen, was den Handlungsbedarf weiter steigert. *„[...] die Pflege ist sehr gut, aber an der Betreuung da kann man verzweifeln. [...] also es ist gar nichts mehr. Sie wird praktisch nur gepflegt und versorgt, vom Bett in den Rollstuhl und vom Rollstuhl ins Bett“ (F4T5).*
- Die Befragten wünschen sich von einem zukünftigen Gesundheitssystem mehr Flexibilität in den Behandlungsabläufen, hin zu einer Individualisierung der Behandlung für die jeweilige PatientIn/ den jeweiligen Patienten. Diese Flexibilisierung sollte viele Bereiche der Gesundheitsversorgung umfassen, von der Breite angebotener Behandlungen bis hin zu weniger bürokratischen Hürden im Umgang mit Betroffenen und/oder ihren Angehörigen. Dazu wurden von den Befragten eine Reihe detaillierter Beispiele gemacht:
 - Es bedarf mehr Berücksichtigung der familiären Zusammenhänge und Umstände bei der Behandlung als bisher. Wird beispielsweise eine Patientin/ein Patient, der bisher die Pflege eines demenzen Angehörigen übernahm, mit einem Schlaganfall stationär aufgenommen, muss auch eine Mit- Einweisung des versorgungsbedürftigen Partners möglich sein.
 - Die Rehabilitation von SchlaganfallpatientInnen soll mehr auf die Situation jüngerer PatientInnen abgestimmt werden – die Rehabilitationseinrichtungen sowie ihre Behandlungsangebote orientieren sich stark an älteren PatientInnen. Auch die Ausrichtung, möglichst schnell wieder die Wiedereingliederung in den Arbeitsmarkt zu erreichen, fehlt. Dies wird seitens der depressionserkrankten PatientInnen ebenfalls bestätigt. *„[...] ja sicherlich, er konnte mit mir nicht das normale Standardprogramm durchziehen (der Therapeut einer jungen Schlaganfallpatientin, Anm. des. Verf.), er hätte über den Tellerrand bisschen rausschauen müssen, eben weil ich halt auch so jung bin und andere Anforderungen hab und noch viel vorhabe im Berufsleben halt“ (F1T1).*
 - Die Krankenkassen sollten individuellere Leistungen in der Behandlung finanzieren und somit auch alternativmedizinische Verfahren (Komplementärmedizin) in die Behandlungsleitfäden als Zusatzoption integrieren. *„[...] gesagt ich will nur eine Chemo wenn ich mit einem Heilpraktiker zusammenarbeite. Mein Immunsystem, das soll unterstützt werden mit Komplementärmedizin und die will ich vom Heilpraktiker haben und zwar ich will auch, dass der Heilpraktiker genau weiß, welche Chemosubstanzen ich bekomme“ (F7T1).*
 - Das Therapie-Angebotsspektrum sollte um flexiblere Therapieformen erweitert werden, um z.B. anorektische Jugendliche stärker in ihrem alltäglichen Lebensumfeld (ist

nicht für alle Fälle angezeigt oder möglich) zu belassen und so die Therapie praxisnaher zu gestalten und Rückfälle zu reduzieren. „Home Treatment“ Modelle aus Großbritannien könnten hier als Vorbild dienen.

„[...] nicht, dass man nur zu einem Therapeuten gegangen ist, sondern die kamen auch nach Hause, d. h. man hat auch versucht die Mädchen jetzt nicht einfach in diese Kliniksituation zu bringen, weil das ist immer anders in der Klinik und dann kommen sie in den Alltag zurück. Ich denke, das ist sicher nicht nur bei Anorexie so und das fände ich einfach toll“ (F8T2).

- Bewilligte Pflegehilfsmittel sollten flexibel zum Wohle des/der PatientIn genutzt werden können (z.B. Umwidmung nicht genutzter Beträge auf andere Posten) und weniger bürokratisch (oft sind die Angehörigen hier überfordert) bewilligt werden. *„[...] und dann haben wir damals zwei Bedarfsfälle gehabt. Zum einen, dass die Toilette erhöht wird und ein Treppenlift. Und haben dann von der Krankenkasse ganz klar die Ansage bekommen, dass wir da nur eine Sache machen lassen können und der Rest des Gelds verfällt. [...] ich finde das einfach nicht fair“ (F6T5).*
- Flexiblere auch Tages- oder Interims-Pflegeangebote ermöglichen eine dringend nötige Entlastung pflegender Angehöriger, die zurzeit (auch aus Kostengründen) zunehmend auf 24-Stunden-Betreuungskräfte angewiesen sind, eine Betreuung, die nicht deutschen Qualitäts- oder Arbeitsrechtsstandards entspricht. *„Wir haben eine Agentur, also mein Mann und ich sind berufstätig und ich hatte sie auch mal drei Wochen zuhause, war dann aber so kaputt, dass ich bei jeder Kleinigkeit nur noch geheult hab [...] und dann hatten wir die erste Agentur und ja, das kostet ein Wahnsinnsgeld und trotz allem hast Du dann wieder Pfleger, die kein Deutsch können oder die eben nicht waschen oder die Füße nicht richten [...]“ (F6T5).*
- Besondere Änderungsvorschläge betreffen die Abrechnung und die Kostenübernahme im aktuellen Gesundheitssystem – hier wird von den Befragten eine klare Dominanz der Kosteneffizienz gegenüber der Qualität von Behandlung wahrgenommen, die zu negativen Folgen führt:
 - Effektive Therapien im Bereich psychischer Erkrankungen sind zurzeit oft nicht abrechenbar und können somit nur privat bezahlt werden, was die Betroffenen als ungerecht wahrnehmen. Daher sollte zukünftig weniger auf die Kosten geachtet werden, als auf die erwiesene Wirksamkeit von Therapien bzw. Therapieformen. *„Die zwei Therapeutinnen, die meine Tochter jetzt hat, die haben uns so geholfen [...] und ich finde es einfach gemein, dass man das alles selber zahlen muss [...] ich mein, finanziell sind wir nicht so gestellt, dass wir das alles gar nicht machen können, aber andere können das einfach nicht, ganz schlicht und ergreifend“ (F8T2).*
 - Den ÄrztInnen sollte wieder mehr Zeit für die Interaktion mit den PatientInnen gegeben werden (bzw. abrechenbar sein). Nur so kann der/die ÄrztIn den/die PatientIn holistisch wahrnehmen und bei seiner Behandlung auch seine psychosoziale und familiäre Situation mit im Blick haben. Z.B. muss bei einer Krebsdiagnose ein beratendes und über Behandlungsmöglichkeiten aufklärendes Gespräch angeboten werden. Im Rahmen dieses Gesprächs sollte auch ein offener Umgang mit diagnostischen Unsicherheiten und der Prognose üblich sein. *„[...] als Schwäche habe ich es empfunden, dass der eben morgens um halb sechs, wenn man noch nicht einmal bei sich ist, reinkommt, [...] und dann hat er einfach ge-*

- sagt, übrigens Sie haben Darmkrebs, bösartig, da kommt aber nachher noch einer, also das hat mich sehr gestört. Ich bin schon erstmal gefallen, ich habe mir gedacht, was heißt das?“ (F7T3).*
- Die Abrechnungsregeln sollten reformiert werden, um PatientInnen und ÄrztInnen mehr Flexibilität in der Behandlung chronischer Kreuzschmerzen zu geben: Dazu sollte z.B. manuelle Therapie wieder und alternative Behandlungen wie Osteopathie in die Leistungskataloge integriert werden. Zwangspausen zwischen Verschreibungen bzw. Therapien sowie die Quartalsgrenzen für Verschreibungsbudgets passen nicht zur Bedürfnisstruktur der PatientInnen. *„[...] dann habe ich die ersten zwei Jahre ohne Probleme Rezepte bekommen, zweimal für Gerätetraining und einmal für manuelle Therapie. Aber dann habe ich so springen müssen, dass ich das dann weiter bekomme und zwischenzeitlich nach zehn-zwölf Jahren ist es so, dass ich fast gar keine Gerätetrainingsrezepte mehr bekomme [...] ich mach das jetzt auf eigene Kosten“ (F2T2).*
 - Die wahrgenommene Spaltung in eine Zwei-Klassen-Medizin aufgrund der (nicht) übernommenen Leistungen wird von allen Befragten negativ gesehen. Auch Personen, deren Behandlung durch privatfinanzierte Angebote erweitert wurde, machen auf die Ungerechtigkeit gegenüber den Personen, die sich diese Option nicht leisten können aufmerksam. Ungleichheiten der Leistungen erstrecken sich von Behandlungen und Operationen bis hin zu der Häufigkeit der Verschreibung von Hilfsmitteln, wie z.B. Teststreifen für DiabetikerInnen, die je nach Kassenzugehörigkeit und dem/der besuchten ÄrztIn schwanken. In diesem Zusammenhang formulieren die Befragten auch einen konkreten Vorschlag: Die Physio- und Ergotherapeutenausbildung sollte reformiert werden, da durch hohe finanzielle Vorleistung der Kostendruck hin zur Bevorzugung von PrivatpatientInnen gesteigert wird. *„[...] wenn wir die Physiotherapeuten nicht hätten [...] weil die sind wirklich am Menschen dran, die wissen wo es wehtut [...] und dann müssen sie ja auch ihre Ausbildung selber bezahlen, die meisten müssen es selber bezahlen, auch Ergotherapeuten oder andere, das ist ein ganz wichtiger Punkt“ (F2T2).*
 - Weiterbildungen und Trainingsangebote für Behandelnde (also ÄrztInnen aber auch TherapeutInnen etc.) sind auch Teil der Empfehlungen der PatientInnen. Die Weiterbildungsempfehlungen betreffen vor allem vier Handlungsgebiete:
 - ÄrztInnen sollten häufiger auf den neuesten Stand der medizinischen Forschung sowie der möglichen Behandlungsoptionen gebracht werden, da sie die wichtigste Informationsquelle und Berater der PatientInnen sind.
 - Spezielles Wissen und Erfahrung im Umgang mit PatientInnen mit besonderen Bedürfnissen, wie z.B. Demenz-Erkrankte, fehlt bei einigen Behandelnden – einen Termin für eine Zahnbehandlung für eine/n Demenz-PatientIn zu erhalten scheitert daher oftmals. Krankheiten, die die Betroffenen zu verheimlichen versuchen, wie Anorexie oder Demenz, sind oftmals eine besondere Herausforderung für die Behandelnden, die die normale Ausbildung nicht immer abdeckt. *„[...] und die hat sie dann einfach gefragt, was sie denn so heute gegessen hat (Erzählung über die Erfahrung mit einer Familientherapeutin, Anm. des Verf.) und sie sagt, sie hat heute eine Wurst gegessen, keine Ahnung, und dann sagt sie zu ihr, echt, du hast eine Wurst gegessen,*

kein Mensch, der mit Anorexie zu tun hat, würde das eine Magersüchtige fragen“ (F8T2).

- Eine Beratung hin zu einer Zweitmeinung oder zu Behandlungsalternativen zum Teil auch aus dem Bereich der alternativen Medizin vermissen die Befragten bei den meisten ÄrztInnen. Hier wünschen sich die Befragten zumindest eine größere Offenheit seitens der Behandelnden. *„[...] und dass man die Sachen besser anerkennt, was die machen. [...] die Osteopathen, die Heilpraktiker, weiß ich nicht, aber zumindest Leute, die auf dem Gebiet schon ganz viel Erfahrung haben, die sind Gold wert für uns chronisch Kranke“ (F2T2).*
- Betroffene erwarten ein Mehr an Sensibilität der Behandelnden für die Lage einer Patientin/eines Patienten nach schweren Diagnosen (z.B. Krebs), bei starkem Verlust eigener Kontrolle (z.B. Schlaganfall) oder Krankheiten, die die Eigenmotivation des/der Betroffenen, seine/ihre Behandlung zu koordinieren, beeinträchtigen (z.B. Depressionen). *„[...] also es war mal eine prekäre Situation irgendwie, da war eine Tochter grad eventuell vor der Beamtenenschaft, da darf das auch gar nicht rauskommen, dass die da irgendwie zu einem Psychologen geht und so und das finde ich auch immer noch einen Konflikt einfach“ (F8T2).*
- Der Schließung (auch nur von Abteilungen) der örtlichen Krankenhäuser oder von persönlichen Beratungsangeboten vor Ort stehen die Befragten grundsätzlich skeptisch gegenüber, da diese als Rückgrat der ortsnahen Versorgung angesehen werden, v. a. bei Pflegeeinrichtungen ist auch die räumliche Nähe von Betroffenen und Angehörigen wichtig, um die Entwurzelung zu minimieren und Besuche zu erleichtern.
„[...] und man möchte ja in Zukunft auch Abteilungen in den Klinken schließen. Wo bleiben dann die Diabetiker?“ (F3T5).
- Die Schaffung niederschwelliger Angebote für Demenzerkrankte im Frühstadium, auch mit ihren Angehörigen, können helfen, das immer noch hiermit verbundene Stigma abzuschwächen und die Scheu vor der Inanspruchnahme von Hilfsangeboten zu senken. *„Wir haben jetzt angefangen zu singen [...] 90 Leute, es war ein Renner [...] da kommt das Wort Demenz überhaupt nicht vor, aber da hat jeder Demenzkranke hohe Fähigkeiten“ (F4T8).*

Auch bezüglich der **Transparenz über das Angebot der Gesundheitsversorgung** für die Zukunft haben die Befragten wichtige Hinweise und Empfehlungen:

- Besonders das breite Feld der Therapieangebote im Bereich der psychischen Erkrankungen, die keine Kassenleistung sind, bedarf einer erhöhten Transparenz, um für die Betroffenen überschaubar zu werden. Ein Überblick über diese Therapieangebote inklusive der verbundenen Kosten kann helfen, das passende Angebot schnell zu finden und dadurch die Genesung beschleunigen. Ebenso im Bereich der Pflegeversorgung wäre dies wünschenswert, da hier häufiger Wechsel von Pflegeeinrichtungen und -personal die Betroffenen emotional zusätzlich belastet. *„Und ich denke, dass die auf den Stationen auch nicht Bescheid wissen, was es überhaupt an therapeutischen Angeboten gibt, weil es gibt sehr wohl auch relativ viele Angebote. Und ja, die auf Station, die wissen halt nicht, was es gibt, und können einen auch nicht beraten“ (F5T10).*
- Für PatientInnen mit chronischen Erkrankungen sind Selbsthilfegruppen als Informationsquellen von besonderer Bedeutung, da diese Erfahrungswissen über die Organisation dauerhafter Pflege oder Ansätze zur Sekundärprävention bieten.

- Die transparente Beratung und Information soll dabei den PatientInnen ganzheitlich, also im Zusammenhang mit anderen Erkrankungen, aber auch den sozialen und/oder arbeitstechnischen Gegebenheiten erfassen, um besser wirksam sein zu können. *„Da ist nicht viel geboten. Obwohl wir ja nachher wieder in Brot und Arbeit sollen [...] man guckt ja auch schon in der stationären Reha, können die jetzt gleich arbeiten oder doch erst noch ein bisschen zuhause, aber so was richtig zur Hand gegeben, wie es nachher dann weitergeht, wurde mir jetzt nicht. Also ich habe nach allem so selber geguckt“ (F1T1).*
- Eine von neutraler Seite (also von einzelnen Anbietern, aber auch von den Krankenkassen unabhängigen Stellen) durchgeführte Bewertung der Angebote, ist auch eine immer wiederkehrende Empfehlung der Befragten. So können die Betroffenen die Komplexität der vielfältigen Behandlungsoptionen reduzieren und selbstbestimmte Entscheidungen bezüglich des Therapiewegs treffen. Auch der Wunsch nach einer obligatorischen Zweitdiagnose zeigt die hohe Bedeutung der Neutralität, die mit der gewünschten Transparenz einhergehen muss, um echte Wirkung aus Sicht der Befragten entfalten zu können. *„Du musst da und da anrufen, du musst das und das ausfüllen, dass man das nicht aus den Augen verliert. Denn wenn man dann am Telefon hängt und immer vom 2ten, 3ten auf den 4ten weiterverwiesen wird, dann sitzt man dann da und denkt sich meine Güte [...] bis man eine definitive Aussage kriegt, braucht man 2, 3, 4 Anlaufstationen [...] also es ist sehr mühsam“ (F6T6).*
- Als Anlaufstelle zur PatientInnenberatung wünschen sich die Befragten niederschwellige Angebote wie eine Telefonberatung und/oder einen persönlichen Ansprechpartner vor Ort (realisiert z.B. durch die Sozialverbände). *„[...] und das ist auch bei Älteren wichtig, weil die können ja nicht immer wohin fahren oder anrufen, dass sie einen Ansprechpartner vor Ort haben. Den man vor Ort an der Krawatte ziehen kann und sagen: »so nicht«“ (F3T4).*
- Wichtig hierbei ist den PatientInnen vor allem der Grundsatz der Gleichbehandlung, die sich nur an den medizinischen Bedürfnissen orientiert, nicht an der Zugehörigkeit zu bestimmten Krankenkassen oder der Zugehörigkeit zu gesetzlichen oder privaten Krankenkassen, da erlebte Unterschiede in Behandlungsangeboten, unterschiedlich hohen Zuzahlungen bzw. den erhaltenen Leistungen von allen Befragten als höchst ungerecht empfunden werden. *„[...] das hätten sich andere Familien [...] nicht leisten können (privat bezahlte Therapie, Anm. des Verf.). Die hätten diese Möglichkeit, die unsere Familie hatte, nicht gehabt. Das finde ich gemein, dass man da nicht eine Chancengleichheit hat“ (F8T2).*

Mit dem Vorlegen der Arbeitsblätter mit den Angebotshäusern für die zukünftige Gesundheitsversorgung (siehe Darstellung der Methodik im Kapitel 2.4.1.) wurde das Ziel verfolgt, die wichtigsten AkteurInnen der Gesundheitsversorgung aus PatientInnensicht zu ermitteln. Die ausführlichen Analysetabellen (siehe Tabellen 3.6. bis 3.13. im Anhang Teilprojekt 2b) hierzu befinden sich im Anhang mit einer Häufigkeitsauswertung sowie der Auflistung aller genannten AkteurInnen für jedes der Krankheitsbilder. Hier im Hauptteil des Berichts liegt der Fokus auf den zentralen Ergebnissen, sortiert nach den jeweiligen Krankheitsbildern, da die unterschiedliche Bedeutung der AkteurInnen sehr spezifische Nennungen nach sich zieht.

Als wichtige AkteurInnen bei chronischen Krankheiten werden die Kostenträger, vor allem die Krankenkassen genannt. Dies ist Folge des Bedarfs an Heil- oder Pflegemitteln und die damit in Zusammenhang stehenden komplizierten Antragsverfahren und die Regelungen zur Kostenübernahme. Hierbei werden auch die Selbsthilfegruppen mehrfach als wichtige AkteurInnen erwähnt, da diese wichtige Informationen für die Dauerversorgung chronischer Erkrankungen anbieten.

PsychotherapeutInnen werden bei den Erkrankungen, die mit einer psychischen Belastung einhergehen, als wichtige AkteurInnen mehrfach genannt, ebenso aber auch das familiäre Umfeld, das die Betroffenen stützt und betreut.

Die folgenden Aufzählungen nennen die AkteurInnen, die in den Fokusgruppen (sortiert nach den zugrundeliegenden Krankheitsbildern) überdurchschnittlich häufig als wichtige Aspekte eines virtuellen Gesundheitshauses genannt wurden.

Krankheitsbild (Kinder und Jugend-) Anorexie:

- (Kinder-/Jugend-) Psychotherapeut
- Familie
- Selbsthilfegruppen
- Tagesklinik

Krankheitsbild chronischer Kreuzschmerz:

- Allgemeinmedizin
- Ernährungsberatung
- Krankenversicherung
- Nachbarschaftshilfe
- Orthopädie
- Physiotherapie
- Schmerztherapie
- Sport- und Bewegungsprogramme

Krankheitsbild Darmkrebs:

- Familie
- Hospiz
- Öffentlichkeit
- Psychotherapie
- Spezielle ambulante palliativmedizinische Versorgung (SAPV)
- Tumor/Darmzentrum

Krankheitsbild Demenz:

- Demenzfreundliche Begleitung im Krankenhaus
- Fachberatungsstelle Demenz
- Geriatrie

Krankheitsbild Depression:

- Fachkrankenhäuser/Fachabteilungen für Psychiatrie/Psychotherapie/Psychosomatik
- Psychosomatik
- Psychotherapie

Krankheitsbild Diabetes (Typ 1 & 2):

- Allgemeinmedizin
- Apotheke

- Augenheilkunde
- Krankenversicherung
- Pflegeversicherung
- Selbsthilfegruppen
- Zahnmedizin/Kieferorthopäde

Krankheitsbild Schlaganfall:

- Ambulante/teil-/stationäre Rehabilitation
- Case Manager/Gesundungs-Begleiter für PatientIn oder Angehörige
- Krankenhaus incl. Notaufnahme/Stroke Unit

Die abschließende Frage zielte darauf ab, wie ein Versorgungskonzept, das an ein kanadisches Gesundheits- Versorgungszentrum („family healthcare center“) angelehnt ist, von den TeilnehmerInnen eingeschätzt wird⁸¹. Während einige einem solchen Konzept positiv gegenüberstanden, waren andere sehr skeptisch, vor allem, da sie der Ansicht waren, dass dies der freien Arztwahl entgegenstehen könnte. Die Befragten sahen sich dadurch an eine Art sozialistisches Gesundheitssystem erinnert. Andere sahen vor allem auf dem Land die Gefahr, dass solche Behandlungszentren nur in den größeren Städten liegen würden und somit medizinische Versorgungsangebote auf dem Land weiter abnehmen könnten. Diese Reaktionen zeigen einmal mehr, dass den PatientInnen eine ortsnahe Gesundheitsversorgung sehr wichtig ist.

Überwiegend positiv wurde dort die hausinterne Weitervermittlung gesehen, bei der auch verschiedene Untersuchungen oder Facharzttermine unter einem Dach und somit an einem Tag erledigt werden könnten. Dies korrespondiert mit der schon in den obigen Ergebnissen herausgestellten Empfehlung, die Verzahnung der verschiedenen Sektoren des Gesundheitssystems stärker zu gestalten und bestehende Hürden bei der Digitalisierung von Patientenakten sowie deren Weitergabe zwischen verschiedenen behandelnden AkteurInnen zu beseitigen.

Ein Modellprojekt eines Gesundheitsversorgungszentrums, das wissenschaftlich begleitet und analysiert wird, ist sinnvoll, um die Reaktion der (baden-württembergischen) PatientInnen auf solche Gesundheitsversorgungszentren präziser abschätzen zu können, als dies im Rahmen der Fokusgruppen möglich war. Auch könnte so die organisatorische Ausgestaltung des Konzepts näher erforscht werden.

3.4.2. Dialogveranstaltung

Am 2. Februar 2018 fand eine Dialogveranstaltung in Stuttgart statt, auf der im Modellprojekt entwickelte Thesen zu einer sektorenübergreifenden Gesundheitsversorgung vorgestellt und diskutiert wurden. Teilnehmende waren alle ExpertInnen der sieben Krankheitsbilder, die Teilnehmenden der sieben (bzw. acht) Fokusgruppen sowie bisher projektexterne Personen aus dem Gesundheitswesen und interessierte BürgerInnen. Die folgenden Kapitel 3.4.2.1 bis 3.4.2.5 stellen die mit allen Teilnehmenden des Abschlussdialogs in den einzelnen Arbeitsgruppen erarbeiteten Ergebnisse dar. Für ei-

⁸¹ Das Beispiel wurde dabei so verfremdet, dass die Befragten es als konkretes, aber dennoch fiktives Planspiel wahrnahmen.

nen noch tieferen Einblick befinden sich im Anhang Teilprojekt 2b in den Schaubildern 4.1 bis 4.5 die fotografierten Arbeitswände und in den Tabellen 4.6 bis 4.15 die wortwörtliche Transkription.

3.4.2.1. Arbeitsgruppe A – Angebote der Behandlung psychischer Erkrankungen

Diese Arbeitsgruppe befasste sich mit Thesen, die zum Ziel hatten die Behandlung von PatientInnen mit psychischen Erkrankungen zu verbessern. Die Thesen wiederum umfassten die bedarfsgerechte Planung der medizinischen Angebote, die Angebotstransparenz, die Förderung der Selbsthilfe sowie die Entstigmatisierung der Erkrankungen.

These 1: Bedarfsgerechte Planung der medizinischen Angebote für psychisch kranke Menschen in einer Region muss erfolgen

Die meisten Anmerkungen hatten die Teilnehmenden zum **Versorgungsangebot**. So seien (überregionale) Kompetenzzentren ein wichtiger Teil der Versorgung und notwendig. Über virtuelle Konferenzen (wie z.B. beim Tumorboard) könnten die Kompetenzzentren miteinander kommunizieren. Ebenfalls ist die Einbindung der Kompetenzzentren in ein Netzwerk, zu dem auch niederschwellige Angebote gehören, ein wichtiger Aspekt. Die niederschweligen Angebote sollten gefördert und wohnortnah angeboten werden. Für die regionale Verfügbarkeit und eine gute Erreichbarkeit ist die Einrichtung von Kriseninterventionszentren und Traumazentren wichtig, in denen ausgebildetes Fachpersonal arbeitet.

Um die Wartezeiten zu verkürzen, werden mehr Therapieplätze und mehr Kapazitäten in den Psychiatrischen Institutsambulanzen durch ausreichende Finanzierung von Fachpersonal vorgeschlagen. Auch müssten die Übergänge neugestaltet werden.

Eine Forderung an den gemeinsamen Bundesausschuss wäre, neue Abrechnungsmöglichkeiten für Angebote zu schaffen. Aktuell gibt es hinsichtlich der Vergütung Schwierigkeiten in Bezug auf Gruppenangebote im stationären Bereich. Die Gruppenangebote können dort nicht angeboten werden, wenn der Patient gleichzeitig ambulant in Psychotherapeutischer Behandlung ist. Es sollte demnach die Möglichkeit geben, Einzelgespräche mit gruppentherapeutischen Angeboten zu kombinieren.

Die überlappende Begleitung sollte ausgebaut und gefördert werden und es sollten Informationen über Folgeangebote vorliegen.

Für den Bereich der **Lebenswelten** ist es wichtig, den Begriff der „Region“ genauer zu definieren. Es sollten nicht Landkreisgrenzen für die Definition herangezogen, sondern auf ganz niedriger Ebene geschaut werden: kleinräumig, zeitliche⁸² und verkehrstechnische Erreichbarkeit. Damit mehr Expertise in den Lebenswelten der Erkrankten vorherrscht, ist es denkbar, dass Betroffene als ExpertInnen in Jobcentern, Beratungsstellen und zur Beratung von Sozialarbeitern einbezogen werden.

Eine bedarfsgerechte Planung umfasst aus Sicht der Teilnehmenden auch Aspekte der **Information und Aufklärung**. Das Internet darf als Medium für niederschwellige Informationen zu Angeboten

⁸² Patienten und deren Angehörige müssen die benötigte Hilfe (unabhängig von Landkreisgrenzen) schnell und ortsnah erhalten. In Bezug auf Versorgungseinrichtungen für chronisch Kranke bedeutet dieses, dass durch räumliche Nähe es den Angehörigen (1.)zeitlich möglich ist, diese häufiger v.a. unter der Woche zu besuchen (arbeitende Menschen können z.B. nicht 1h hin und 1h Rückfahrt unter der Woche einfach leisten wenn sie selber auch Kinder zu versorgen haben) bzw. (2.) die Besuchszeiten auch insgesamt flexibel genug sind.

nicht vergessen werden, hier ist seriöses Infomaterial notwendig. Besonders bei den Übergängen sollten Informationen über Folgeangebote vorliegen.

Die Intensivierung der Fortbildung für niedergelassene HausärztInnen hinsichtlich psychischer Erkrankungen wird gefordert.

These 2: Es soll eine webbasierte Plattform zur Angebotstransparenz eingeführt werden

Diese These gehört zum Baustein der **Information und Aufklärung**, so dass alle hier vorgeschlagenen Ergänzungen und Anmerkungen sich mit diesem Bereich befassen.

Das Angebot einer webbasierten Plattform ist sinnvoll sowohl für Betroffene, als auch für Behandler, um zu informieren, was es für Angebote gibt und wo freie Kapazitäten zu finden sind.

Wichtig ist, dass es bei der Internetsuche eine Hierarchie gibt: das Angebot sollte unter den ersten Treffern/ auf der ersten Seite der Suche erscheinen und es muss deutlich sein, dass es sich um eine offizielle Informationsquelle handelt. Als Herausgeber einer solchen Plattform werden z.B. Gesundheitsämter vorgeschlagen. Auf der Plattform könnten sowohl Informationen zu den Krankheitsbildern zu finden sein als auch gezielt zu passenden Angeboten/ Behandlern weitergeleitet werden.

Für die Pflege der Plattform sollte jeder, der ein Angebot einstellt, auch auf die Aktualität achten und für Änderungen verantwortlich sein.

Es sollte auch eine Möglichkeit für die direkte Terminvergabe geschaffen werden, dabei sollten Kapazitäten für chronisch Kranke aber auch für akut erkrankte Personen vorhanden sein. Das letztendliche Aufnahmemanagement muss allerdings durch Fachpersonen durchgeführt werden, das kann nicht über eine Plattform geschehen. Ergänzend sinnvoll wäre es, wenn es diese Plattform auch in Papierform z.B. als Broschüre gibt.

Wichtig wäre die Integration von bereits Bestehendem, wie z.B. dem „Wegweiser Psychiatrie“. Dieses sei ein gutes Angebot, wichtig sei jedoch, dass der Wegweiser aktuell sei (z.B. nicht „Impressum 2013“, dieses würde direkt abschrecken) und dass Informationen über das Vorhandensein dieses Wegweisers breit gestreut werden würden (z.B. in Hausarztpraxen), der Wegweiser sollte nutzerfreundlicher gestaltet sein (ist er derzeit nicht nach Aussage der AG- Teilnehmer) und er sollte hilfreiche/ empfohlene Links sowie Informationen enthalten.

These 3: Selbsthilfe soll weiter gefördert werden

Zu dieser These merken die Teilnehmenden in Bezug auf das **Versorgungsangebot** an, dass die Selbsthilfe wichtig für Betroffene und die Angehörigen ist und dass es entsprechende Angebote braucht. Eine Unterstützung durch Profis bzw. Experten (Behandler, Betroffene, Psychiatrieerfahrene etc.) ist wichtig, damit die Selbsthilfegruppe einen positiven Effekt hat und nicht den gegenteiligen Effekt (z.B. sei beim Krankheitsbild Demenz eine angeleitete Selbsthilfegruppe notwendig, damit die TeilnehmerInnen nicht nur den negativen Verlauf der Erkrankung erleben etc.). Ebenfalls wichtig ist eine Vereinfachung der Finanzierung und eine Förderung von Trialogen. Derzeit besteht das Problem, dass Selbsthilfegruppen keine Unterstützung bekommen, wenn ein Profi mit dabei ist.

Um in der **Lebenswelt** der Betroffenen zu wirken, sollten Aktivitäten im Vordergrund stehen, bzw. soziale Teilhabe (z.B. bei der Depression). Selbsthilfegruppen sollten nicht Gruppentherapeutische Angebote ersetzen wollen.

Zu These 4: Wichtig für die Prävention ist die Entstigmatisierung psychischer Erkrankungen

Um eine Entstigmatisierung zu realisieren, spielen die Medien für **Information und Aufklärung** eine wichtige Rolle. Zu beachten ist, dass eine Stigmatisierung häufig in den Medien stattfindet. Diese müsste angegangen und beendet werden und der aufklärenden und damit entstigmatisierenden Informationsvermittlung mehr Raum gegeben werden. Damit könnte bereits sehr früh, bspw. in Kindersendungen begonnen werden.

Wichtig für das Versorgungsangebot sind auf regionale Belange zugeschnittene Präventionsprogramme vor Ort. Es sollte regional geschaut werden, was die AkteurInnen vor Ort brauchen und wer einbezogen werden könnte. Hier wird auch eine Aufgabe der Gesundheitsämter gesehen, Angebote zu organisieren oder Kampagnen durchzuführen.

Für die **Lebenswelten** von Kindern und Jugendlichen sind Projekte in den Schulen wichtig, die bspw. von Betroffenen durchgeführt werden. Auch Informationen und Angebote in den Betrieben werden als wichtig angesehen, z.B. im Rahmen des betrieblichen Gesundheitsmanagements. Dazu gehört auch die Unterstützung beim Wiedereinstieg von Betroffenen ins Berufsleben (z.B. Über Aufklärung von Vorgesetzten, Unterstützung für die Betroffenen im Umgang mit der Erkrankung und in Bezug auf die Möglichkeiten beim Wiedereinstieg in den Beruf etc.).

3.4.2.2. Arbeitsgruppe B – Angebot eines neutralen, kreis- und krankheitsübergreifenden Patientenlotsen

These 1: Ein Patientenlotse (Case Manager) ist notwendig

Zwar werden Patientenlotsen grundsätzlich als sinnvoll eingestuft, es scheint jedoch zuerst eine Begriffs- und Aufgabendefinition notwendig zu sein, was ein Patientenlotse leisten soll. Die Vorstellungen der AkteurInnen sind hier sehr unterschiedlich. Die Arbeitsgruppe regt dazu an, zur Begriffsdefinition des Lotsen im Vorfeld zu folgenden Fragen einen gesellschaftlichen Konsens zu erzielen

- Welche Aufgabenbereiche soll der Patientenlotse übernehmen und wo sind Grenzen der Zuständigkeit?
- Welche Qualifikationen muss ein Patientenlotse haben?
- Wo ist der Patientenlotse angesiedelt? Wer ist Arbeitgeber/Träger?
- Wie wird er nachhaltig und langfristig finanziert?
- Mit wem kann/muss er kooperieren?
- Für welche Patientengruppe ist der Lotse geeignet?

Hinweise der Teilnehmenden die zu obigen Fragen Stellung nehmen betreffen in der Regel mögliche Aufgaben des Patientenlotsen im Bereich der medizinischen Versorgung.

Es gab und gibt bereits AkteurInnen in der Gesundheitsversorgung, die ähnliche Aufgaben übernehmen, wie sie im Rahmen dieses Modellprojekts für den Patientenlotsen gesehen werden, z.B. SozialarbeiterInnen in Kliniken, bei Beratungsstellen und Krankenkassen oder die HausärztInnen. Daher sollte abgewogen werden, ob es nicht sinnvoller ist, bereits etablierten Strukturen zu stärken, auszubauen und besser zu vernetzen anstatt eine neue, parallele Struktur/Anlaufstelle zu schaffen. Die Hausärztin/der Hausarzt wird mehrfach als beste Option in die Diskussion eingebracht, wobei sie/er

aufgrund begrenzter Ressourcen und aufgrund eines nicht bei jedem Krankheitsbild ausreichend detaillierten Fachwissens nicht in allen Bereichen umfassend durch das System führen kann.

Die meisten Teilnehmer der Arbeitsgruppe sprechen sich dafür aus, dass Lotsen eher bei bestimmten (komplexen) Krankheitsbildern krankheitsspezifisch eingesetzt werden sollten, da sie dann ein krankheitsspezifisches Fachwissen anbieten können, das über die Kenntnisse der HausärztInnen hinausgeht. Bisher gibt es nur in manchen Regionen Schlaganfall-Lotsen, aber für andere Erkrankungen, insbesondere aus dem Bereich psychischer Erkrankungen fehlen solche qualifizierten Ansprechpartner.

Die Teilnehmenden empfehlen neben der Formulierung der Aufgaben und Anforderungen des Patientenlotsen auch eine wissenschaftliche Begleitung der Einführung solcher Lotsen und eine Evaluation.

Einige Hinweise zum Patientenlotsen betreffen auch den Bereich der **Lebenswelten**:

Der Lotse sei eine Vertrauensperson, er agiere auf individueller Ebene für die PatientInnen und führe sie auf Wunsch durch das Gesundheitssystem. Aufgrund der Selbstbestimmung der PatientInnen ist ein pauschales „Einschalten“ eines Lotsen bei bestimmten Erkrankungen keinesfalls angezeigt, da auch nicht jede Patientin/ jeder Patient einen Lotsen wünscht und braucht.

Die folgenden Anmerkungen der Gruppe gehören zum Themenkomplex Entlassmanagement als einem Baustein des Versorgungsangebotes:

Zwar gäbe es eine neue gesetzliche Vorgabe zum Entlassmanagement, dies würde die Kliniken allerdings bei fehlenden entsprechenden finanziellen Ressourcen vor Probleme stellen. Die AkteurInnen wünschen sich, dass neue Vorgaben im Konsensverfahren zwischen Gesetzgeber, Leistungserbringer und Leistungsträger erarbeitet werden, um praxisferne Vorgaben und Maßnahmen zu vermeiden. Ein Ansatz hierzu ist das Forschungsprojekt zum Entlassmanagement der Abteilung Allgemeinmedizin und Versorgungsforschung der Universitätsklinik Heidelberg zusammen mit der AOK, welches sich mit der Frage beschäftigt, was nötig ist für eine optimale Krankenhausaufnahme und reibungslose Entlassung.

Insgesamt zeigt sich in der Diskussion ein deutliches Votum für eine Stärkung und für den weiteren Ausbau des Entlassmanagements, um den Übergang zwischen stationärer und ambulanter Behandlung für die Patientinnen möglichst reibungslos zu gestalten und damit einen wichtigen Beitrag zum Genesungsfortschritt und zur guten nachstationären Versorgung der PatientInnen zu leisten.

These 2: Eine Angebotsplattform hilft dem Patientenlotsen (Case Manager)

Hinsichtlich des Versorgungsangebots bestehen nach Ansicht der Arbeitsgruppe viele parallele Angebote ohne die notwendige Transparenz. Eine Angebotsplattform erscheint sinnvoll, allerdings müsste die Pflege und Finanzierung der Plattform geklärt und gesichert sein. Die Arbeitsgruppe kann sich den Öffentlichen Gesundheitsdienst oder noch besser das Land als Träger einer solchen Plattform vorstellen. Die Anbieter könnten ihre Angebote selbst regelmäßig updaten um die Aktualität möglichst einfach zu gewährleisten.

Die Qualität und Relevanz der Angebote müsste kontinuierlich überprüft werden, daher sollten Kriterien geschaffen werden, welche Angebote in die Plattform aufgenommen werden.

Hinsichtlich des Aspektes Information und Aufklärung würde eine Angebotsplattform zur Transparenz der Angebotsvielfalt beitragen und könnte auf unterschiedlichen Ebenen sowohl für Lotsen als auch PatientInnen Informationen anbieten und einen gegenseitigen Austausch ermöglichen.

These 3: Eine digitale Patientenakte soll realisiert werden

Die Anmerkungen der Arbeitsgruppe zu dieser These beziehen sich ausschließlich auf den Bereich der **Vernetzung**

Die deutliche Mehrheit befürwortet eine Patientenakte und geht davon aus, dass diese ohnehin kommen wird, da bereits enorme politische Anstrengungen erfolgt sind. Ein Teilnehmer meint, dass die Patientenakte überschätzt werde und dass eine digitale Akte durch gute Kommunikation mit den PatientInnen, FachärztInnen und der Klinik ersetzt werden könne. Konsens besteht über die Selbstbestimmung des Patienten über seine Gesundheitsdaten: nur die Patientin/der Patient bestimmt darüber, welche Informationen an welchen Akteur weitergegeben werden dürfen und wer Einsicht in welche Daten / Ergebnisse / Diagnosen bekommt.

Auch der Patientenlotse sollte auf keinen Fall pauschalen Zugriff auf die Akte haben; erst nach vorheriger (Teil-)Freigabe durch die jeweilige Patientin/ den jeweiligen Patienten, die möglichst im persönlichen Gespräch erfolgen sollte.

3.4.2.3. Arbeitsgruppe C – Bessere Verzahnung zwischen stationärer und ambulanter Behandlung

These 1: E-Health soll weiter ausgebaut werden

Eine Reihe von Anmerkungen der Teilnehmenden lassen sich dem Bereich der **Vernetzung** zuordnen: Oberste Priorität sollte die „Effizienz“ sein. Da der Datenschutz nicht zu 100% garantiert werden kann (auch klassische Patientenakten bergen die Gefahr von Diebstahl und Missbrauch), sollte beim Ausbau von e-Health besonders auf ein effizientes System geachtet werden.

Für das kommende System bietet sich daher eine Unterscheidung zwischen Fallakte und Patientenakte an. Diese Unterscheidung lässt die Möglichkeit zu, bestimmten AkteurInnen Zugriff auf die für sie wichtigen Daten zu gewähren ohne die gesamte Akte mit allen Behandelnden zu teilen. Schwierigkeiten können sich allerdings dann ergeben, wenn entscheidende Informationen aus der Patientenakte nicht in der Fallakte vorliegen (z.B. mögliche Vorerkrankungen).

In diesem Rahmen wird die Patientenakte in Schweden als gutes Beispiel angeführt, bei der eine Sperrung von Informationen durch den Patienten möglich ist.

Insgesamt bietet e-Health aber mehr als nur Informationen wie Patientenakten. Es ist auch vorstellbar, dass die Diagnostik und sogar die Therapie mittels e-Health-System erfolgt, besonders wenn SpezialistInnen nicht in allen Regionen verfügbar sind. Hier kann e-Health der Vermittler zu den Zentren mit Spezialisten oder bildgebenden Verfahren sein.

Die Möglichkeiten, die e-Health in der Versorgung von Kindern- und Jugendlichen bieten kann, gehören thematisch zum Bereich des **Versorgungsangebots**. Gerade beim Übergang zwischen der Kinder- und Jugendmedizin hin zur Erwachsenenmedizin können e-Health-Konzepte als Informationsquelle sehr wichtig sein. Dieser Übergang sollte im Übrigen zeitlich flexibler gestaltet werden, da manche jungen PatientInnen auch nach der Volljährigkeit noch besser im Bereich der Jugendmedizin aufgehoben wären.

Eine baldige einheitliche landesweite digitale Patientenakte wird dringend favorisiert, um nicht kommerziellen Anbietern wie Google oder Apple etc. das Feld zu überlassen mit möglicherweise datenschutzrechtlich intransparenten und sehr heterogenen Angeboten, die dann auf den Markt drängen könnten. Gewünscht wird, dass das Land Baden-Württemberg als Vorreiter sowie als Beispiel für die Bundesebene schnell aktiv wird.

These 2: Die Sektorenübergänge müssen gestaltet werden

Hier beziehen sich die meisten Anmerkungen auf das **Versorgungsangebot**.

Besonders älteren PatientInnen fehlt in zunehmendem Maße die familiäre Unterstützung im Anschluss an die stationäre Versorgung, so dass hier eine Versorgungslücke entsteht, die durch Kurzzeitpflege geschlossen werden muss. Auch der Übergang (Transition) in die Geriatrische Versorgung ist zurzeit noch ungenügend gestaltet.

Bei der Transition von der Jugendmedizin zur Erwachsenenmedizin könnte ein „Case Manager“ oder Lotse durchaus sinnvoll sein. Auch für PatientInnen mit psychiatrischen Krankheitsbildern wird ein Case Manager als sinnvoll angesehen. In diesem Zusammenhang wird über die bestehende Lücke zwischen stationärer und ambulanter psychiatrischer Versorgung berichtet sowie über Schwierigkeiten für einen möglichen Berufseinstieg psychisch kranker Menschen und über Probleme, soziale Anknüpfungspunkte zu finden.

Wenn bereits Strukturen für Übergänge bestehen, sollten diese ausgebaut werden, anstatt den „Case manager“ oder Lotsen als eine neue konkurrierende Struktur zu etablieren.

Eine Versorgung durch (Behandlungs-)Zentren welche sowohl stationäre als auch ambulante Versorgung verknüpft anbieten wird von der Gruppe hingehen als sinnvoll erachtet.

These 3: Fallkonferenzen sollen durchgeführt werden (analog zum Tumorboard)

Die Anmerkungen beziehen sich überwiegend auf den Bereich der **Vernetzung**.

Zunächst sollten Inhalt und Ziel von Fallkonferenzen (wie z.B. für PatientInnen mit chronischen Rückenleiden) geklärt werden, da solche Konferenzen ressourcenintensive (finanzielle/zeitliche) Anforderungen an das Gesundheitssystem stellen. Die Krankenkassen müssten hinsichtlich der Finanzierung kooperationsbereit sein, damit Fallkonferenzen, wenn notwendig und für die individuelle Behandlung einer Patientin/eines Patienten wichtig, implementiert werden können. Fallkonferenzen müssten regional stattfinden. Strukturen für Fallkonferenzen bestehen in der Modellregion des Projekts bereits in vielen Fällen, es müsste allerdings eine aktive Vernetzung der eingebundenen AkteurInnen erfolgen.

Ob eine Teilnahme der PatientInnen, wenn von ihnen gewünscht an solchen Fallkonferenzen sinnvoll ist, sollte je nach Fall und Krankheitsbild entschieden werden. Vorstellbar wäre auch eine zweigeteilte Fallkonferenz mit teilweiser Beteiligung der PatientInnen (besonders bei psychischen Erkrankungen je nach Krankheitsbild sinnvoll).

Ein Vorteil der Fallkonferenzen ergibt sich für den Bereich **der Lebenswelt**: Über Fallkonferenzen könnte auch eine komplexe Problemlage einer Patientin/ eines Patienten Beachtung finden, wie sie sich manchmal bei PatientInnen mit psychischen Erkrankungen darstellt oder bei fehlender familiärer Versorgung.

These 4: Es soll eine ambulante und stationäre Versorgung in stationären Einrichtungen ermöglicht werden

Der Natur der These folgend sind die Hinweise der Teilnehmenden an das **Versorgungsangebot** gerichtet.

Wie bei den Fallkonferenzen sollte hier nach Krankheitsbildern unterschieden und entschieden werden (Onkologie und MVZ bieten beispielsweise ein gutes Potential).

Aktuell erhält der stationäre Behandler keinerlei Rückmeldung zum weiteren Genesungsverlauf nach der Übergabe der PatientInnen in die ambulante Versorgung. Dadurch fehlen den stationären Strukturen hinsichtlich ihrer Qualitätsentwicklung wichtige Rückmeldungen zum Behandlungserfolg und zu möglichen Komplikationen. Ein Behandlungszentrum könnte ein solches Feedback durch räumliche Nähe sicherstellen. (Versorgungs-)Zentren könnten eine Vernetzung von stationärer und ambulanter Versorgung aufbauen und sichern. Rotationen und Personalwechsel im Klinikbetrieb erschweren eine kontinuierliche Feedbackkultur, dafür müssten Lösungen erarbeitet werden.

Die Betrachtung des Ländlichen Raums führt aber auch zu einem Hinweis der die **Lebenswelt** betrifft: Eine Versorgung durch Zentren kann für einzelne Patienten umso mehr zu weiten Wegen führen, da die lokalen Behandlungsmöglichkeiten zu diesen Zentren „abwandern“ könnten. Auch für soziale Aspekte, wie der Besuch durch Verwandte könnten überregional angesiedelte Zentren Nachteile mit sich bringen.

3.4.2.4. Arbeitsgruppe D – Gesundheitsförderung und Prävention neu denken und gestalten

In der **Arbeitsgruppe D** zum Thema der Neugestaltung von Präventionsmaßnahmen und der Gesunderhaltung in der zukünftigen Gesundheitsversorgung wurden den Teilnehmenden vier auf Basis der Vorarbeiten gewonnene Thesen vorgestellt.

These 1: Eine Angebotsplattform und eine Koordinierungsstelle sollen eingerichtet werden

Die gemeinsame Diskussion in der Gruppe ergab dabei folgende Ergebnisse, die sich fast ausschließlich auf den Bereich der **Aufklärung und Information** der Empfehlung beziehen.

Die Reha-Servicestellen der DRV, die Informationen über die Leistungen mehr als nur eines Trägers zentral bündeln und anbieten, werden bisher gut angenommen, allerdings laufen die Finanzierungen aus und die Servicestellen werden 2018 geschlossen. Stattdessen werden zwar die einzelnen Träger alternative (Reha-) Anlaufstellen anbieten – hierbei gehen aber der Vorteil der Bündelung von Informationen sowie die bisher gemachten Erfahrungen verloren. Dabei soll die Zergliederung des (Erfahrungs-)Wissens vermieden werden, da Zentralität der Anlaufstellen / Angebotsplattformen besonders wichtig ist: So können mehr alternative Optionen zur Beratung angeboten werden.

Angebotsplattformen müssen vor allem noch bekannter gemacht werden, um besser wirken zu können. Die aktive Ansprache der PatientInnen muss intensiviert werden, um mehr Menschen mit den bestehenden Angeboten zu erreichen – z.B. durch Integration der Angebote in die schulischen Lehrpläne. Angebot und Nachfrage sollen im Bereich der Gesundheitsförderung durch beidseitigen Informationsfluss ins Gleichgewicht gebracht werden.

Die Auflistung der zentralen Eigenschaften der Angebotsplattform(en) reichen dabei zum Teil auch in die anderen Bereiche des neuen Gesundheitskonzepts:

- Einfache Sprache, um Barrierefreiheit zu erhöhen und insgesamt in mehr verschiedene Sprachen, um Personen mit Migrationshintergrund besser zu erreichen

- Alle drei Modi der Kommunikation müssen genutzt werden: Menschen beraten Menschen (face-to-face), Schriftliche Informationen und Internetinformationsangebote. Vernachlässigt man einen der drei Bereiche, schließt man systematisch gesellschaftliche Gruppen aus.
- Integration der Familienangehörigen, des sozialen Umfelds, aber auch der Kommunen sind zentral für eine erfolgreiche, dauerhafte Ansprache der Bevölkerung (→ **Lebenswelt**)
- Die Plattformen müssen zwar lokal arbeiten, um wichtiges Wissen vor Ort nutzen zu können, aber miteinander vernetzt sein, um Erfahrungen austauschen zu können und alternative Angebote zu kennen/anbieten zu können (→ **Vernetzung**)
- Die Plattform und die Koordinierungsstelle sollten auch eine direkte Terminvereinbarungsfunktion beinhalten. (→ **Versorgungsangebot**)

These 2: Gesundheitsförderung und Prävention sollen im kommunalen Gesundheitsnetz verankert werden

Das **Versorgungsangebot** muss laut der Arbeitsgruppendifkussion wie folgt strukturiert werden: Zentrale Aufgabe für die Gestaltung des Angebots ist es, Konkurrenz zwischen verschiedenen Anbietern/Trägern oder auch Kommunen zu vermeiden – die sonst entstehenden Reibungsverluste zerstören die Motivation der PatientInnen, Präventions- und Gesunderhaltungsangebote auch zu nutzen.

Eine mögliche Option, um gute Gesundheitsförderung besser bekannt zu machen oder mehr in den Fokus zu stellen, wäre ein Zertifikat- oder Siegel-System. Dies würde auch der Qualitätssicherung dienen. Zertifikate könnten im Auftrag der Kommunen von den Stellen vergeben werden, die z.B. auch die „Fair-Trade“ Siegel etc. vergeben. Der Nachteil der Zertifikatslösung ist hingegen, dass es zusätzliches Management für die Kommunen bedeutet und ein weiteres Siegel der Vielzahl solcher Auszeichnungen hinzugefügt würde.

Für die „Profis“, also die Anbieter von Präventionsangeboten, die im Gesundheitswesen arbeiten, müssen diese Angebote auch klar als Arbeitszeit angerechnet werden – zu häufig wird dies nicht getan, weil die Budgets zu knapp sind oder zu wenige Personen zu viele Kurse anbieten müssen.

Im Bereich **Aufklärung und Information** bedarf es eines klaren, fairen Umgangs miteinander, um Präventionsangebote gelingen zu lassen. Dabei ist wichtig, dass alle AkteurInnen – professionelle Anbieter der (Sozial-)Träger, Ehrenamtliche, VertreterInnen der kommunalen Verwaltung und der (Landes-)Politik – gemeinsam agieren und auf Augenhöhe miteinander umgehen. Besonders der respektvolle Umgang mit den ehrenamtlich Tätigen ist ein Punkt, der genauer zu beachten ist, um Präventionsarbeit zu stärken.

Im Rahmen der Diskussion wurde für diese These auch eine Reihe von positiven Fallbeispielen seitens der Teilnehmenden gesammelt, die im Folgenden aufgeführt werden:

- Die „Stadtteiltrunde“ in Stuttgart-Degerloch: Dabei treffen sich VertreterInnen aller sozialen Berufe vor Ort, um aktuelle Probleme, Angebote und die lokalen Erkenntnisse miteinander zu teilen.
- Die Treffen der Selbsthilfegruppen in Aalen werden ebenfalls als wichtige Form des Austausches untereinander bezeichnet – Motivation ist vor allem für ehrenamtliches Handeln ein wichtiger Punkt.
- Der „AK Leben“ bildet auch Jugendliche zu Beratern aus, um nach dem Motto: „Peers help peers“ Angebote und Beratung von und für Gleichaltrige zu realisieren. Dies ist ein besonders guter Ansatz, um die Wirkung der Präventionsarbeit zu steigern.

These 3: Eine Schulgesundheitsfachkraft soll eingeführt werden

Die Diskussion über die Einführung einer Gesundheitsfachkraft für Schulen ergab überwiegend Argumente, die dem Bereich des **Versorgungsangebots** zuzurechnen sind:

Zunächst muss die Gesundheitsfachkraft eine fundierte medizinische Ausbildung haben und soll nicht eine Lehrkraft sein, die eine Weiterbildung sowie einige Deputationsstunden hierfür erhält. Außerdem ist die Ausstattung mit Ressourcen (Räume, Finanzen etc.) wesentlich. Um dieses zu gewährleisten ist eine verpflichtende Vorschrift für eine Schulgesundheitsfachkraft notwendig. Freiwillige Lösungen bringen das Thema kaum weiter da die Schulen, wenn sie von der Politik mit der Einführung alleingelassen werden, aufgrund fehlender Ressourcen den Qualitätsansprüchen nicht gerecht werden können. Im besten Fall ändert die Schulgesundheitsfachkraft etwas am Selbstverständnis der Schule. Gesundheitsförderung sollte neben kognitiver Wissensvermittlung eine wesentliche Rolle spielen. Die politische Ebene, nicht die einzelne Schule ist gefragt, auch für die Forderung die Lehrpläne entsprechend umzugestalten.

Im Bereich der **Lebenswelt** sollte das Ziel eine Art betriebsmedizinisches Angebot für die Schule sein, dessen Zuständigkeitsbereich nicht nur die SchülerInnen, sondern auch Lehrkräfte und (beratend) die Eltern umfasst.

Zum Bereich **Vernetzung** gehört der Wunsch der Teilnehmenden, dass die Schulgesundheitsfachkraft auch die Zusammenarbeit mit den SchulsozialarbeiterInnen, die für den Bereich der psychischen Gesundheit zuständig sind, aktiv sucht, und dass hierfür Mittel bereitgestellt werden.

These 4: Arbeitgeber sollen für Gesundheitsförderung und Prävention Verantwortung übernehmen

Aussagen der Diskussionsrunde hinsichtlich der Integrationsprobleme von Prävention in die Arbeitswelt gehören zum Bereich der **Aufklärung und Information**. Da die bestehenden Gesetze zum betrieblichen Gesundheitsmanagement nur die Großbetriebe erfassen, werden kleinere mittelständische Betriebe kaum erreicht. Diese Betriebe können sich oft Präventionsangebote nicht leisten oder kennen die Möglichkeiten nicht. Trotz dieser Erschwernisse sehen die Teilnehmenden eine steigende Tendenz in der Nutzung von Präventionsangeboten durch kleine Betriebe. Hauptaufgabe bleibt die Verankerung der Vorbeugung im alltäglichen Denken bzw. die Stärkung der Motivation zur Prävention der einzelnen Arbeitnehmer.

Da die Aufklärung über und Motivation zu gesünderer Ernährung ein wichtiger Faktor ist, entwickelten die Teilnehmenden eine Idee, um besonders kleine Betriebe ohne eigene Kantine zu erreichen: Die Auswahl der Gaststätten und Restaurants, in denen ausgegebene Essensmarken genutzt werden können sollte so angelegt sein, dass das dortige Angebot eine gesunde Ernährung nicht nur möglich macht, sondern nahelegt.

Die Gruppe gibt auch den Hinweis, dass gerade kleine Betriebe nicht mit zu geringer Personaldecke agieren sollten, um Überlastungen und psychischen Erkrankungen ihrer Mitarbeiter frühzeitig und systematisch entgegen wirken zu können.

Im Bereich des **Versorgungsangebots** wurden folgende Punkte benannt:

Initiativen der Kommunen könnten Informationen über Präventionsangebote der lokalen Ebene direkt an örtliche Betriebe vermitteln, um deren Bekanntheit weiter zu erhöhen und so durch aktive Ansprache die Teilnahmemotivation zu fördern.

Weitere Möglichkeiten sehen die Teilnehmenden im Ausbau des medizinischen Dienstes der Krankenkassen oder darin, mittels der Berufsgenossenschaften, der IHK sowie der Berufsschulen stärker in den betrieblichen Sektor mit gesundheitsfördernden Maßnahmen hineinwirken zu können.

3.4.2.5. Arbeitsgruppe E – Gesundheitsversorgung der Zukunft

These 1: Multiprofessionelle und interdisziplinäre Behandlungsteams sollen weiterentwickelt werden

Die Anmerkungen zu dieser These liegen überwiegend im Bereich des **Versorgungsangebots**: Grundsätzlich werden multiprofessionelle Teams als etwas Wünschenswertes betrachtet, das bislang allerdings nur stellenweise, v.a. in der Psychiatrie und z.T. auch in der somatischen Medizin, umgesetzt wird. Die Teilnehmenden identifizieren finanzielle Hürden (durch unterschiedliche Kostenträger) sowie systemische Hemmnisse (Datenschutz, Bürokratie, aber auch Widerstand von AkteurInnen im Gesundheitssystem) als Ursache, warum die Umsetzung bisher nicht erfolgt ist. Auch fehlen entsprechende Mitarbeiter für derartige Teams. In der Ausbildung der Nachwuchskräfte sollte das Arbeiten in multiprofessionellen Teams eine größere Rolle spielen. Dabei kommt insbesondere der Pflege und den Pflegewissenschaften eine wichtige Rolle zu. Die Meinungen darüber, ob die Anforderung in Teams zu agieren über eine Akademisierung der Pflegeausbildung zu erreichen sei, über eine Berufsausbildung oder eher mit niederschweligen Hilfen (pragmatischer Ansatz), gehen in der Diskussion auseinander.

Ein wichtiger Punkt, um Blockaden zu lösen, wäre die Klärung der Rollenverteilung aller beteiligten AkteurInnen untereinander, eine Empfehlung, die den Bereich der **Vernetzung** betrifft.

Zur **Lebenswelt** gehört wiederum der Aufruf, die heimische Pflege durch Angehörige als bindendes Glied anzuerkennen und zu stärken, sowie längerfristige (über 5 Jahre) Pflegezeiten für die Angehörigen (rententechnisch) anzuerkennen.

These 2: Es sollen Primärversorgungszentren und zertifizierte Kompetenzzentren gebildet werden.

Die Anmerkungen der Teilnehmenden passen zum Bereich der **Vernetzung**: Kompetenzzentren werden grundsätzlich positiv gesehen und werden gerade von jungen ÄrztInnen gewünscht. Diese Form der Zusammenarbeit hilft, uneindeutige Symptomkomplexe in der richtigen Weise zu interpretieren und in multiprofessionellen Teams zu behandeln, aber auch Formen der Telemedizin einzubeziehen. Hemmnis ist das sektorale Vergütungssystem, das solche Versorgungsformen nicht oder kaum ermöglicht. Zudem sind finanzielle Ressourcen für die Bildung von Netzwerken nicht verfügbar.

Daran anschließend wird für den Bereich des **Versorgungsangebots** festgestellt, dass ohne eine Beteiligung der Kostenträger, aber auch der Kommunen (da es sich um regionale Lösungsmodelle handeln soll) keine signifikanten Änderungen eintreten werden. Auch die Zeiträume in denen solche Änderungen umgesetzt werden können, werden von den Teilnehmenden eher vorsichtig mit 15-20 Jahren geschätzt. Die digitale Patientenakte ist hierfür ein wichtiger Baustein. Auch die Bedeutung der Telemedizin wird in diesem Rahmen diskutiert, allerdings gibt es keine einheitliche Position, ob Telemedizin im Kontakt zu den PatientInnen oder der digital gestützte Kontakt unter den ÄrztInnen gemeint ist.

These 3: Nachsorge ist das aktuelle Problem einer segmentierten Versorgung

Alle Hinweise in Bezug auf diese These werden von den Teilnehmenden im Bereich des **Versorgungsangebots** gemacht: Es wird auf Fehlversorgungen im Bereich der Onkologie hingewiesen, wobei sich die Anwesenden uneins sind, inwiefern Kompetenzzentren hierzu bereits einen positiven Beitrag leisten oder nicht. Von einigen Teilnehmenden wird gefordert, die Zertifizierungen von Kompetenzzentren wieder abzuschaffen, da sie keinen Mehrwert darin erkennen (Intransparente Zertifizierungsprozesse), andere Teilnehmer sehen im Bereich der Onkologie jedoch einen entschiedenen Mehrwert.

Außerdem wird festgestellt, dass die Pflege an einigen Stellen grundsätzlich überfordert ist, an anderen Stellen spezifisch, Stichwort blutige bzw. zu frühe Entlassungen. Als Ursache wird ein Zeit-, Geld- und ein Bürokratieproblem festgestellt. Für die fehlenden Strukturen fehle die Finanzierung, die auch zum Aufbau neuer Kompetenzen nötig sind. Außerdem wird auf die Verantwortung der Kommunen verwiesen, da die Versorgung immer an die lokalen Bedürfnisse angepasst sein müsse.

These 4: Transparenz über die Angebote schaffen

Die Antworten gehören zum Bereich **Aufklärung und Information**: Diese These wird zunächst unterstützt, wobei in der Gruppe darauf verwiesen wird, dass aktuell schon bestehende Informationssysteme, wie z.B. Onlineabfragen nicht genutzt werden, weder von PatientInnen noch von ÄrztInnen. Bei der Empfehlung von Angeboten müsse ferner der Faktor Mensch berücksichtigt werden, nicht jedes Angebot werde von jedem als gleich gut wahrgenommen.

Zuletzt werden die Gesundheitsämter vorgeschlagen als zentrale Anlaufstelle für den Kompetenzaufbau im Bereich „Angebote“.

3.4.2.6. Abschließende Podiumsdiskussion

Teilnehmende des Podiums in alphabetischer Reihenfolge:

Herr Dr. med. Jan-Ove Faust

Direktor Medizin und Pflege der Oberschwabenklinik gGmbH

Frau Bärbel Handlos

Vertreterin vom LAG KISS (Landesarbeitsgemeinschaft der Kontakt- und Informationsstellen für Selbsthilfegruppen) – Leiterin Abschnitt Mannheim

Frau Dr. med. Bettina Jäpel

Chefärztin Allgemeinpsychiatrie - ZfP Südwürttemberg

Herr Minister Manfred Lucha, MdL

Minister für Soziales und Integration Baden-Württemberg

Herr Roland Sing

Vizepräsident VdK Deutschland und Landesverbandsvorsitzender VdK Baden-Württemberg

Frau Dr. med. Nora Volmer-Berthele

Leiterin Rehabilitationsklinik für Kinder und Jugendliche Wangen

Die Redebeiträge der Podiumsdiskussion im Rahmen des Abschlussdialoges lassen sich wie folgt gliedern:

Für den Bereich **Lebenswelten** weist ein Teilnehmender auf das Selbstbestimmungsrecht der PatientInnen hin. Eine Optimierung der Gesundheitsversorgung dürfe nicht zu weniger Eigenverantwortung führen, es gelte das Postulat der Selbstbestimmung, was bei allen Überlegungen und insbesondere bei der Ausgestaltung der elektronischen Patientenakten mitbedacht werden müsse. Ein thematisch daran anschließender Beitrag aus dem Bereich der Lebenswelten verweist auf die unumgänglichen Herausforderungen der zunehmenden Digitalisierung, der sich insbesondere der öffentliche Sektor, als Gegengewicht zum privatwirtschaftlichen Sektor, stellen müsse. Reagiere der öffentliche Sektor an dieser Stelle zu langsam, sei die Gefahr einer vermehrten Übernahme medizinischer Dienstleistungen von Privatunternehmen zu befürchten, was wiederum bedeute, dass sich sensible medizinische Daten zunehmend, durch teils undurchsichtige Datenschutzrichtlinien im privatwirtschaftlichen Bereich, der Kontrolle der Patientinnen und Patienten entzögen.

Weitere Hinweise, die sich im weitesten Sinne auf die Lebenswelten von beruflich im Gesundheitswesen Tätigen zurückführen lassen, betreffen deren Denkblockaden.

So wird zum einen ein stellenweise vorhandenes Konkurrenzdenken, sowohl innerhalb wie auch zwischen Institutionen im Gesundheitswesen, festgestellt, dem entgegengewirkt werden müsse, zum anderen sollte ein produktiver Kompromiss zwischen den rein akademischen Ansätzen an Universitäten und den rein „hemdsärmeligen“ Ansätzen aus der Praxis gefunden werden. Weitere Anmerkungen postulieren eine neue Denkrichtung in Bezug auf die grundsätzliche Ausrichtung des Versorgungskonzeptes. Es müsse mehr „vom Patienten her“ gedacht werden, und nicht so sehr im Eigeninteresse bestimmter AkteurlInnen.

Im Bereich der **Vernetzung** wird vornehmlich auf die elektronische Patientenakte eingegangen. Anknüpfend an die Forderung nach mehr Selbstbestimmung der PatientInnen wird von einem Teilnehmenden gefordert, dass die Ausgestaltung und der Umfang der Patientenakte ausschließlich von den PatientInnen und von keiner dritten Partei bestimmt werden solle. Als Reaktion auf das bisherige Scheitern der Einführung einer Patientenakte auf Bundesebene wird eine regional begrenzte Testphase vorgeschlagen, um zukünftige Hürden für die Einführung zu verkleinern.

Bezüglich der Verbesserung des **Versorgungsangebotes** wird das Entlassmanagement der Krankenhäuser thematisiert. Der zunehmende soziale Strukturwandel durch den demografischen Wandel bei gleichzeitiger Erosion traditioneller Familienstrukturen stelle viele Krankenhäuser vor große Herausforderungen. Besonders deutlich werden diese Schwierigkeiten beim Entlassen der PatientInnen aus einer stationären Behandlung in eine ambulante Weiterbehandlung. Es sei festzustellen, dass die dafür nötigen sozialen Strukturen, wie etwa Familienanbindung, bei vielen Menschen zunehmend weniger ausgeprägt seien. Diese werde nach dem Entlassen aus den Krankenhäusern oftmals nicht etwa „von ihrer Familie aufgefangen“, sondern seien auf institutionalisierte Hilfe z.B. in Form von Sozialstationen angewiesen, die demzufolge in ausreichendem Maße vorhanden sein müssten.

Außerdem sollten, so ein weiterer Hinweis, Versorgungsangebote im Hinblick auf eine flexiblere Budgetierung überdacht werden, innerhalb derer es auch möglich sein muss, nötige medizinische Maßnahmen mittels einer temporäre Finanzierung im Interesse der PatientInnen veranlassen zu können.

Nach der Öffnung des Podiums für Zuschauerfragen werden die Bereiche **Lebenswelt** (Zusammenarbeit Bundesagentur für Arbeit, bzw. Jobcenter und Gesundheitswesen), **Versorgungsangebot** (Ver-

besserung der Zusammenarbeit von Behandelnden und Selbsthilfegruppen/ Überlappung medizinischer Versorgung) und **Information und Aufklärung** (Verbreitung bestehender Informationsangebote) thematisiert.

3.5. Zusammenführung der Ergebnisse von Teilprojekt 2a und b

Zur übergreifenden Auswertung von Teilprojekt 2a und b wurden die Ergebnisse der AG-Sitzungen pro Krankheitsbild und Landkreis sowie die Ergebnisse der Fokusgruppen in einer gemeinsamen Tabelle zusammengeführt (siehe Tabellen auf den folgenden Seiten sowie Tabellen 2.3.1. ff. im Anhang von Teilprojekt 1) und mit den Ergebnissen der Dialogveranstaltung abgeglichen.

Ergebnisse

Tabelle 39: Zusammenfassung der Ergebnisse, Krankheitsbild Anorexie

Gesundheitsförderung und Prävention	Vernetzung	Versorgungsangebote
Überregionale Zentrumsversorgung	Gründung Netzwerk Anorexie incl. Präventionsnetzwerk (Verbesserung der Kommunikation und Kooperation) Vernetzung des überregionalen Kompetenzzentrums mit regionalen AkteurInnen Gründung Netzwerk Anorexie landkreisintern	Einführung, bzw. Verbesserung des Entlassmanagements Einrichtung eines Kompetenz-Zentrums für Anorexie in Süd-Württemberg incl. Case Management und Entlass Management Übergangsphase vom stationären in den ambulanten Bereich optimieren Einführung Interimsversorgung Übergang zwischen stationärer und ambulanter Versorgung funktioniert nicht immer reibungslos
gesellschaftsweit mehr Sensibilität für die Erkrankung schaffen um die Stigmatisierung zu reduzieren	Einführung eines Lotsen/ Koordinators/ Case Managers Einführung Case Management Einführung eines Lotsen / einer Begleitung für die Lebenswelten Case Manager als Teil des Versorgungsteams Begleitung von professioneller Seite nötig	Ausbau des (aufsuchenden) Angebots für Betroffene und Angehörige (z.B. Home Treatment) Bedarfsgerechte Versorgungsangebote sicherstellen: Neujustierung der ambulanten Bedarfsplanung Ausbau des Angebots für Betroffene und Angehörige Jugendämter als beratende Partner der Eltern; Jugendlichen stärker in ihrem alltäglichen Lebensumfeld therapieren
Initiierung präventiver Impulse aus dem überregionalen Kompetenzzentrum	Transitionssprechstunde Einführung Transitionssprechstunde bei Jugendlichen mit chronischen Erkrankungen (einschl. psychischer Erkrankungen)	Transparenz der e- Health Angebote E-Health-Angebote unter fachlicher Leitung Transparenz der Angebote
Selbsthilfegruppen stärken, sie sind Stütze und Orientierungspunkt für Angehörige	Verbesserung des Schnittstellenmanagements im Gesundheitssektor zur Pädagogik Verbesserung des Schnittstellenmanagements aus dem Gesundheitssektor in die Pädagogik Qualitätszirkel Schulen als wichtige Vermittler für Informationen mit einbeziehen	Therapeutenmangel beseitigen – es vergeht zu viel Zeit bis freie Therapieplätze vermittelt/gefunden werden

Ergebnisse

Förderung und Vernetzung mit bestehenden Kompetenzzentren (Landkreis Tübingen)		Vergütungssystem für empfohlene Therapien anpassen
		Überarbeitung und Neujustierung der Voraussetzungen ambulanter Bedarfsplanung abgestimmte Bedarfsplanung / Krankenhausplanung - sektorenübergreifende Bedarfsplanung
		Einzelfallentscheidungen der Krankenkassen wünschenswert
		statische Gewichtsobergrenzen für Aufnahme in Fach-Kliniken flexibilisieren
Vernetzung des überregionalen Kompetenzzentrums mit regionalen AkteurInnen		neue Wohnformen

schwarz: HE, die in die landkreisübergreifende Sitzung eingebracht wurden, blau: HE LK Biberach, orange: HE LK Ravensburg, grün: HE LK Reutlingen, rot: Patienten-Fokusgruppe

Ergebnisse

Tabelle 40: Zusammenfassung der Ergebnisse, Krankheitsbild (chronischer) Kreuzschmerz

Gesundheitsförderung und Prävention	Vernetzung	Versorgung
<p>Verstärkte Prävention an Schulen und KiTas Verstärkte Prävention in den Lebenswelten (Schulen, Kommunen, Betriebe) Integration „Gesundes Leben“, Bewegung, Erlernen von Sozialkompetenzen, Umgang mit Stress, etc. in den Lehrplan Schulsport und allgemeine Bewegung fördern</p>	<p>Einrichtung einer elektronischen Angebotsplattform</p>	<p>Kompetenzzentren Rückenschmerz Multimodales Kompetenzteam Schmerz Kompetenzzentrum Rückenschmerz Patient holistisch wahrnehmen und entsprechend behandeln, Diagnose nicht auf radiologische Untersuchung reduzieren</p>
<p>Informationsmaterialien für die Öffentlichkeit/Aufklärungsarbeit Grundlegende Informationen zum Thema Schmerz über geeignete Medien (z.B. Kurzfilm, Spot), um Chronifizierung entgegen zu wirken Überregionale Angebotsplattform für gesundheitsförderliche und präventive Angebote Informationsmaterialien für die Öffentlichkeit Verstärkung der Aufklärungsarbeit „Gesunde Lebensführung“ und der Selbstmotivation</p>	<p>Koordination der Behandlung (Case Management) Ressourcenbereitstellung für Hausarztpraxis für Case Management Koordination der Behandlung (Case Management), im Idealfall über den Hausarzt Case Manager</p>	<p>Unterstützung der haus- und fachärztlichen Tätigkeit (Delegation; Kompetenzübertragung auf weitere Fachberufe) Strukturierte Erfassung von Risikofaktoren für die Schmerzchronifizierung als Modul, um chronische Schmerzen besser zu verhindern Case Management Case Manager Therapie- und Ergebnisverantwortung für Physiotherapeuten</p>
<p>Schulgesundheitsfachkräfte Gesundheitskompetenz als Schulfach Schulgesundheitsfachkräfte</p>	<p>Interdisziplinärer fachlicher Austausch Interdisziplinärer Austausch mit Verankerung im DMP Wertschätzung des bestehenden multimodalen Schmerztherapie-teams, das sich regelmäßig zu Fallkonferenzen trifft</p>	<p>Einführung eines Disease-Management-Programmes Einführung DMP Schmerz</p>
<p>Schaffung von Sport- und Bewegungsangeboten und Schaffung von Transparenz über Angebote, die für „jeder-mann“ zugänglich sind Schulsport und allgemeine Bewegung fördern Eigeninitiative des Patienten stärken da wichtig für eine dauerhafte Mobilität</p>	<p>Vernetzung und Kommunikation / Telemedizin Verbesserung des Übergangs zw. stationärer, ambulanter Behandlung und Rehabilitation Verbesserung der Vernetzung und Kommunikation; Telekommunikation sollte verstärkt stattfinden (können)</p>	<p>Alltagspraktische Beratung zu Hilfsmitteln und Übungen Alltagspraktische Beratung zu Hilfsmitteln und Übungen durch Physiotherapeuten im häuslichen Umfeld Neutrale sozialrechtliche Beratung ausbauen</p>

Ergebnisse

<p>Vergütung Präventionsarbeit für Haus- und Fachärzte</p>	<p>Gemeinsamer Datenaustausch / Digitale Patientenakte Digitale Patientenakte Zentrale Speichermöglichkeit für Austausch von Patientendaten Diagnosen digital übermitteln und speichern</p>	<p>Anpassung der Vergütung der Behandler (auch im Hinblick auf Vernetzung) Zusatzvergütung bei Patienten mit hohem Behandlungs- / Beratungs- und Gesprächsaufwand sowie Präventionsarbeit Effektivität einer Therapie sollte als Maßstab für die Kostenübernahme wichtiger sein Therapeutenausbildung zu teuer/Privatfinanziert, dies erhöht den Kostendruck so dass Privatpatienten bevorzugt werden</p>
<p>Koordination der Angebote durch Kommunen, Krankenkassenversicherung, Öffentlichen Gesundheitsdienst</p>	<p>Schaffung von Transparenz der bereits durchgeführten Behandlungen und Therapie</p>	<p>Budgetierung / Abschaffung der Budgetierung für chron. Kreuzschmerzen Vermeidung der budgetbedingten Weiterleitung von Patienten. Bei chronischen Kreuzschmerzpatienten sollte es keine Budgetierung geben. Abrechnungsregeln reformieren da mehr Flexibilität in der Behandlung chronischer Kreuzschmerzen nötig manuelle Therapie und Osteopathie in Leistungskataloge integrieren Zwangspausen zwischen Verschreibungen passen nicht zu Bedürfnisstruktur der Patienten</p>
	<p>zentrales Ranking bzw. Übersicht über therapeutische Angebote sollte von unabhängiger Seite zur Stärkung der Selbsthilfe des Patienten</p>	<p>Schnellere Diagnosen ermöglichen (hierzu den Vorgaben der Nationalen Versorgungsleitlinie folgen)</p>
		<p>Niederlassung von Haus- und Fachärzten fördern</p>
		<p>Nachsorge/Versorgung zu Hause sicherstellen</p>
		<p>Erreichbarkeit der AkteurInnen /Angebote mit öffentlichen Verkehrsmitteln sicherstellen</p>
		<p>abgestimmte Bedarfsplanung / Krankenhausplanung - sektorenübergreifende Bedarfsplanung</p>

schwarz: HE, die in die landkreisübergreifende Sitzung eingebracht wurden, blau: HE LK Biberach, orange: HE LK Ravensburg, grün: HE LK Reutlingen, rot: Patienten-Fokusgruppe

Ergebnisse

Tabelle 41: Zusammenfassung der Ergebnisse, Krankheitsbild Darmkrebs

Gesundheitsförderung und Prävention	Vernetzung	Versorgungsangebote
<p>Stärkung der Motivation zur Prävention (z.B. Reminding der KK an Patienten (analog Mamma-Screening))</p> <p>Kontaktaufnahme aller Personen ab 55 Jahre mit Hinweis zur Darmkrebsprävention durch unabhängige Stelle</p> <p>Stärkung der Motivation zur Prävention, z.B. Einführung Vorsorgepass</p>	<p>Verbesserung der Zusammenarbeit / Kooperation der Behandelnden, z.B.</p> <p>Behandlungskordinator, Telematik</p> <p>Verbesserung der Kommunikation und der Zusammenarbeit</p> <p>Ausbau der Telematik / Telemedizinische Möglichkeiten (z.B: Leberchirurgie)</p> <p>Doppelmedikamentationen oder überflüssige Verschreibungen vermeiden durch klare Zuständigkeiten</p>	<p>Rehabilitation und Nachsorge vereinfachen/verbessern (z.B. Einführung Nachsorgepass)</p> <p>Nachsorgepass</p> <p>Rehabilitation und Nachsorge vereinfachen / verbessern</p> <p>Vereinfachung und Beschleunigung der Antragsstellung</p> <p>Einführung Nachsorgepass</p> <p>Erhalt der Finanzierung der Brückenpflege</p>
<p>Verstärkte Aufklärung der Öffentlichkeit</p> <p>Aufklärung der Öffentlichkeit z.B. durch regionale Aktionstage</p> <p>Akzeptanz der Vorsorgeuntersuchung erhöhen (bewerben und aufklären)</p> <p>Verstärkte Aufklärung der Öffentlichkeit</p> <p>Früherkennung auch stärker in Medien bewerben</p>	<p>Case Management an den Hausarztpraxen ansiedeln und Anreize dafür schaffen</p> <p>zentrale Stelle sollte Patienten auch zu räumlich entfernteren Spezialisten je nach Lage des Falles vermitteln</p>	<p>(Weiter-) Finanzierung der psychosozialen Krebsberatungsstelle</p> <p>Sicherstellung der psychosozialen Krebsberatung mit regionalen Angeboten</p> <p>(Weiter-) Finanzierung der psychosozialen Krebsberatungsstelle</p> <p>Finanzierung einer psychosozialen Krebsberatungsstelle</p> <p>Krebsdiagnose immer mit einem beratenden und über Behandlungsmöglichkeiten aufklärenden Gespräch systematisch verbinden</p>
<p>Ausbau und Koordination der Gesundheitsförderung und Prävention</p> <p>Regionale Koordination der Gesundheitsförderung und Prävention</p> <p>Ausbau von Gesundheitsförderung und Prävention (in Schulen, Kitas, Betrieben, Rehakliniken, Kommunen)</p> <p>Einführung Schulgesundheitsfachkraft</p> <p>Gesundheit in den Lehrplan integrieren</p> <p>Systematische Präventionsuntersuchung durch Hausärzte</p>	<p>Koordinierungsstelle und Lotse sollte das Darmkrebszentrum sein</p> <p>Verbesserung der Koordination der verschiedenen Leistungsanbieter</p>	<p>Wiedereingliederung ins Berufsleben durch Kenntnisse über Bedarfe der Betroffenen verbessern</p>

Ergebnisse

<p>Förderung der gezielten Identifikation von Risikogruppen</p> <p>Gezielte Identifikation von Risikogruppen in gastroenterologischen und gynäkologischen Praxen</p> <p>Verbesserung der Inanspruchnahme von Früherkennungsleistungen</p> <p>Etablierung Informationen über Darmkrebsfrüherkennung in BGM</p> <p>wertvolle Beratung über familiäre Disposition für die Angehörigen betroffener Patienten weiter ausbauen</p>		<p>Transparenz über Versorgungsangebot herstellen</p> <p>Steuerung der Patientenströme in zertifizierte onkologische Zentren</p>
<p>Einführung einer Schulgesundheitsfachkraft</p>		<p>Behandlung nur in zertifizierten Darmkrebszentren</p>
<p>Webseite mit einer Übersicht über Stand der Forschung sowie damit verknüpften Behandlungsmethoden zur Information von Betroffenen anbieten</p>		<p>Elemente der alternativen Medizin in Therapieangebot mit aufnehmen</p>

schwarz: HE, die in die landkreisübergreifende Sitzung eingebracht wurden, blau: HE LK Biberach, orange: HE LK Ravensburg, grün: HE LK Reutlingen, rot: Patienten-Fokusgruppe

Ergebnisse

Tabelle 42: Zusammenfassung der Ergebnisse, Krankheitsbild Demenz

Gesundheitsförderung und Prävention	Vernetzung	Versorgungsangebot
<p>Verstärkte Aufklärung der Öffentlichkeitsarbeit Bessere Aufklärung der Öffentlichkeit über Medien (z.B. Filme usw.) auf Bundesebene Verstärkte Aufklärung der Öffentlichkeit; generationsübergreifende Sensibilisierung und Schaffung von Teilhabemöglichkeiten Verstärkung der Öffentlichkeitsarbeit Ausbau der Beratungs- und Informationsarbeit → Pflegestützpunkt Gesellschaftsweites Verständnis für Demenz fördern und für Verständnis werben</p>	<p>Schaffung/Stärkung von Netzwerken; Transparenz/Zusammenschluss von Netzwerken; Case Management/Koordination/Demenzlotse Stärkere Einbindung der Quartiere/Kommunen, z.B. unterstützt durch Gemeindefrauen Netzwerk Demenz besser ausbauen Case Management durch Hausarztpraxis (z.B. über Aufgabenausweitung der Versorgungsassistenten) Einbindung des Quartiers/der Kommune → Sozialraumorientiertes Quartiersmanagement ist wichtig Netzwerk (Demenz) stärken und an bestehende Strukturen anknüpfen Case Management durch Hausarzt zusammen mit Demenzberaterin oder durch Pflegestützpunkt mit ZUHAUSE LEBEN-Stellen (→ Ausbau von Kapazitäten nötig) Gesundheitsstützpunkt/Koordinationsstelle einrichten Netzwerke Demenz auf der operativen Ebene Alterspsychiatrie → übergeordnetes Netzwerk Alterspsychiatrie</p>	<p>Verbesserung der Betreuung im häuslichen Umfeld; Aufwertung und Ausbau der Pflegeberufe; Qualitätssicherung. Transparente Zertifizierung von Betreuungs- und Pflegepersonal Ausbau niederschwelliger (adressatenorientierter) Angebote (für Angehörige) Schaffung adressatenorientierter/ zielgruppenspezifischer Angebote Ausbau des niedrigschwelligen Angebots für Angehörige und Betroffene „Gemeindearbeit“ für und mit Demenzpatienten „Gemeindekrankenschwester“ Ausbau niederschwelliger Angebote Betreuung und Ansprache der Patienten jenseits medizinisch notwendiger Pflege muss erfolgen Pflege muss personell konstanter aufgestellt werden, häufige Wechsel schaffen Verunsicherung</p>
<p>transparentere Zertifizierung von Pflegepersonal notwendig</p>	<p>Ausbau Telematik</p>	<p>Verbesserung des Entlass-Managements, Ausbau der Brückenpflege Bessere Kommunikation an den Schnittstellen soll auch Gegenstand der Forschung sein Ausbau der Brückenpflege für Demenzpatienten /Demenzlotse nach KH-Aufenthalt Betreuungsangebote flexibler gestalten, Unterstützung erleichtert familiäre Pflege</p>

Ergebnisse

<p>Selbsthilfegruppenangebot ausbauen um Betroffene und / oder Angehörige besser zu informieren und zu unterstützen</p>	<p>Digitale Patientenakte Digitale Patientenakte (alle LK) Übersicht von Patientendaten über Krankenversicherungskarte oder gesammelte Arztbriefe herstellen Verordnete (Doppel-) Medikation sollte regelmäßig überprüft werden um Folgeschäden zu vermeiden</p>	<p>Schaffung neuer Wohnformen Verbesserung der heimortnahen Betreuungs- und Versorgungslandschaft Innovative Ideen für kurzfristige Entlastungsangebote für pflegende Angehörige Schaffung von ausreichend entlastenden und finanzierbaren Angeboten, um Angehörige zu entlasten (Kurzzeitpflege, stundenweise Betreuung, Nachtpflege...) Es besteht dringender Handlungsbedarf bei der 24-Stunden-Versorgung in Bezug auf Strukturierung und Steuerung von Haushaltshilfen Schaffung neuer Wohnformen</p>
	<p>Medikation darf (aus Kostengründen) Betreuung nicht ersetzen</p>	<p>Verbesserung der Angebote/Qualifizierung der Mitarbeiter in med. Einrichtungen Schulung für Fach- und Hausärzte zum Thema Demenz Einführung eines DMP- Demenz Sensibilisierung der (Fach-) Ärzte bzgl. besonderer Bedürfnisse von Demenzerkrankten Menschen</p>
		<p>Personal- und Ressourcenmangel entgegenwirken Personal- und Ressourcenmangel entgegenwirken Aufwertung und Ausbau der Pflegeberufe zum Abbau Pflegekräftemangel</p>
		<p>Schaffung von Transparenz über Angebote → unabhängige Koordinierungsstelle → Beratungsstellen bleiben erhalten</p>
		<p>Hilfsmittel müssen unbürokratischer gewährt (Überlastung pflegender Angehöriger) und flexibler eingesetzt werden (Umwidmungen bewilligter Gelder) um effektive zu wirken</p>

schwarz: HE, die in die landkreisübergreifende Sitzung eingebracht wurden, blau: HE LK Biberach, orange: HE LK Ravensburg, grün: HE LK Reutlingen, rot: Patienten-Fokusgruppe

Ergebnisse

Tabelle 43: Zusammenfassung der Ergebnisse, Krankheitsbild Depression

Gesundheitsförderung und Prävention	Vernetzung	Versorgung
<p>Betriebliches Gesundheitsmanagement Einführung BGM in kleine und mittelständische Betriebe</p>	<p>Netzwerkgründung inclusive Einrichtung einer Koordinationsstelle/-plattform Zusammenarbeit der Lebenswelten und Vernetzung über die Gesundheitskonferenz Einrichtung einer Koordinationsstelle/-plattform, die Aufschluss über Therapieangebote und freie Plätze gibt Ausbau Netzwerk Psychiatrie Vereinigung zu einem Netzwerk Psychiatrie Zentrum für Psychiatrie</p>	<p>Home Treatment (z.B. Einrichtung eines mobilen Teams) Mobiles und flexibles interdisziplinäres Team (ggf. aufsuchend) Ressourcen für Akut- und Krisenversorgung Stärkung der aufsuchenden Hilfen → Personelle Aufstockung niederschwellige Hilfsangebote schaffen, die den Patienten ein schrittweisen Wiedereinstieg in den Alltag ermöglichen</p>
<p>Aufklärung der Bevölkerung Einsatz von Medien auf bundesweiter Ebene (Werbespots, Fernsehserien, Talkshows usw.) zur Sensibilisierung Vermehrte Aufklärung der Bevölkerung über die Erkrankung Multiprofessionelle Veranstaltungen für Kinder und Jugendliche Multiprofessionelle Infoveranstaltungen zum Thema Depression und Leistungserbringung in der Schule, im Beruf und in der Familie Beratung und Aufklärung (Infoabende) VOR der Diagnose anbieten, damit Bewusstsein stärken Depressionen v.a. in ländlichen Gebieten noch zu wenig ein Thema Öffentlichkeitsarbeit gesellschaftsweit und Abbau des Stigma sind Vorbedingung für effektive Prävention und bessere Genesung Betroffener</p>	<p>Telemedizin/Telematik</p>	<p>Interimsversorgung/Ausbau Gruppentherapieangebote Sektorenübergreifender Versorgungsauftrag/IV-Modell Gruppentherapie, auch zur Überbrückung der Wartezeit auf einen Therapieplatz, ausbauen mehr ambulante Therapieplätze und Therapeuten nötig für eine Versorgung ohne lange Wartezeiten.</p>

Ergebnisse

<p>Schulgesundheitsfachkräfte Einführung Schulgesundheits- und Krankenpfleger/in an Schulen ISchulen mehr Informationen über Depression und v.a. über Prävention und Anti-Stress-Training anbieten Schulpsychologen gezielt schulen.</p>	<p>Case Management Case Management durch die Hausarztpraxis Einführung eines (unabhängigen) Case Managements Case Manager / Patientenbegleiter Case Manager = Begleitung des Patienten durch Therapieangebote und Phasen, da nötige Eigeninitiative zur Therapieorganisation und für Behördenkommunikation z.T. fehlt</p>	<p>Vergütung sowie Bedarfsplanung der Haus- und Fachärzte anpassen Möglichkeiten für Gruppentherapien überdenken Personelle Ressourcen und Vergütung anpassen (Anreize für Niederlassung von Psychiatern) Überarbeitung der Bedarfs- / Versorgungsplanung Abstimmung der ambulanten Bedarfsplanung und stationären Krankenhausplanung</p>
<p>Regionale Koordination der Präventionsangebote Gesundheitsförderung als politische Aufgabe: Initiierung in der Kommune sowie auf Landes- und Bundesebene (z.B. BZgA)</p>	<p>Verbesserung der Kommunikation zwischen den Behandlern Verbesserung der Kommunikation zwischen den Behandelnden Einführung Transitionssprechstunde bei Jugendlichen mit chronischen Erkrankungen (einschl. psych. Erkrankungen) sowie Übergang zwischen Erwachsenenmedizin und Geriatrie</p>	<p>Entlass-Management Ressourcen für Genesungsbegleiter</p>
<p>Transparenz über regionale Angebote über Angebotsplattform Schaffung Transparenz aller Angebote Neutrale, zentralisierte Informationsstelle über Therapieangebote schaffen</p>	<p>Informationsblatt für erste Schritte nach dem stationären Klinikaufenthalt erstellt und systematisch an die Patienten verteilen</p>	<p>Stärkung der Aus-, Weiter-, Fortbildung Schulungen der Praxismitarbeiter zur Früherkennung der Depression Fortbildungen für Hausärzte</p>
<p>Ausbau der Maßnahmen für Ältere unter Einbezug von Multiplikatoren</p>		<p>Unterstützung arbeitsloser Betroffener beim Wiedereinstieg in das Berufsleben Hilfe für Selbstständige bei Wiedereingliederung in Arbeitsleben</p>
<p>Integration eines Schulfaches „Gesundheit“ in den Lehrplan</p>		<p>Bürokratie im Bereich der Psychotherapie abbauen Mehr Hilfe durch soziale Dienste schaffen, da die Patienten mit der Koordination der eigenen Versorgung/ Therapie überlastet sind</p>

schwarz: HE, die in die landkreisübergreifende Sitzung eingebracht wurden, blau: HE LK Biberach, orange: HE LK Ravensburg, grün: HE LK Reutlingen, rot: Patienten-Fokusgruppe

Ergebnisse

Tabelle 44: Zusammenfassung der Ergebnisse, Krankheitsbild Diabetes

Gesundheitsförderung und Prävention	Vernetzung	Versorgung
<p>Schulgesundheitsfachkraft an Schulen</p> <p>Ausbau der bestehenden Präventionsprojekte an Schulen und Kindergärten, um Lebenswelten umfassend zu erreichen</p> <p>Schulgesundheitsfachkräfte zur nachhaltigen Unterstützung der Pädagogen</p> <p>Einführung einer Schulgesundheitsfachkraft</p> <p>Einführung Schulgesundheitsfachkraft an Schulen</p> <p>Schulsport und allgemeine Bewegung im Rahmen der Prävention fördern</p>	<p>Einrichtung eines sektorenübergreifenden „Diabetes-hauses“</p> <p>„Diabeteshaus“ mit viel Fachkompetenz an einem Ort einrichten.</p> <p>Zusammenarbeit in multiprofessionellen Teams /Vernetzung (incl. Podologen und Optikern)</p> <p>Koordination der Behandlung / Case Management incl. webbasierter Koordinationsstelle</p> <p>Case Management über Hausarztpraxis und webbasierte Koordinationsstelle</p> <p>Bessere Vernetzung des Versorgungsteams</p> <p>Case Manager wird gewünscht und sollte als unabhängige Stelle neu geschaffen werden. Das Case Management sollte nicht von der einzurichtenden Koordinierungsstelle durchgeführt werden.</p> <p>Case Manager wird nicht im Kommunikationskanal zwischen Ärzten und Patient gesehen, sondern als Berater, der als Lotse durch das Gesundheitssystem leitet.</p> <p>Ausbau und Vereinheitlichung des Kommunikationsnetzwerkes</p> <p>Patienten-Begleiter oder -Berater, der Patienten Informationen zu diabetikerrelevanten Themen und Veranstaltungen gibt</p> <p>Hilfestellung bei Organisation von Vorsorgeuntersuchungen</p>	<p>Verbesserung der Versorgung bestimmter Patientengruppen (z.B. Nachbetreuung älterer Menschen nach stationärem Aufenthalt)</p> <p>Versorgungsstrukturen für übergewichtige Jugendliche</p> <p>Kostenübernahme einer ambulanten psychotherapeutischen Begleitung jugendlicher Diabetespatienten</p> <p>Verbesserung der Nachbetreuung älterer Menschen nach stat. Aufenthalt</p> <p>Versorgungsengpass bei Fachärzten beseitigen um Wartezeiten auf Termine zu verkürzen</p> <p>Diabetische Fachbereiche in den Krankenhäusern nicht schließen, da diese wichtige Anlaufstellen sind</p>

Ergebnisse

<p>Förderung von Angeboten im Bereich Gesundheitsförderung und Prävention</p> <p>Beschluss regionaler Strategien in der Gesundheitskonferenz</p> <p>Optimierte Schulverpflegung</p> <p>Verantwortung der Schulträger für die Schulverpflegung</p> <p>Schulsport "neu denken"</p> <p>Förderung von Angeboten im Bereich Gesundheitsförderung und Prävention</p> <p>Gestationsdiabetes berücksichtigen</p> <p>Schaffung von Freizeitangeboten</p> <p>Schulsport und allgemeine Bewegung im Rahmen der Prävention fördern</p>	<p>Enge Vernetzung der beteiligten AkteurInnen</p> <p>Übergeordnete, fest installierte staatliche Koordinierungsstelle einrichten</p>	<p>Diabetespass als App</p> <p>Diabetespass könnte als App für Patienten eingesetzt werden</p>
<p>Verbesserte Schulung, Aufklärung, Beratung</p> <p>Elternberatung für übergewichtige Kinder, auch kultursensibel und in mehreren Sprachen</p> <p>Apotheken als niederschwellige präventive AkteurInnen stärken (z.B. kostenloser BZ-Check in den Apotheken)</p> <p>J1 Teilnahme verbessern</p> <p>Verbesserung der Schulung und Aufklärung</p> <p>Telefonische / Online Beratung für diabetesgerechtes Leben / Ernähren etablieren</p>	<p>Digitale Patientenakte auch als gesicherte Kommunikationsplattform zwischen den Behandlern</p> <p>Vereinfachung der Dokumentationssysteme und des Datenaustauschs. Datenpool installieren.</p> <p>Bonussystem, das Teilnahme an Kursen zu diabetikergerichtetem Leben belohnt</p>	<p>Schulungsangebote/Fortbildungen für Hausärzte</p> <p>Ausbau der Angebote des Diabetes-Schulungsvereins für Patienten</p> <p>Hausärztliche Qualitätszirkel: Fachpersonen einladen</p>
<p>Verankerung gesundheitsrelevanter Themen in der Aus-, Fort, und Weiterbildung von Lehrkräften</p> <p>Verbesserung der Zusammenarbeit mit den Schulen</p>	<p>Einschreibungszahlen zum DMP ausweiten/erhöhen</p>	<p>Unterstützung hausärztlicher Tätigkeit (Delegation)</p> <p>Übertragung von Behandlungskompetenz für med. Fachberufe</p>
<p>Screening im stationären Setting</p> <p>Blutzuckerwerte häufiger als bisher bei Tests mitmessen</p>	<p>Einführung einer Transitionssprechstunde der Kinder- und Jugendmedizin zur Erwachsenenmedizin</p>	<p>Ausbau telemedizinischer Maßnahmen</p> <p>Ausbau telemedizinische Maßnahmen</p>

Ergebnisse

<p>mehr Anreize im Vergütungssystem zur präventiven Beratung durch Hausärzte Präventive Sprechstunden vergüten Möglichkeiten schaffen, dass betreuende Ärzte schon in der Prävention aktiv werden und nicht erst in der späteren Versorgung.</p>		<p>Bessere Erreichbarkeit der in den Mittelzentren angesiedelten Angebote durch bessere Verkehrsanbindung Anpassung der ambulanten ärztlichen Bedarfsplanung Fachkompetenz vor Ort stärken bzw. ausbauen. Psychiatrie und Neurologie personell aufstocken (Terminengpässe) Ausbau und Verbesserung der Finanzierung für die Berufsgruppen Diabetesberater, Diabetesassistenzen, ambulanter Pflegedienst</p>
<p>Kinderkuren mit nachhaltigem Setting</p>		<p>Aufwerten der med. Assistenzberufe Verbesserung der personellen Ressourcen</p>

schwarz: HE, die in die landkreisübergreifende Sitzung eingebracht wurden, blau: HE LK Biberach, orange: HE LK Ravensburg, grün: HE LK Reutlingen, rot: Patienten-Fokusgruppe

Ergebnisse

Tabelle 45: Zusammenfassung der Ergebnisse, Krankheitsbild Schlaganfall

Gesundheitsförderung und Prävention	Vernetzung	Versorgung
<p>Aufklärung der Öffentlichkeit Informationsveranstaltungen an der Klinik zum Thema Schlaganfall besser bekannt machen Verstärkte Aufklärung der Öffentlichkeit bessere Aufklärung über Symptome bei Ärzten und Laien führt zu schnelleren Diagnosen Transparenz über Kosten und Leistungen der Krankenkassen</p>	<p>Netzwerkgründung (Ausbau bestehender sektorenübergreifender Kooperationen Transparenz der Angebote ggfs. integriert in Netzwerk</p>	<p>Stroke Nurses/Schlaganfalllotsen, Koordination der Behandlung Möglichkeit zur ambulanten nachstationären Behandlung durch aus der Klinik bereits bekannte Therapeuten bei komplexen Krankheitsverläufen Entlass-Management muss auch die Koordination einer nahtlosen Weiterführung der Therapie durch Heilberufe umfassen Kapazitätsengpässe bei Kurzzeitpflege und Rehabilitation reduzieren, da dadurch Druck auf stationäre Plätze Patienten und Angehörigen sollte eine Stroke Nurse zur Therapiebegleitung zur Seite stehen. Der bestehende Ansatz im Landkreis Ravensburg sollte ausgeweitet werden. Die Stroke Nurse wird als fester Bestandteil der Regelversorgung gewünscht. Einführung von Stroke-Nurses / Schlaganfalllotsen</p>
<p>Multiprofessionelle Präventionsmaßnahmen Kooperation Kommunen und Krankenversicherung zur Koordination von Präventionsangeboten Multiprofessionelle Präventionsmaßnahmen: Gremium zur Organisation multiprofessioneller Maßnahmen, z.B. Gesundheitskonferenz Transparenz der Angebote ggfs. integriert in Netzwerk</p>	<p>Förderung der Kooperation der Stroke Units Interdisziplinären Austausch durch angemessene Vergütung der Berichtszeiten und Zeiten für Austausch bei den Heilmittelerbringern fördern Landkreisübergreifender Austausch der Stroke Units, um schnelle und beste Therapie für Patienten zu gewährleisten</p>	<p>Ausbau des ambulanten Hilfs- und Behandlungsangebotes</p>

Ergebnisse

<p>Koordination von Präventionsangeboten (Transparenz) Gesundheitskonferenz als regionales Gremium zur Vernetzung, regionale Gesundheitsziele</p>	<p>Verbesserung Kommunikation/Telematik Verbesserung des fachlichen Austauschs und der Kooperation Verbesserung der Kommunikation: Verbreitung bundes-einheitliche Medikationsplan / Telematik</p>	<p>Breitere Aufstellung der Rehabilitationseinrichtungen für alle Phasen der Rehabilitation Rehabilitationseinrichtungen sollen alle Rehapphasen anbieten können individuelle Therapieangebote bei Behandlung und Rehabilitation sowie beruflicher Wiedereingliederung (v.a. Angebote für jüngere Patienten)</p>
<p>Verbesserung der Maßnahmen in KiTa und Schule Sensibilisierung von Jugendlichen für das Thema Schlaganfall Verbesserung der Maßnahmen in Schule und KiTa</p>	<p>Digitale Patientenakte Digitale Patientenakte bessere Vernetzung und Informationsaustausch der Behandelnden</p>	<p>Ausbau ehrenamtlicher Helfer/-innen Schulungen als Schlaganfallhelfer (innen)</p>
<p>Fortbildungsveranstaltungen für Hausärzte Sensibilisierung von Rettungsdiensten und Hausärzten</p>	<p>Darstellung regionaler Angebote auf digitaler Plattform Einrichten einer Angebotsplattform</p>	<p>Wohnortnahe Hilfs- und Behandlungsangebote Sicherstellung der Transportkapazitäten zur Verbringung in die Stroke Unit (auch Luftverbringung) Gewährleistung der wohnortnahen Erstversorgung</p>
<p>Vermehrte Umsetzung von Screening-Maßnahmen Jährliches Screening zu kardiovaskulären Risikofaktoren</p>	<p>Vereinfachung der Heilmittelrichtlinien, um formale Fehler bei der Verordnung und Vergütungsprobleme zu Lasten der Therapeuten zu reduzieren Es sollten interdisziplinäre Treffen zum Thema extra-budgetäre Heilmittelversorgung stattfinden, um die Versorgung des Patienten sicherzustellen.</p>	<p>Verfahrensbeschleunigung bei Betreuungsverfahren</p>
<p>Schulgesundheitsfachkräfte</p>	<p>Vernetzung der Selbsthilfegruppen Betreuung durch Ehrenamtliche stärken</p>	<p>Regressrisiko verringern / abschaffen; Kooperation in der Nachversorgung in die Regelversorgung übernehmen Berichtspflicht eingrenzen oder Unterstützung für Ärzte bieten</p>
<p>Gender- und sozialspezifische Zugangswege wählen höhere Sensibilisierung der Pflegekräfte, das Situation des (temporären) Kontrollverlusts v.a. für junge, selbstbestimmte Patienten schwierig</p>		

Ergebnisse

Anpassung der Vergütung für Haus- und Fachärzte für Präventionsarbeit		
---	--	--

schwarz: Landkreisübergreifende Sitzung, blau: LK Biberach, orange: LK Ravensburg, grün: LK Reutlingen, rot: PatientInnenfokusgruppen

3.6. Zusammenfassung der Ergebnisse aller drei Teilprojekte

3.6.1. Teilprojekt 1

3.6.1.1. Allgemeine Versorgungssituation

Die Darstellung der allgemeinen Versorgungssituation in Baden-Württemberg und der Modellregion ist eine querschnittliche Zusammenfassung ausgewählter Indikatoren der Bereiche nicht-medizinischer Determinanten der Gesundheit, des Gesundheitszustands, der Inanspruchnahme des Gesundheitssystems, der Leistungsfähigkeit des Gesundheitssystems und des Versorgungsangebots für das Beobachtungsjahr 2013 sowie hierzu herangezogener wissenschaftlicher Literatur. Nicht-medizinische Determinanten der Gesundheit „stellen die Weichen“ für regionale Unterschiede des Gesundheitszustands, der Inanspruchnahme und Leistungsfähigkeit des Gesundheitssystems sowie des Versorgungsangebots. Besonders ausschlaggebend ist das Alter. In Regionen, in denen die Bevölkerung älter ist, werden Teile des Gesundheitssystems wie Pflegeheime und ambulante Pflegedienste stärker in Anspruch genommen. Auch der sozioökonomische Status (SES) steht in Zusammenhang mit dem Gesundheitszustand. Personen mit einem „niedrigen“ SES schätzen ihren Gesundheitszustand schlechter ein als Personen mit höheren SES und sind häufiger betroffen von Diabetes, Adipositas und depressiver Symptomatik [47]. Andererseits gibt es Hinweise dafür, dass FachärztInnen in Deutschland sich besonders in Regionen niederlassen, die einen höheren Anteil privat Krankenkversicherter aufweisen und städtisch geprägt sind [70]. Der sozioökonomische Status (SES) befindet sich in allen Kreisen Baden-Württembergs durchschnittlich im mittleren Bereich. Größere regionale Unterschiede ergeben sich bei der Betrachtung des Anteils der Bevölkerung mit einem „niedrigen“ SES, der auf Kreisebene zwischen rund 12% in Heidelberg und 28% im Landkreis Heidenheim variierte. In der Modellregion lag der Anteil bei rund 18% in den Landkreisen Biberach und Reutlingen, im Landkreis Ravensburg bei rund 23%. Mehr Aufschluss über regionale Unterschiede des SES ergeben sich womöglich bei der Betrachtung kleinerer räumlicher Ebenen wie z.B. der Gemeindeebene. Im Bereich der Leistungsfähigkeit wurden vor allem Indikatoren mit sektorenübergreifender Relevanz abgebildet. Die Behandlungskontinuität bei Versicherten mit schwerer psychischer Erkrankung (darunter schwere Depression und Anorexia nervosa) wurde geschätzt mit der Übergangsrate und -zeit von der stationären in die ambulante haus- oder nervenärztliche Versorgung. Hier ergab sich eine kurze Übergangszeit innerhalb einer Woche für mehr als 50% der Betroffenen in allen Kreisen Baden-Württembergs. 30 Tage nach Entlassung ließ sich in Baden-Württemberg insgesamt bei 80% der Betroffenen ein Kontakt zu haus- oder nervenärztlicher Versorgung beobachten. Größere regionale Unterschiede ergaben sich bei der Beratung zum Darmkrebsfrüherkennungsprogramm unter den 55 bis 57-Jährigen, die in Baden-Württemberg insgesamt auf einem niedrigen Niveau lag mit rund 12% und regional zwischen 7 bis 18% variierte. Große regionale Unterschiede ergeben sich bei der Dichte von Krankenhausbetten. Mit rund 2.000 Betten je 100.000 Einwohner war die Krankenhausbettdichte in Heidelberg mehr als elfmal höher als im Enzkreis, der die niedrigste Bettendichte aufwies. Bei der Krankenhausversorgung ist davon auszugehen, dass diese häufig kreisübergreifend stattfindet, was von BürgerInnen akzeptiert ist. Die ambulante gesundheitliche Versorgung sollte wohnortnah erfolgen. Dennoch ergeben sich besonders bei der Gruppe der PsychotherapeutInnen große regionale Unterschiede der Einwohnerzahl je PsychotherapeutIn. Im Landkreis Schwäbisch Hall kommen mit rund 11.000 Einwohnern circa 10.000 Einwohner mehr auf eine/n PsychotherapeutIn als in Heidelberg.

3.6.1.2. Anorexia nervosa

Die administrative Prävalenz der Anorexia nervosa lag im Jahr 2013 in Baden-Württemberg und der Modellregion bei schätzungsweise 0,05%. Vor allem Jugendliche und junge Erwachsene waren betroffen. Im Median lag das Alter für eine Anorexia nervosa-Diagnose bei 29 Jahren. Entsprechend ergibt sich für die projizierte administrative Prävalenz für das Jahr 2023 keine Änderung im Land Baden-Württemberg. Auf Kreisebene lässt sich aufgrund niedriger Fallzahlen kein Rückschluss auf die projizierte administrative Prävalenz ziehen. Etwas weniger als die Hälfte der Betroffenen in Baden-Württemberg und etwas mehr als die Hälfte in der Modellregion hat im Beobachtungsjahr nur hausärztliche Leistungen in Anspruch genommen, das Krankenhaus und ambulante fachärztliche Leistungen der Bereiche Psychiatrie, Nervenheilkunde und psychologische oder ärztliche Psychotherapie wurden nicht genutzt. Die häufigste Schnittstelle ergab sich durch gleichzeitige Inanspruchnahme hausärztlicher Leistungen und ambulanter fachärztlicher Leistungen bei rund 40% in Baden-Württemberg und mehr als einem Drittel der Betroffenen in der Modellregion. Beiden Gruppen scheint eine wichtige Rolle bei der Behandlung von Anorexia nervosa-PatientInnen zuzukommen. Zu Wanderungsbewegungen bei der Inanspruchnahme von Krankenhausleistungen zwischen einzelnen Stadt- und Landkreisen lässt sich aufgrund niedriger Fallzahlen keine gültige Aussage treffen. In den meisten Fällen fand die Krankenhausbehandlung außerhalb des Wohnortes statt. Projektionsberechnungen der Inanspruchnahme für das Jahr 2023 folgen den Ergebnissen zur administrativen Prävalenz. Für die Inanspruchnahme aller betrachteten AkteurInnen ergab sich keine demografiebedingte Änderung von 2013 zu 2023.

3.6.1.3. Chronischer Kreuzschmerz

Schätzungsweise 4,4% der Bevölkerung in Baden-Württemberg wiesen im Jahr 2013 in mindestens drei verschiedenen Quartalen eine gesicherte Kreuzschmerz-Diagnose auf. In den Landkreisen der Modellregion lag der Anteil in einem ähnlichen Bereich. Das Alter der Betroffenen lag im Median bei 58 Jahren. Für das Jahr 2023 ergibt sich aufgrund der veränderten Bevölkerungsstruktur eine leichte Zunahme des Betroffenenanteils auf 4,5%. Auch in der Modellregion ergibt sich eine leichte Zunahme der administrativen Prävalenz, die relativ gesehen zwischen 3 und 5% liegt. Betrachtet man die Versorgungsbereiche der hausärztlichen Versorgung, ambulanten fachärztlichen Versorgung durch OrthopädInnen und RheumatologInnen, die Krankenhausversorgung und stationäre medizinische Rehabilitation, ergaben sich im Jahr 2013 in Baden-Württemberg bei knapp einem Drittel der Betroffenen Schnittstellen zwischen den Versorgungsbereichen, in der Modellregion bei rund 25%. Die meisten wurden ausschließlich hausärztlich versorgt. Rund 1,6% der Betroffenen in Baden-Württemberg haben im Jahr 2013 mindestens einen Krankenhausaufenthalt gehabt, von denen mehr als die Hälfte im Wohnort stattfand. Neben der administrativen Prävalenz wurde auch die Inanspruchnahme der o. g. Leistungen sowie von Heil- und Hilfsmitteln von 2013 auf das Jahr 2023 projiziert. Für alle betrachteten Leistungsbereiche ergab sich eine relative Zunahme der Inanspruchnahme in einer Spanne zwischen 6% und 10%.

3.6.1.4. Darmkrebs

Schätzungsweise 0,45% der Bevölkerung in Baden-Württemberg und der Modellregion hatten im Jahr 2013 eine Darmkrebsdiagnose. Im Median lag das Alter für eine solche Diagnose bei 73 Jahren. Für das Jahr 2023 ergibt sich aufgrund demografischer Veränderungen eine relative Zunahme der

administrativen Darmkrebs-Prävalenz von circa 9% in Baden-Württemberg und etwa 11 bis 12% in der Modellregion. Die häufigste intersektorale Schnittstelle bei Darmkrebs-Betroffenen ergab sich mit rund einem Viertel zwischen haus- und fachärztlicher Versorgung (Innere Medizin und/oder Schwerpunkt Onkologie) sowohl in Baden-Württemberg als auch in der Modellregion. Bei rund 10% wurden hausärztliche, ambulante fachärztliche Leistungen und das Krankenhaus in Anspruch genommen. Rund 60% der Krankenhausaufenthalte aufgrund von Darmkrebs fanden im Wohnort statt. In den meisten Fällen von Darmkrebs-Betroffenen mit Wohnsitz im Landkreis Reutlingen, die sich in einem anderen Kreis behandeln ließen, fand die Behandlung im Landkreis Tübingen statt. In den Landkreisen Biberach und Ravensburg fand kaum eine Wanderung in andere Kreise statt bei der Inanspruchnahme von Krankenhausleistungen. Die Projektion der Inanspruchnahme vertragsärztlicher und Krankenhausleistungen auf das Jahr 2023 ergibt in Baden-Württemberg und der Modellregion eine relative Zunahme von 9 bis 15%.

3.6.1.5. Demenz

Schätzungsweise 1,7% der Bevölkerung in Baden-Württemberg waren von einer Demenzerkrankung betroffen, in der Modellregion war der Anteil mit 1,3 bis 1,6% etwas geringer. Dabei war die administrative Prävalenz in der Altersgruppe der 90-Jährigen und älter mit rund 30% am höchsten. Von 2013 bis 2023 ergibt sich aufgrund der veränderten Bevölkerungsstruktur eine relative Zunahme der Betroffenenanzahl von 16% in Baden-Württemberg und 18% bis 19% in der Modellregion. Die häufigste Versorgungsschnittstelle ergab sich zwischen den Bereichen der hausärztlichen Versorgung und Pflege im häuslichen Kontext durch Angehörige oder Pflegedienste bzw. teilstationären Kontext mit rund 30% in Baden-Württemberg und rund 35% in der Modellregion. Für die Inanspruchnahme aller betrachteter Versorgungsbereiche (hausärztliche Versorgung, ambulante fachärztliche Versorgung im Bereich Neurologie, häusliche bzw. teilstationäre Pflege und vollstationäre Dauerpflege) ergibt sich von 2013 bis 2023 aufgrund der veränderten Bevölkerungsstruktur eine relative Zunahme von durchschnittlich circa 20% in Baden-Württemberg insgesamt. Die größte relative Zunahme ergibt sich in den Bereichen der Pflege mit bis zu 28% in der Modellregion (Landkreis Reutlingen).

3.6.1.6. Depression

Auf der Grundlage des HZV-Evaluationsdatensatzes ergibt sich ein Anteil von Depressions-PatientInnen in Baden-Württemberg insgesamt von rund 10,5% im Jahr 2013. In der Modellregion lag der Anteil bei rund 8,0% im Landkreis Biberach, 9,2% im Landkreis Ravensburg und 9,8% im Landkreis Reutlingen. Das Alter der Betroffenen in Baden-Württemberg lag im Median bei einem Alter von 57%. Würde sich bis zum Jahr 2023 nur die Bevölkerungsstruktur ändern und alle übrigen Faktoren konstant bleiben, ergäbe sich eine relative Zunahme der Betroffenenanzahl von 8% in Baden-Württemberg insgesamt, was circa 88.000 zusätzliche Betroffene bedeutete. In der Modellregion ergibt sich eine leicht höhere relative Zunahme zwischen rund 8 bis 12%. Die Analyse intersektoraler Schnittstellen ergab, dass rund zwei Drittel der AOK-Versicherten in Baden-Württemberg mit Depression allein hausärztlich versorgt wurden und rund 30% zusätzlich ambulant fachärztlich (Psychiatrie, Psychotherapie, Nervenheilkunde) betreut wurden. In der Modellregion war der Anteil der nur hausärztlich Versorgten etwas höher, der Anteil der hausärztlich und fachärztlich Versorgten leicht geringer. Rund 3% der Depressions-PatientInnen in Baden-Württemberg hatten im Jahr 2013 mindestens einen Krankenhausaufenthalt. Von diesen erfolgten etwa die Hälfte im Wohnort, die andere Hälfte in

einem anderen Stadt- oder Landkreis in Baden-Württemberg. Rund 5% der Krankenhausaufenthalte fand außerhalb von Baden-Württemberg statt. Auch für die projizierte Inanspruchnahme ambulanter ärztlicher und Krankenhausleistungen ergibt sich eine Zunahme zwischen 2013 und 2023. Die relative Zunahme fällt in Baden-Württemberg insgesamt im Bereich der Krankenhausversorgung am geringsten aus mit rund 3%, im Bereich der fachärztlichen Versorgung liegt die relative Zunahme bei rund 5%, in der hausärztlichen Versorgung bei rund 8%.

3.6.1.7. Diabetes mellitus Typ 1

Der geschätzte Anteil der an Diabetes mellitus Typ 1 Erkrankten an der Bevölkerung in Baden-Württemberg lag im Jahr 2013 bei 0,7%, in der Modellregion teilweise darunter mit rund 0,6% im Landkreis Biberach und 0,5% im Landkreis Ravensburg. Im Median lag das Alter der Betroffenen bei 62 Jahren. Die Projektion der administrativen Diabetes mellitus Typ 1-Prävalenz vom Jahr 2013 auf die vorausberechnete Bevölkerung Baden-Württembergs im Jahr 2023 ergibt eine leichte relative Zunahme von rund 4%, ebenso in der Modellregion. Bei rund 80% der PatientInnen in Baden-Württemberg insgesamt und rund 77% in der Modellregion kam es zu Versorgungsschnittstellen. Als separate Versorgungsbereiche wurden dabei hausärztliche, ambulante fachärztliche Leistungen und die Versorgung im Krankenhaus betrachtet. Die Analyse interregionaler Pfade bei Krankenhausaufenthalten ergab, dass bei rund 57% der Krankheitsfälle infolge eines Diabetes mellitus Typ 1 die Versorgung im Wohnort erfolgte. Als baden-württembergweite Anlaufstelle stellte sich der Main-Tauber-Kreis dar, der mit seinem Diabetes Zentrum Mergentheim von PatientInnen aus vielen Kreisen Baden-Württembergs angesteuert wurde. Die Projektion der Inanspruchnahme vertragsärztlicher Leistungen und der Krankenhausversorgung von 2013 auf das Jahr 2023 ergibt für beide Bereiche eine Zunahme, die relativ gesehen in Baden-Württemberg und der Modellregion stärker ausfällt als die zu erwartende Zunahme der Betroffenenanzahl in Baden-Württemberg mit circa 4%.

3.6.1.8. Diabetes mellitus Typ 2

Die administrative Prävalenz des Diabetes mellitus Typ 2 lag im Jahr 2013 bei 8,7% in Baden-Württemberg, in der Modellregion bei 7,1% im Landkreis Biberach, 8,5% im Landkreis Ravensburg und bei 8,2% im Landkreis Reutlingen. Das Alter der Betroffenen lag im Median bei 69 Jahren. Für das Jahr 2023 ergibt sich eine projizierte Prävalenz von rund 9,4% in Baden-Württemberg, was einer relativen Veränderung von rund 13% entspricht. Diese liegt in der Modellregion zwischen 9% und 12%. Bei rund zwei Drittel der Betroffenen kam es im Jahr 2013 zu Versorgungsschnittstellen zwischen dem hausärztlichen, ambulanten fachärztlichen (Innere Medizin, Endokrinologie, Diabetologie, Augenheilkunde) Versorgungsbereich und der Krankenhausversorgung. Die häufigste Schnittstelle ergab sich bei mehr als 30% der Betroffenen zwischen dem hausärztlichen Bereich und der vertragsärztlichen Versorgung durch AugenärztInnen. Die Auswertung der interregionalen Inanspruchnahme von Krankenhausleistungen ergab, dass mehr als zwei Drittel der Fälle im Wohnort versorgt wurden. Neben der administrativen Prävalenz wurde auch die Inanspruchnahme vertragsärztlicher Leistungen und der Krankenhausversorgung vom Jahr 2013 auf die vorausberechnete Bevölkerungsstruktur im Jahr 2023 projiziert. In Baden-Württemberg insgesamt ergibt sich für alle betrachteten Bereiche eine relative Zunahme der Inanspruchnahme von circa 13%, in der Modellregion im Bereich zwischen 11% bis 23%.

3.6.1.9. Schlaganfall

Im Jahr 2013 lag bei schätzungsweise rund 1,1% der Bevölkerung in Baden-Württemberg und der Modellregion eine Schlaganfalldiagnose vor. Im Median lag das Alter der Betroffenen bei 73 Jahren. Die Projektion der administrativen Prävalenz auf das Jahr 2023 ergibt eine relative Zunahme von 10% in Baden-Württemberg und circa 12% in der Modellregion. Im Ausgangsjahr 2013 nahmen rund zwei Drittel der Betroffenen mindestens zwei der betrachteten Versorgungsbereiche in Anspruch, während rund ein Drittel der Betroffenen ausschließlich hausärztlich versorgt wurde. Betrachtet wurden die hausärztliche Versorgung, die ambulante fachärztliche Versorgung durch Neurologen/Nervenärzte, die stationäre medizinische Rehabilitation, ambulante/teilstationäre Pflege nach SGB XI und die dauerhafte Unterbringung in einem Pflegeheim. Die Analyse interregionaler Patientenpfade bei der Krankenhausversorgung ergab, dass in rund zwei Drittel der Fälle die Versorgung im Wohnort stattfand. Neben der administrativen Prävalenz des Schlaganfalls wurde auch die Inanspruchnahme schlaganfallrelevanter Leistungen vom Jahr 2013 auf das Jahr 2023 projiziert. Für alle betrachteten Leistungsarten ergibt sich eine Zunahme der Inanspruchnahme. Die größte Zunahme ergibt sich bei der Unterbringung in einem Pflegeheim mit rund 21% in Baden-Württemberg. Für die Modellregion ergibt sich in diesem Bereich ebenfalls eine Zunahme von 20% bis 26%.

3.6.1.10. Entwicklung der administrativen Prävalenz in städtischen und ländlichen Regionen

In einer weiteren Analyse wurde die administrative Prävalenz ausgewählter Krankheitsgruppen und der acht im Projekt fokussierten Krankheitsbilder zwischen Stadt- und Landkreisen in Baden-Württemberg im Jahr 2013 und 2023 verglichen. Während die Einwohner von Landkreisen leicht höhere administrative Prävalenzen von bösartigen Neubildungen und Kreislauferkrankungen aufwiesen, waren Einwohner von Stadtkreisen etwas häufiger von psychischen und Verhaltensstörungen betroffen als Einwohner von Landkreisen (29% vs. 26%). Für alle drei Krankheitsgruppen ergibt sich für das Jahr 2023 eine leichte Zunahme, die in den Landkreisen stärker ausfällt. Gleiches ergibt sich für die acht im Modellprojekt ausgewählten Krankheitsbilder.

3.6.1.11. Abgleich des Versorgungsangebots mit der zukünftigen Inanspruchnahme

Anhand einer Gegenüberstellung ausgewählter Versorgungsangebote mit der Inanspruchnahme durch PatientInnen mit den im Projekt betrachteten Krankheitsbildern wurde geschätzt, welchen Einfluss die demografische Entwicklung innerhalb eines Zeitraumes von zehn Jahren (2013 vs. 2023) voraussichtlich auf die Auslastung der betrachteten Kapazitäten mit Blick auf die acht Krankheitsbilder hat. Es zeigen sich regionale Unterschiede in der Auswirkung der veränderten Inanspruchnahme auf die Auslastung von Kapazitäten, die sich in erster Linie durch die ausgangs unterschiedlich verteilten Kapazitäten ergeben. Für alle betrachteten Versorgungsbereiche ergibt sich für das Jahr 2023, im Vergleich zu 2013, eine Zunahme der Auslastung von Kapazitäten durch Betroffene der acht betrachteten Krankheitsbilder. Im vertragsärztlichen Bereich würden z.B. im Landkreis Heilbronn rund 130 zusätzliche PatientInnen auf eine/n ambulant tätige InternistIn kommen unter der Annahme, dass PatientInnen sich im eigenen Stadt- bzw. Landkreis behandeln ließen.

3.6.1.12. Modellregion im Überblick

Die drei Landkreise der Modellregion bilden den Fokus für die Entwicklung eines sektorenübergreifenden Versorgungskonzeptes in Teilprojekt 2. Daher erfolgt an dieser Stelle eine zusammenfassende Darstellung ausgewählter Indikatoren für die drei Landkreise der Modellregion (siehe Tabelle 46). Der Vergleich dieser Indikatoren mit den Ergebnissen für Baden-Württemberg insgesamt zeigt einige Auffälligkeiten: So wird beispielsweise die Beratung zum Darmkrebsfrüherkennungsprogramm unter den 55- bis 57-Jährigen im Landkreis Reutlingen weniger häufig abgerechnet und der Anteil von Schlaganfallpatienten mit Pflegeüberleitungsbogen bei Klinikentlassung ist in Reutlingen und Biberach unterdurchschnittlich. Die Zahl der Einwohner pro Psychotherapeut in ambulanten Einrichtungen sowie pro ambulanten Pflegedienst ist in Biberach bedeutend höher als im Landesschnitt. Solche Abweichungen könnten wertvolle Hinweise auf mögliche regionale Versorgungsdefizite geben. Bei der Interpretation sind jedoch die Limitationen von Sekundärdaten zu beachten (z.B. Aktualität, Validität, etc.). Die Ursachen und potentiellen Auswirkungen solcher Auffälligkeiten sollten daher Gegenstand vertiefender Analysen sein.

Tabelle 46: Ausgewählte Indikatoren in den Landkreisen der Modellregion und Baden-Württemberg im Jahr 2013.

ID	Beschreibung	Biberach	Ravensburg	Reutlingen	BW gesamt
3	Anteil regelmäßiger Raucher	18,3%	17,0%	17,4%	18,5%
32	Anteil der Bevölkerungsgruppe ab 80 Jahre	4,8%	4,9%	5,3%	5,2%
6a	Sozioökonomischer Status, Indexwert	11,6	11,6	11,6	11,7
6b	Anteil der Bevölkerung mit "niedrigem" sozioökonomischen Status (SES)	17,7%	16,9%	18,0%	18,4%
70	Sterbefälle im Alter von unter 65 Jahren je 100.000 Einwohner	129	136	142	139
80	Anzahl Pflegebedürftige in häuslicher Pflege je 100.000 Einwohner	19,6	20,1	18,7	19,6
203	Hospitalisierungsrate der Typ-2-Diabetiker	1,3%	1,4%	1,8%	1,7%
139	Beratung zum Darmkrebsfrüherkennungsprogramm unter den 55- bis 57-Jährigen	9,1%	13,3%	7,8%	11,8%
159a	Übergang von stationär nach ambulant innerhalb von 7 Tagen bei Patienten mit schwerer psychischer Erkrankung	60,3%	79,2%	58,3%	58,7%
159b	Übergang von stationär nach ambulant innerhalb von 30 Tagen bei Patienten mit schwerer psychischer Erkrankung	52,6%	76,1%	79,2%	79,6%
206	Anteil der AOK-Versicherten in Baden-Württemberg mit Rückenschmerzen, die Opiode verordnet bekommen	17,1%	16,7%	13,5%	15,1%
131	Schlaganfallpatienten mit rascher Aufnahme in ein Krankenhaus	43,6%	48,9%	41,0%	38,0%
160	Schlaganfallpatienten mit Weiterbehandlung in Reha-Klinik	66,0%	66,5%	72,8%	70,0%
161	Schlaganfallpatienten mit Pflegeüberleitungsbogen bei Entlassung	44,6%	63,9%	47,3%	68,7%
216	Behandlung auf zertifizierter Schlaganfalleinheit im Jahr 2015	91,4%	87,4%	78,8%	83,9%
228	Frühe Krankenhaussterblichkeit nach akutem Schlaganfall	3,2%	0,0%	0,6%	1,8%
313	Aufgestellte Betten in Krankenhäusern je 100.000 Einwohner	466	656	414	533
355	Einwohner pro Hausarzt in ambulanten Einrichtungen	1.420	1.446	1.425	1.488
353	Einwohner pro Psychotherapeut in ambulanten Einrichtungen	8.949	3.098	3.819	3.247
318	Einwohner je ambulantem Pflegedienst	13.478	8.548	10.223	9.326

3.6.2. Teilprojekt 2

Die qualitative Auswertung der ExpertInnen- und Fokusgruppen sowie der Dialogveranstaltung ergab vier unterschiedliche Themenbereiche, denen sich sämtliche Ergebnisse krankheitsbildübergreifend zuordnen lassen. Diese vier Bereiche beinhalten die Themen *Lebenswelten*, *Information und Aufklärung*, *Versorgungsangebot* und *Vernetzung*. Sie werden im Folgenden genauer beschrieben und anhand der in Tabelle 39 bis Tabelle 45 aufgeführten Ergebnisse erläutert:

1. Dem Thema **„Lebenswelten“** kommt vor allem im Bereich der Gesundheitsförderung und Prävention eine wichtige Rolle zu: Gesundheit und Informationen zu Gesundheitsförderung sind in allen Settings wichtig und optimierbar. In den ExpertInnen- und Fokusgruppen wurden hier vor allem die Settings Kommune, Kita und Schule, Hochschule und Betriebe genannt. Die Kommunen sollten aktiver werden, um eine optimale Lebensumwelt für die BürgerInnen mit ihren jeweiligen Bedürfnissen zu schaffen. Hier wurden als Beispiele die „Gesunde Kommune“ oder die „Demenzfreundliche Kommune“ genannt. Die lebensumfeldnahe Versorgung durch Kommunen ist wichtig, um gewachsene soziale Bindungen nicht abreißen zu lassen, z.B. beim Auftreten von Pflegebedürftigkeit. In Kitas und Schulen sollten die Angebote zur Gesundheitsförderung und Prävention ausgebaut werden. Es wird ein Gesamtkonzept „Gesunde Schule/Kita“ empfohlen, da hier in verschiedenen Bereichen neue Initiativen ebenso sinnvoll sind sowie der Ausbau bereits bestehender Konzepte. Gesundheitsrelevante Themen sollten SchülerInnen, Eltern und Lehrkräften mehr als bisher nahegebracht werden. Weiterhin wird die Einrichtung neuer Stellen im Gesundheitsbereich an Schulen empfohlen, z.B. für Schulgesundheitsfachkräfte. Als wichtige Lebenswelt junger Menschen wird empfohlen, Studierende an Hochschulen z.B. durch regelmäßige Schulungen und Informationsabende stärker für mögliche Erkrankungen dieser Altersgruppe zu sensibilisieren. Betriebe bzw. ArbeitgeberInnen sollten ihre Präventionsangebote ausbauen und optimieren. ArbeitnehmerInnen sollten besser informiert und aufgeklärt und Maßnahmen zur Einhaltung des Arbeitsschutzes gefördert werden. Es ist wichtig, Initiativen auch in kleinen- und mittelständischen Betrieben einzuführen und weiter zu fördern sowie das betriebliche Gesundheitsmanagement (BGM) auszubauen. Insgesamt geht es also darum, gezielt für jede/n einzelne/n BürgerIn in seiner derzeitigen Situation und mit seinen aktuellen Bedürfnissen eine optimale „Lebenswelt“ zu schaffen und durch konkrete Maßnahmen und Initiativen das Umfeld des/r BürgerIn in seinem Alltag besser und bedürfnisorientierter zu gestalten.
2. Beim Thema **„Information und Aufklärung“** geht es um die gezielte Vermittlung von krankheitsspezifischem Wissen an BürgerInnen. Die Übergänge zwischen den ersten beiden Themen sind fließend, viele der vorgeschlagenen Maßnahmen können in beiden Bereichen eingeordnet werden. In den ExpertInnen- und Fokusgruppen wurde vor allem betont, dass die Nachhaltigkeit von Informations- und Aufklärungsmaßnahmen sichergestellt werden müsse. Es wurden Empfehlungen zur Durchführung von multiprofessionellen, zielgruppen- und krankheitsspezifischen Veranstaltungen und Präventionsmaßnahmen, von Kampagnen und nachhaltiger Informationsverbreitung sowie zur Nutzung und Einbeziehung neuer Medien und Technologien gegeben. Um die Nachhaltigkeit von multiprofessionellen Veranstaltungen und Präventionsmaßnahmen sicherzustellen, ist es wichtig, die regionalen Zuständigkeiten für die Organisation zu klären und entsprechende AnsprechpartnerInnen zu benennen. Informationsveranstaltungen sollten zielgruppenspezifisch ausgerichtet sowie krankheitsspezifisch sein, beispielsweise für an Anorexie erkrankte Kinder und Jugendliche. Eine frühe Aufklärung wird bei allen chronischen Erkrankungen als sehr wichtig erachtet. Hierfür sollten Kampagnen gestartet und für eine nachhaltige Informationsverbreitung gesorgt werden. Auch hier sollten Initiatoren für solche Maßnahmen gezielt angesprochen und geklärt werden, wer regional für diese Aufgaben zuständig ist. Aufklärung, z.B. durch Kampagnen, sollte krankheitsspezifisch erfolgen und geeignetes Informationsmaterial sowohl für die Bevölkerung als auch für die Betroffenen und deren Angehörige ausgearbeitet und gezielt verteilt werden. In den ExpertInnen- und Fokusgruppen wurden für die unterschiedlichen Erkan-

kungen jeweils Beispiele genannt (siehe krankheitsspezifische Arbeitsgruppen in Kapitel 3.2 und 3.3). Zur Verbreitung von Informationen und für die nachhaltige Aufklärung der Bevölkerung und der Betroffenen sollten neben der persönlichen Beratung auch neue Medien und digitale Technologien zum Einsatz kommen, um vor allem jüngere Zielgruppen verstärkt zu erreichen.

3. Die dem „**Versorgungsangebot in guter Qualität**“ untergeordneten Themenbereiche umfassen sowohl Angebote zur Gesundheitsförderung und Prävention als auch für die Versorgung von Erkrankten. Zunächst einmal sind hier alle krankheitsübergreifenden sowie –spezifischen Angebote zu nennen. In den ExpertInnenarbeitsgruppen wurden zahlreiche Empfehlungen zum Ausbau von niederschweligen und ehrenamtlichen Angeboten gegeben, wobei z.B. die Wichtigkeit von Selbsthilfegruppen betont wurde, sowohl für Angehörige als auch für die Betroffenen selbst. Auch für den Ausbau des ambulanten Hilfs- und Behandlungsangebotes wurden in den Fokus- und ExpertInnenarbeitsgruppen konkrete Vorschläge gemacht, wie beispielsweise der Ausbau der Telefonseelsorge, der flächendeckende Ausbau von Kriseninterventionsmöglichkeiten, die Finanzierung von Therapieangeboten im ambulanten Bereich oder auch die Verbesserung der kurzfristigen Betreuung nach einem stationären Aufenthalt. Neben dem Ausbau der Angebote an sich sollte auch die Schaffung einer Transparenz über diese Angebote gesichert sein, an dieser mangle es oftmals sowohl aus Sicht der Betroffenen und ihrer Angehörigen als auch der BehandlerInnen (besonders im Bereich psychischer Erkrankungen). Für BürgerInnen, Betroffene und Angehörige sollte eine Überschaubarkeit und Übersicht über Angebote in allen Bereichen erreicht werden. Dies könnte einerseits durch die Einrichtung von entsprechenden Beratungsstellen erreicht werden, andererseits wäre ein von einer unabhängigen Institution (z.B. Sozialministerium) geführtes, computerbasiertes System denkbar, das auch in ein größeres Netzwerk integriert werden könnte. Auf einer digitalen Plattform könnten beispielsweise regionale Angebote dargestellt werden. Angebote im Bereich der Gesundheitsförderung und Prävention könnten z.B. durch den Öffentlichen Gesundheitsdienst gesammelt und auf der Plattform zur Verfügung gestellt werden. Da ein solches Angebot kontinuierlich aktualisiert werden muss, stellt sich die Frage, wer die Pflege der Plattform übernehmen könnte. Hierfür kommen auch Kommunen und Krankenkassen in Betracht.

Ein weiterer wichtiger Punkt beim Thema Versorgungsangebot sind Maßnahmen zur besseren Erreichbarkeit der Angebote. Hier geht es zum einen darum, die Mobilität der PatientInnen zu unterstützen, damit die Erreichbarkeit der AkteurInnen gewährleistet ist (z.B. durch Fahrdienste, E-Mobilität oder den Öffentlichen Personennahverkehr (ÖPNV)). Auf der anderen Seite zählt aber auch die Notfallversorgung dazu, wie z.B. die Gewährleistung eines zeitnahen Transports von SchlaganfallpatientInnen in Stroke Units sowie einer wohnortnahen Erstversorgung. Auch das Home Treatment leistet hier einen wichtigen Beitrag und sollte erweitert und ausgebaut werden.

Zum Thema „Versorgungsangebot“ wurden in den Fokus- und ExpertInnengruppen konkrete Vorschläge zum Auf- und Ausbau von Einrichtungen gemacht: Beispielsweise sollte die palliativmedizinische Versorgung incl. der Zahl stationärer Hospize ausgebaut und der Hospizdienst stärker in die Betreuung eingebunden werden. Außerdem wurde die Einrichtung von Gesundheitszentren mit ambulanten und stationären Strukturen empfohlen. Sozialstützpunkte sollten eingerichtet und die ambulanten, psychosozialen Krebsberatungsstellen (weiter-)finanziert und ausgebaut werden. Zudem sollten (neutrale) Pflegestützpunkte ausgebaut

werden. Es fehle auch an einer neutralen sozialrechtlichen Beratung. Die ExpertInnen empfehlen weiterhin den Ausbau stationärer Kurzzeitpflegeplätze und der Brückenpflege sowie die Einrichtung von Notfallbetten.

Hinsichtlich des Versorgungssystems wird generell empfohlen, die Bedarfsplanung neu auszurichten: Eine verbesserte ambulante ärztliche Bedarfsplanung bzw. eine abgestimmte und mittelfristig gemeinsame Bedarfsplanung der ambulanten und stationären Versorgung sollte erfolgen. Ein wichtiges Thema dabei ist auch die angemessene Vergütung der Haus- und FachärztInnen, das Vergütungssystem sollte angepasst werden, auch im Hinblick auf die anzustrebende Vernetzung.

Der Baustein „Versorgungsangebot in guter Qualität“ beinhaltet außerdem die Themen Beratung, Ressourcen sowie Qualifizierung und Qualitätssicherung. Dabei wurde in den ExpertInnen- und Fokusgruppen der Wunsch nach dem Ausbau der allgemeinen und spezifischen Beratungsangebote v. a. für die Krankheitsbilder Darmkrebs, Demenz und Diabetes geäußert. Allgemeine Beratungsangebote sollten demnach flächendeckend ausgeweitet werden, bestehende Beratungsstellen sollten ausgebaut und deren Angebot verbessert werden. Auch sollten Stellen für telefonisch zu erreichende Ansprechpartner geschaffen werden.

Als grundlegende Voraussetzung für die Umsetzung eines sektorenübergreifenden Versorgungskonzepts sollten nach Meinung der ExpertInnen- und Fokusgruppen personelle, finanzielle und Zeitressourcen in verschiedenen Bereichen überprüft und ausgebaut werden.

Sowohl im Bereich der Betreuung und Pflege als auch bei der Behandlung wurde die Notwendigkeit des Ausbaus der Qualifizierung und Qualitätssicherung betont. Dabei sollten immer auch ökonomische Aspekte berücksichtigt werden.

4. Zum Themenbereich „**Vernetzung**“ gehören die Unterthemen Kooperation der AkteurInnen, Koordination der Angebote sowie ein politischer Auftrag zur Vernetzung. Eine Kooperation der AkteurInnen kann dabei auf unterschiedliche Weise erreicht bzw. ausgebaut werden. In den Fokus- und ExpertInnengruppen wurde vor allem der Wunsch nach sektorenübergreifender Zusammenarbeit in multiprofessionellen Teams geäußert, beispielsweise durch die Zusammenstellung von Hauptversorgerteams. Notwendig sei eine bessere Vernetzung aller behandelnden AkteurInnen. Erreicht werden könnte dies auch durch die Einrichtung von Versorgungszentren bzw. den Ausbau von (teilweise schon bestehenden) (über-)regionalen Zentren sowie von bestehenden Selbsthilfegruppen. Eine Verbesserung der Kommunikation der Behandelnden sei generell anzustreben, z.B. durch geregelte, transparente Telefonsprechzeiten und regelmäßig stattfindende Fallkonferenzen, sowie durch den Ausbau der Telematik mit der Einführung einer elektronischen Patientenakte. Wichtig ist eine Kontinuität der Behandlung, die von den behandelnden AkteurInnen z.B. durch bessere Absprachen, eine Verbesserung des Entlassmanagements und generell ein besseres Schnittstellenmanagement sichergestellt werden sollte. Die ExpertInnengruppen sprachen sich zudem für die Schaffung und den Ausbau von Netzwerken aus, da diese der Verbesserung der Kommunikation und des Austausches untereinander dienen.

Die Koordination der Angebote der *Gesundheitsförderung* sollte vor allem durch die Kommunen übernommen werden und Gesundheitsförderung als politische Aufgabe gesehen werden. Die Koordination der *Präventionsangebote* könnte durch die Krankenkassen übernommen werden, beispielsweise durch das Schaffen einer elektronischen Angebotsplattform präventiver Angebote. Das regionale Gremium für eine Koordination dieser Aufgaben sollte die Kommunale Gesundheitskonferenz sein. Für die *personalisierte Koordination des Behand-*

lungsverlaufs wurde u. a. der/die FamiliengesundheitspflegerIn genannt, generell wurde das Thema Case Management aber in allen Arbeitsgruppen diskutiert. Wichtig ist aus Sicht der Experten eine Formulierung der Rahmenbedingungen für Case Management. Oftmals wurde dem/r HausärztIn dabei eine koordinierende Funktion zugeschrieben. Weiterhin wurde der Einsatz von (Gesundheits-)Lotsen für unterschiedliche Krankheitsbilder diskutiert. Auch diesbezüglich geschulte, ehrenamtliche Patienten-ManagerInnen oder PatientenbegleiterInnen könnten die PatientInnen begleiten und den Behandlungsverlauf koordinieren. Der Umgang auf Augenhöhe von Ehrenamtlichen und professionellen AkteurInnen ist dabei zentral für eine erfolgreiche Vernetzung. Für die *Koordination der verschiedenen Leistungsanbieter* ist eine regional vernetzte und transparente Versorgung aus einer Hand anzustreben. Es sollte ein landkreisübergreifender Austausch stattfinden. Denkbar wäre eine elektronische Angebotsplattform, die Aufschluss über Therapieangebote und freie Plätze gibt. Diese könnte über eine Koordinierungsstelle/-plattform aktualisiert und gepflegt werden.

In verschiedenen ExpertInnenarbeitsgruppen wurde bezüglich des Bausteines „Vernetzung“ auch über den politischen Auftrag zur Vernetzung diskutiert. Für viele wichtige Schritte hin zu einer sektorenübergreifenden und landkreisübergreifenden Versorgung, wie z.B. der Bildung von regionalen Arbeitsgruppen, sektorenübergreifenden Kooperationen oder der überregionalen Zusammenarbeit, fehle es an politischer Unterstützung und klaren Vorgaben. Die Bereitstellung von personellen und finanziellen Ressourcen sollte gesichert sein, um nächste Schritte in den Kommunen zu gehen.

4. Entwicklung eines landkreis- und sektorenübergreifenden Versorgungskonzepts

4.1. Teilprojekt 1: Regionale Versorgungsplanung - Schlussfolgerungen aus der Sekundärdatenanalyse

In diesem Abschnitt werden die wesentlichen Schlussfolgerungen aufgezeigt, die sich aus den vorgestellten Daten und tiefergehenden Analysen für die regionale Versorgungsplanung ergeben.

4.1.1. Demografiebedingte Veränderung des Versorgungsbedarfs

Die Folgen des demografischen Wandels lassen sich für die Häufigkeit von Erkrankungen und der damit verbundenen Inanspruchnahme des Gesundheitssystems in Baden-Württemberg auf Kreisebene abschätzen. Geschätzte Häufigkeiten für das Basisjahr der Projektionen lassen sich dabei heranziehen, um einen Eindruck der Dimensionen dieser Veränderungen zu gewinnen. Bis auf Betroffene des Krankheitsbildes Anorexia nervosa befand sich mehr als die Hälfte der Betroffenen der Krankheitsbilder in einem Alter von über 56 Jahren. Auch innerhalb eines Zehn-Jahres-Zeitraumes ergibt sich für alle altersassoziierten Krankheitsbilder im Projekt (Ausnahme Anorexia nervosa) eine Zunahme der Krankheitshäufigkeit und Inanspruchnahme. Die Auswirkungen der Krankheitsrisikofaktoren Alter und Geschlecht lassen sich auch deshalb gut abbilden, da innerhalb des relativ kurzen Zehn-Jahres-Zeitraumes keine großen demografischen Veränderungen zu erwarten sind. Denn der Großteil der entscheidenden Jahrgänge wurde bereits geboren (geburtenstarke Jahrgänge der 1950er bis 1960er Jahre und nachkommende Generationen Offen bleibt, wie sich Faktoren jenseits der Bevölkerungsstruktur, z. B. die Entwicklung neuer Therapieformen oder gesundheitsrelevante Verhaltensweisen, auf die zukünftige Krankheitshäufigkeit und Inanspruchnahme des Gesundheitssystems auswirken. Es wurden nur diagnostizierte PatientInnen erfasst, bei vielen der betrachteten Krankheitsbilder wird jedoch von mehr oder weniger vielen unerkannten Erkrankungen ausgegangen [71]. In solchen Fällen könnte eine deutlich zunehmende Inanspruchnahme neuer oder bestehender Programme zur Früherkennung die Prävalenz erhöhen. Beispielsweise ist aktuell geplant, Männern bereits im Alter von 50 Jahren (statt wie bisher 55) eine Koloskopie anzubieten, da Studien gezeigt haben, dass das Darmkrebsrisiko bei Männern früher als bei Frauen stieg⁸³.

4.1.2. Sektorenübergreifende Aspekte

Sektorenübergreifende Aspekte wurden im Rahmen von Teilprojekt 1 über Indikatoren der Leistungsfähigkeit (hier v. a. die Bereiche Kontinuität und z. T. Zugang) krankheitsbildspezifisch und krankheitsbildbezogen betrachtet. Nicht für alle im Projekt betrachteten Krankheitsbilder wurden Qualitätsindikatoren gefunden, die sich auf Kreisebene mit Sekundärdaten abbilden lassen (Demenz und Diabetes mellitus Typ 1). Im Bereich der Schlaganfallversorgung gibt es mit den Qualitätsindikatoren der GeQiK bereits eine gute Erfahrungs- und Datengrundlage, die für die Versorgungsplanung herangezogen werden kann. Im Rahmen des Modellprojekts wurden für den Bereich der Kontinuität und des Zugangs die Indikatoren „PatientInnen mit Schlaganfall und rascher Aufnahme in ein Krankenhaus gemäß Helsingborg-Deklaration (innerhalb von drei Stunden)“, „PatientInnen mit Schlaganfall und Weiterbehandlung in Reha-Klinik“ und „PatientInnen mit Schlaganfall und Pflegeüberleitungsbogen bei Entlassung“ in Baden-Württemberg und in den drei Landkreisen der Modellregion betrachtet.

⁸³ <https://www.krebsinformationsdienst.de/tumorarten/darmkrebs/frueherkennung.php> [letzter Zugriff am 24.04.18]

Für alle drei genannten Indikatoren ist ein möglichst hoher Anteil erstrebenswert. Hier zeigte sich für alle drei Indikatoren, insbesondere bei der raschen Aufnahme von PatientInnen mit Schlaganfall, dass noch Verbesserungspotenzial besteht. Aber auch Indikatoren des ambulanten Versorgungsangebotes (Haus- und FachärztInnen, ambulante Pflege) können implizit zu einer sektorenübergreifenden Betrachtung beitragen, da Fragen der intersektoralen Koordination meist in die Richtung weisen, dass ambulante Versorgungsstrukturen stärker genutzt werden sollten, indem sie früher oder mehr genutzt werden sollten. Insbesondere in ländlichen Regionen sollte in dieser Hinsicht das ambulante Versorgungsangebot weiterhin im Blick behalten werden angesichts der niedrigeren Ärztedichte im Vergleich zu städtischen Regionen, der voraussichtlichen Zunahme des Versorgungsbedarfs und des beobachteten Rückgangs vertragsärztlicher Versorgungsanteile. Des Weiteren zielt die Analyse der Häufigkeit von Versorgungsschnittstellen auf sektorenübergreifende Aspekte ab. Bei allen betrachteten Krankheitsbildern ergab sich für den Großteil der Betroffenen eine Inanspruchnahme mehrerer Versorgungsbereiche. Den gemeinsamen Nenner bildete die hausärztliche Versorgung, auch wenn die Inanspruchnahme dieses Bereiches durch die Daten überschätzt ist. Hintergrund ist die zur Verfügung stehende Datenquelle, welche überwiegend die Daten der Versicherten der AOK BW beinhaltet. Diese Krankenversicherung setzt für ihre Versicherten im Rahmen des HzV-Programmes durch eine freiwillige Teilnahme im entsprechenden Vertrag eine verpflichtende Vorstellung zunächst beim Hausarzt voraus.

4.1.3. Krankheitsbildspezifische interregionale Pfade bei der Inanspruchnahme von Krankenhausleistungen

Die Analyse der Inanspruchnahme von Krankenhausleistungen nach Wohnort der Betroffenen und Ort der Inanspruchnahme auf Kreisebene zeigt drei wesentliche krankheitsbildspezifische Tendenzen, die sich u. a. mit den unterschiedlichen Indikationen für eine Krankenhausbehandlung erklären lassen: Land-Stadt-Wanderung, Unterschiede der Wanderungsdichte und Zentralisierung. Über alle betrachteten Krankheitsbilder hinweg erhielten viele Betroffene, die in einem Landkreis wohnten und sich außerhalb ihres Wohnortes behandeln ließen, ihre Krankenhausbehandlung im benachbarten Stadtkreis (z.B. von Alb-Donau-Kreis nach Stadtkreis Ulm, von Rhein-Neckar-Kreis nach Stadtkreis Heidelberg). Eine weitere Tendenz sind Unterschiede der Wanderungsdichte: je nach Krankheitsbild findet die Versorgung häufiger im Wohnort statt, z.B. bei Betroffenen von Diabetes mellitus Typ 2 und Schlaganfall. Im Bereich der Schlaganfallversorgung ist eine schnell erreichbare Diagnostik und Therapie in Schlaganfalleinheiten wichtig für ein besseres Gesundheitsoutcome, was in der Schlaganfallkonzeption Baden-Württemberg berücksichtigt ist. Bei Diabetes mellitus Typ 2 sollte die Notfallbehandlung (z.B. Hypoglykämie) in einem Krankenhaus erfolgen, auch ein nicht spezialisiertes Krankenhaus kommt dafür infrage.⁸⁴ Dies könnte eine Erklärung für den hohen Anteil an PatientInnen sein, der sich im Wohnort stationär behandeln ließ, trotz der geringeren Zentrendichte im Vergleich zur Schlaganfallversorgung. Eine Zentralisierung, d. h. eine Inanspruchnahme von Krankenhausleistungen in einem Stadt- oder Landkreis durch PatientInnen, die aus vielen verschiedenen, darunter auch nicht direkt angrenzenden Kreisen kommen, war am deutlichsten bei Diabetes mellitus Typ 1 (Main-Tauber Kreis) als Hauptdiagnose und bei Depression (z.B. Landkreise Calw und Rottweil) vorhanden.

⁸⁴ Nationale Versorgungsleitlinie – Therapie des Typ-2-Diabetes. http://www.deutsche-diabetes-gesellschaft.de/fileadmin/Redakteur/Leitlinien/Evidenzbasierte_Leitlinien/NVL_Typ-2_Therapie-lang_Apr_2014.pdf [letzter Zugriff am 24.04.18]

4.1.4. Analyseebene „Kreis“

Die in Teilprojekt 1 durchgeführte Sekundärdatenerhebung erfolgte in erster Linie auf Ebene der 44 Stadt- und Landkreise Baden-Württembergs. Ob diese Betrachtungsebene für regionale Analysen sinnvoll sein kann, lässt sich u. a. daran ableiten, ob die Kreise sich in der Ausprägung der ausgewählten Indikatoren klar unterscheiden und sich damit auch Unterschiede für die Planung ergeben. Hierzu ergab sich ein differenziertes Bild. Zum Teil gibt es Indikatoren, die keine bis geringe regionale Unterschiede aufzeigen. Dies betrifft z.B. die administrative Prävalenz von vergleichsweise seltenen Krankheitsbildern, bei denen regionale Unterschiede in absoluten Dimensionen vergleichsweise niedrig sind. Beispielsweise beim Krankheitsbild Anorexia nervosa lag die absolute administrative Prävalenz im Jahr 2013 adjustiert nach Alter und Geschlecht zwischen 0,03% bis 0,11%. Andererseits gibt es Indikatoren, die deutliche Unterschiede aufzeigen. Z.B. kamen im Jahr 2013 im Stadtkreis Heidelberg 642 Einwohner auf eine/n PsychotherapeutIn, während die PsychotherapeutInnendichte im Landkreis Schwäbisch Hall um mehr als ein 17-Faches geringer war. Die Analyseebene „Kreis“ erscheint insgesamt sinnvoll, jedoch für einzelne Fragestellungen nicht immer zielführend.

4.2. Teilprojekt 2 - Entwicklung eines landkreis- und sektorenübergreifenden Versorgungskonzepts

Unter Berücksichtigung der in den Teilprojekten erarbeiteten Ergebnisse und der relevanten Literatur wurde ein landkreis- und sektorenübergreifendes Versorgungskonzept entwickelt. Dazu wurden die vier in Kapitel 3.4 dargestellten Themenbereiche als Bausteine eines solchen Konzepts definiert. Im Sinne einer patientInnenzentrierten Versorgung wurde davon ausgegangen, dass die Bedarfe und Bedürfnisse der BürgerInnen im Mittelpunkt stehen (siehe Abbildung 126).



Abbildung 126: Vier Bausteine der Versorgung

Ein landkreis- und sektorenübergreifendes Versorgungskonzept sollte alle vier Bausteine beinhalten, mit jeweils verschiedenen „Unterbausteinen“, die für unterschiedliche Krankheitsbilder mehr oder weniger relevant sein können. Die einzelnen Bausteine stehen in Beziehung zueinander und sind miteinander verbunden. Als geeignetes Bild können die Bausteine in Form von ineinandergreifenden Zahnrädern dargestellt werden. Der Baustein „Vernetzung“ stellt das verbindende Element dar, das diese Zahnräder koordiniert bewegt (siehe Abbildung 127).



Abbildung 127: Vernetzung als Verbindung der Bausteine

Im nächsten Schritt wurden die bisher erarbeiteten Inhalte mit den in Kapitel 1.2. dargestellten nationalen und internationalen Ansätzen und Strategien für eine regionale sektorenübergreifend vernetzte und koordinierte Versorgung verglichen [1,5–8,72].

Wichtige Ziele und Prinzipien dieser Ansätze sind die Gewährleistung einer umfassenden, koordinierten Gesundheitsversorgung aus einer Hand, die sowohl horizontal als auch vertikal sektorenübergreifend integriert ist (sowohl ambulant-stationär als auch Medizin, Pflege, soziale und kommunale Angebote, Gesundheitsförderung und Prävention, Rehabilitation, Arzneimittelversorgung, palliative Versorgung = comprehensive, co-ordinated care).

Wichtige Eckpfeiler zur Umsetzung dieser Ziele sind ein Primärversorgungszentrum (z.B. lokales Gesundheitszentrum, PORT), in dem ein multiprofessionelles Team zusammenarbeitet, die Integration von Gesundheitsförderung und Prävention, die enge Verzahnung mit sozialen, ehrenamtlichen und Selbsthilfe-Angeboten in der Kommune sowie mit Mobilitäts-, Wohn- und Pflegeangeboten für ältere Menschen, eine gute Kooperation der GesundheitsakteurInnen über Sektoren und Berufsgruppen hinweg und eine optimale Koordination der Versorgungsangebote. Um dies zu ermöglichen, werden unterschiedliche Werkzeuge eingesetzt, wie z.B. einrichtungübergreifende elektronische Patientenakten, telemedizinische Anwendungen (Telekonsile, Videosprechstunden), multiprofessionelle Fallbesprechungen, integrierte Versorgungspfade für Erkrankungen. Ebenfalls wichtig sind eine Transparenz des Versorgungsangebots, z.B. durch entsprechende lokale Plattformen im Internet, sowie eine Unterstützung der BürgerInnen bzw. PatientInnen bei der Suche und bedarfsgerechten Auswahl von Angeboten, z.B. durch ein persönliches Fallmanagement.

Der Vergleich zeigte, dass sich die vier Bausteine des Konzeptentwurfs in den genannten Ansätzen wiederfinden: Die Bausteine *Lebenswelten* sowie *Information und Aufklärung* decken den Bereich der Gesundheitsförderung und Prävention umfassend ab. Der Baustein *Versorgungsangebot* umfasst alle genannten Leistungserbringer aus Gesundheitsförderung und Prävention, Medizin und Pflege, aber auch Selbsthilfe, bürgerschaftliches Engagement, soziale Dienste und Beratungsstellen. In dem Baustein *Vernetzung* sind alle Maßnahmen enthalten, die eine gute Kooperation der AkteurInnen und eine optimale Koordination der Angebote ermöglichen. Dies kann durch eine Ansiedlung unterschiedlicher AkteurInnen unter einem Dach in einem Zentrum (z.B. Kompetenzzentrum für eine be-

stimmte Erkrankung, Zentrum für Primärversorgung) erfolgen oder auch durch einen dezentralen Ansatz, bei dem die AkteurInnen z.B. durch eine gemeinsame elektronische Patientenakte, Fallbesprechungen und Versorgungspfade eng miteinander verbunden und in regelmäßigem Austausch sind.

Die Projektergebnisse wurden in den Kontext der beschriebenen theoretischen Ansätze und Strategien gestellt. Auf dieser Basis wurde ein regionales Gesundheitsnetz als Rahmenkonzept für eine sektoren- und krankheitsübergreifende Versorgung entwickelt (siehe Abbildung 128). Für die Umsetzung eines solchen Rahmenkonzepts auf regionaler Ebene sollte dieses an die lokalen Gegebenheiten angepasst werden. Präferenzen der GesundheitsakteurInnen und der Bevölkerung sollten berücksichtigt und bereits vorhandene Einrichtungen, Kooperationen und weitere Ressourcen einbezogen und genutzt werden. Daher werden außerdem konkrete Maßnahmen zur Umsetzung in der Modellregion formuliert. Zu diesen Maßnahmen werden jeweils Beispiele guter Praxis genannt, die bereits in der Modellregion oder in Baden-Württemberg umgesetzt sind und als Ideengeber für andere Regionen fungieren können.

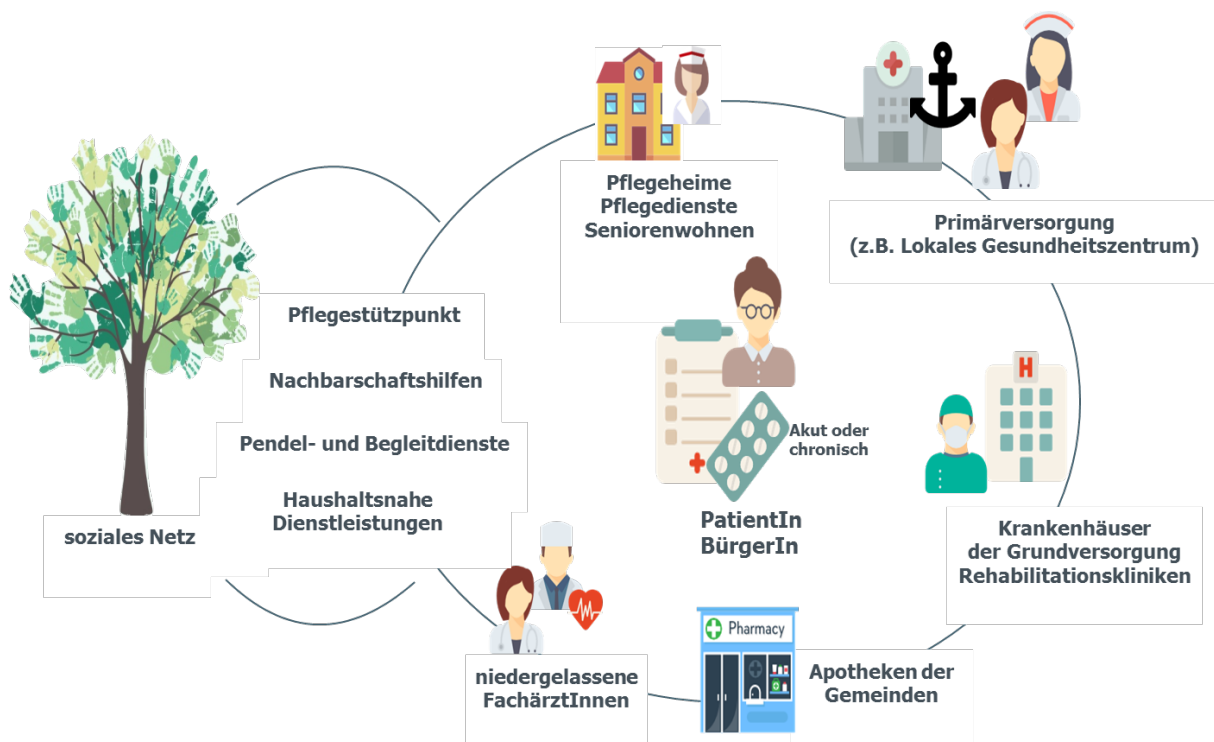


Abbildung 128: Regionales Gesundheitsnetz als Rahmenkonzept für eine sektorenübergreifend vernetzte und koordinierte Versorgung (Grafik: K. Kappelhoff)

4.2.1. Primärversorgung als Basis

Der Ausbau einer qualitativ hochwertigen Primärversorgung stellt die Basis eines umfassenden Versorgungskonzepts dar. Diese sollte nach den Prinzipien des oben beschriebenen Chronic Care Modells [3] und des Patient-Centered Medical Home [4] ausgestaltet werden. Das kann z.B. durch die Einrichtung von Primärversorgungszentren erreicht werden, in denen multiprofessionelle Behandlungsteams zusammenarbeiten und gut miteinander vernetzt sind. Ein Beispiel hierfür sind lokale Gesundheitszentren bzw. PORTs (siehe Abbildung 4), die viele verschiedene medizinische und ergänzende Angebote vorhalten, die auf den regionalen Bedarf abgestimmt sind. Dieser Bedarf muss an-

hand vorliegender Datenanalysen, Befragungen, etc. bestimmt werden. Wichtig ist eine patientInnenzentrierte Versorgung, die am Bedarf individueller, insbesondere von Menschen mit chronischen Erkrankungen ausgerichtet ist. Auch die Integration eines Case Managements (für eine Definition siehe weiter unten) spielt hier eine wichtige Rolle. Ein interdisziplinärer fachlicher Austausch kann beispielsweise durch regelmäßige Fallkonferenzen und die gemeinsame Erstellung von Behandlungsplänen für PatientInnen mit komplexen Erkrankungen erreicht werden. Solche Zentren sollten, wenn vorhanden, ausgebaut und ansonsten eingerichtet werden.

Beispiel „PORT Hohenstein“⁸⁵

Das PORT-Gesundheitszentrum in Hohenstein, das eng an die *Gesunde Gemeinde* Hohenstein angebunden ist, schafft Gesundheit aus einer Hand in der Region. Das PORT-Gesundheitszentrum orientiert sich wesentlich am Primary Health Care Konzept der WHO (Deklaration von Alma Ata) und der Ottawa Charta zur Gesundheitsförderung.

Im PORT-Gesundheitszentrum wird der Mensch ganzheitlich gesehen. Das Zentrum sucht gemeinsam mit dem Menschen nach individuellen Lösungswegen, die sowohl seine Kompetenzen und Ressourcen wie auch seine Einschränkungen und Hemmnisse berücksichtigen. Die Wege werden mit Hilfe des Lotsen/Case Managers gebahnt. Im wertschätzenden Gespräch werden die PatientInnenanliegen, die Interessen, Erwartungen und das individuelle Bewältigungshandeln verstanden. Auf dieser Grundlage werden gemeinsam die passenden Schritte entwickelt und der/die PatientIn in seiner/ihrer individuellen Krankheitsbewältigung begleitet. Die Fähigkeiten der/die PatientIn im Umgang mit Krankheit und Gesundheit werden anerkannt. Das Selbstmanagement wird aktiv durch die im PORT-Gesundheitszentrum Tätigen unterstützt. Die PatientInnen praktizieren mehr gesundheitliche Selbstfürsorge und bringen sich mit ihrem gesundheitlichen Wissen und Kompetenzen ein. Die Gesundheitsberufe und PatientInnen begegnen sich als Wissende und Lernende zugleich, der/die PatientIn als der/die Erfahrene und der/die ÄrztIn /Gesundheitsberufe als der/die Begleitende. Durch die in alle Konzepte und Maßnahmen integrierte Gesundheitsförderung und Prävention lässt sich von Gesundheit aus einer Hand sprechen. In das große regionale Gesundheitsnetzwerk sind weitere Partner (örtliche Apotheken, Schulen, Kindergärten, Vereine u. a.), Sektoren (Kreiskliniken Reutlingen, Universitätsklinikum Tübingen u. a.) und bedarfsadaptierter Angebote (Konsiliarsprechstunden, PatientInnenschulungen u. a. etc.) eingebunden und ergänzen das Konzept nach angloamerikanischem und skandinavischem Vorbild im Sinne eines „Community Health Center“. Sie agieren auf Augenhöhe und tauschen sich regelmäßig fallorientiert aus. Die Wege zu Kliniken, FachärztInnen, Seelsorge, Hospizdienst sind gut gebahnt. Verschiedenste e-Health-Techniken werden eingesetzt. Ehrenamt und professionelle Anbieter arbeiten Hand in Hand. Dadurch gibt es ein vielfältiges Angebot, das auf den regionalen Bedingungen aufbaut. Das PORT-Gesundheitszentrum unterstützt alle Anbieter sowie die Bürgerinnen und Bürger mit Weiter/Fortbildung, Informationen und der Möglichkeit zur Raumnutzung.

Der interprofessionelle Ansatz sowohl in der Patientenversorgung als auch beim Lernen und Lehren dient als Leitstruktur.

⁸⁵ <https://www.medizin.uni-tuebingen.de/Patienten/Institute/Allgemeinmedizin/Innovative+Versorgung/Hohenstein+.html>
[letzter Zugriff am 07.05.18]

4.2.2. (Landkreisübergreifende) Kompetenzzentren für spezielle Erkrankungen

Um die Integration der Angebote bei der Behandlung spezieller Erkrankungen zu verbessern, sollten Kompetenzzentren eingerichtet werden. Beispielsweise finden sich in den Landkreisen bereits zertifizierte Darmkrebszentren, die als Vorbild für ähnliche Zentren für weitere Erkrankungen dienen könnten. Wichtig ist eine Koordination der Patientenströme: PatientInnen mit Darmkrebs sollten z.B. (so weitgehend wie möglich) im zertifizierten Darmkrebszentrum behandelt werden. Wo es sinnvoll erscheint und die Erreichbarkeit gesichert ist, könnten solche Zentren auch landkreisübergreifend betrieben werden. Kompetenzzentren beinhalten eine umfassende Versorgung: Diagnostik und multimodale Therapie einschließlich Nachsorge finden durch ein gut vernetztes, multiprofessionelles Behandlungsteam statt. Unnötige Zusatz- und Doppeluntersuchungen können somit vermieden werden. Im Fall der zertifizierten Darmkrebszentren finden PatientInnen hier ambulante/stationäre Zentren incl. einer Behandlungscoordination durch das zertifizierte Darmkrebszentrum (Case Management) sowie einem Programm für Familienangehörige. Die Möglichkeit der Nachsorge im zertifizierten Darmkrebszentrum ist wichtig und sollte ausgebaut werden, ebenso wie die Verbesserung der Zusammenarbeit von Zentren und niedergelassenen ÄrztInnen. In onkologischen Kompetenzzentren ist die Anbindung einer psychosozialen Krebsberatungsstelle sinnvoll, muss aber nicht zwingend örtlich mit dem Zentrum zusammenhängen.

Analog dazu wurde von den ExpertInnen in den Landkreisen die Einrichtung von sektorenübergreifenden „Diabeteshäusern“ für eine optimierte Diabetesbehandlung vorgeschlagen, in denen ebenfalls multiprofessionelle Teams zusammenarbeiten. Auch bei dieser chronischen Erkrankung ist eine Kooperation und Vernetzung der unterschiedlichen AkteurInnen sehr wichtig, wie z.B. zwischen behandelnden ÄrztInnen, PodologInnen, DiabetesberaterInnen und OptikerInnen. Die Koordination der Behandlung (Case Management) könnte durch das Zentrum übernommen und beispielsweise durch eine webbasierte Koordinationsstelle gesteuert werden. Hier wäre denkbar, kleinere Außenstellen der Kompetenzzentren innerhalb der Landkreise zu etablieren, um Routineuntersuchungen und Schulungen wohnortnah anbieten zu können.

Beispiele Diabeteszentren

Diabeteszentrum der Klinik Tettang (Bodenseekreis)⁸⁶: von der Deutschen Diabetes Gesellschaft (DDG) als Behandlungszentrum Diabetes mellitus Typ 1 und 2 DDG und als Behandlungszentrum Diabetischer Fuß zertifiziert.

- Entwicklung individuell abgestimmter Behandlungskonzepte
- Schulung der PatientInnen
- Therapie

Am St. Elisabethen-Klinikum der Oberschwabenklinik in Ravensburg besteht eines der besten und größten zertifizierten Diabeteszentren für Kinder und Jugendliche im Land, das im Bodenseeraum einzigartig ist⁸⁷. Zu seinem Einzugsgebiet zählen vier Landkreise.

⁸⁶ http://www.klinik-tettang.de/meta-menu/aktuell/einzelansicht/browse/14/nachricht/diabeteszentrum-der-klinik-tettang-ist-rezertifiziert.html?tx_ttnews%5BbackPid%5D=1532&cHash=38d6a1fc15976beaa12b19b03ecb4e77 [letzter Zugriff am 24.04.18]

⁸⁷ http://www.oberschwabenklinik.de/newsliste/detailseite.html?tx_news_pi1%5Bnews%5D=137&cHash=4feed539113a823fd1d5633d34f8486 [letzter Zugriff am 24.04.18]

Weitere Erkrankungen, für die eine zielgerichtete Bündelung von Kompetenzen hilfreich sein könnte, sind psychische Erkrankungen, wie beispielsweise Depressionen und Essstörungen sowie chronische Schmerzsyndrome. Für einige Krankheitsbilder gibt es bereits spezialisierte Zentren, die ggf. ausgebaut werden können. Die Initiierung neuer Zentren sollte dort stattfinden, wo bereits Fachkompetenz vor Ort ist. Auch sollten die Zentren eng mit niedergelassenen ÄrztInnen und mit Gesundheits- und anderen Netzwerken und -akteurInnen in der jeweiligen Region zusammenarbeiten. Hierzu wäre ein unterstützender Datenpool hilfreich.

Beispiel Kompetenzzentrum für Essstörungen mit Institutsambulanz am Universitätsklinikum Tübingen

Ziel einer Zentrenbildung ist die Schaffung von Mehrwerten gegenüber der konventionellen Versorgung. Bereits bestehende Standorte, wie beispielsweise KOMET⁸⁸, das Kompetenzzentrum für Essstörungen des Universitätsklinikums Tübingen, können als Kristallisationspunkte auch für den Landkreis Reutlingen und andere Landkreise dienen und sollen weiterentwickelt werden. KOMET ist das deutschlandweit erste universitäre Kompetenzzentrum für Essstörungen, das die gesamte Lebensspanne umfasst und somit einen Zusammenschluss verschiedener Abteilungen und Experten darstellt. Neben der Verbesserung der klinischen Versorgung von Betroffenen mit Essstörungen haben die beteiligten Experten ein langjähriges Interesse an der Erforschung der Grundlagen der Entstehung und Chronifizierung von Essstörungen sowie ihrer wirksamen Behandlung. Ein Anliegen von KOMET ist die Entwicklung von neuen effektiven Behandlungsansätzen. In der jüngsten Vergangenheit wurden in diesem Zusammenhang bereits weltweit beachtete Therapieprogramme entwickelt und veröffentlicht. Durch die langjährige Vernetzung mit niedergelassenen Kollegen ist der ambulante Sektor eng an KOMET angebunden. Als dritter Bereich widmet sich KOMET der Aus- und Weiterbildung sowie der Präventionsarbeit.

Das Kompetenzzentrum für Essstörungen besteht aus mehreren Kernbereichen. Neben der individuellen Behandlung und Gesamtbehandlungsplanung zählt Vernetzung mit weiteren AkteurInnen, strategische Entwicklung, Wissenschaft sowie Gesundheitsförderung und Prävention zur den Aufgaben des Kompetenzzentrums.

Im Kompetenzzentrum arbeiten SpezialistInnen verschiedener Fachdisziplinen sowie externe KooperationspartnerInnen eng zusammen. Die Behandlung in diesem Zentrum kann sowohl ambulant als auch stationär oder teilstationär erfolgen (sektorenübergreifende Versorgung). Ein Gesundheitslotse als Teil des Versorgungsteams unterstützt das Behandlungsmanagement und betreibt die Vernetzung. Ausgehend vom Kompetenzzentrum erfolgt die Netzwerkbildung und Präventionsarbeit. Geschulte Lehrer bzw. School-Nurse sind ebenso in die Präventionsarbeit eingebunden wie regionale Therapeuten und die Jugendhilfe. E-Health zum Austausch diagnostischer und therapeutischer Daten und zur Vernetzung mit umliegenden AkteurInnen ist ein zentraler Baustein des Zentrums.

Auch die Kommunikation der SpezialistInnen untereinander und mit dem Team der „Grundversorgung“ erfolgt durch ein gesichertes Netzwerk. Das Zentrum bietet einen niederschweligen Zugang. PatientInnen finden hier beispielsweise Anlaufstellen für Erstberatungen.

Die Koordination und Verwaltung der gesamten Versorgungsmöglichkeiten in der Region wird durch eine Koordinierungsstelle gesteuert und ständig aktualisiert.

⁸⁸ https://www.medizin.uni-tuebingen.de/Patienten/Kliniken/Psychiatrie+und+Psychotherapie/Kinder_+und+Jugendpsychiatrie-p-2463/Ambulanz/KOMET.html [letzter Zugriff am 24.04.18]

Über die Vernetzung mit der Universität erfolgen Wissenstransfer und die Umsetzung aktueller Forschungsergebnisse in die ärztliche Praxis.

Medizinische Rehabilitation wird mitgedacht und stellt weiteren Baustein in der Versorgung dar.

Beispiele Zertifizierte Darmkrebszentren

Landkreis Reutlingen

Das Darmzentrum Reutlingen ist ein zertifiziertes Darmkrebszentrum und wird von der Deutschen Krebsgesellschaft (DKG) e.V. empfohlen. Das Klinikum am Steinenberg in Reutlingen wurde als eine der ersten Kliniken in Baden-Württemberg zum Darmzentrum ernannt. In den Fokuskliniklisten ist es seit 2012 als »Top-Klinik« unter den besten 30 Kliniken Deutschlands gelistet. Im Darmzentrum hat man es sich zur Aufgabe gemacht, durch ein ganzheitliches Behandlungskonzept die Heilungschance bei Darmkrebs zu erhöhen und die Lebensqualität der betroffenen Patienten zu verbessern. Spezialisten verschiedener Fachdisziplinen sowie interne und externe KooperationspartnerInnen arbeiten eng zusammen. Zu den KooperationspartnerInnen gehören neben weiteren Kliniken und Instituten auch u.a. niedergelassene FachärztInnen, Sanitätshäuser, Seelsorge-Einrichtungen, Selbsthilfe und Stomaberatung sowie Hospizdienste im Landkreis Reutlingen. Im Falle von erblichem Darmkrebs wird ein Beratungstermin bei dem Institut für Humangenetik am Universitätsklinikum Tübingen vermittelt. Das Darmzentrum beteiligt sich an Darmkrebsstudien und war an der Entwicklung der Leitlinien für dieses Krankheitsbild beteiligt.

Vorsorge- und Früherkennungsuntersuchungen haben eine zentrale Bedeutung. Daneben entscheidet die Qualität der Behandlung über das Schicksal der Betroffenen. So können sämtliche Untersuchungen am Aufnahmetag erfolgen und damit unnötige Wartezeiten vermieden werden. Auf Basis der Untersuchungen wird in einer interdisziplinären Tumorkonferenz ein Behandlungsplan erstellt.

Nach erfolgter Operation wird der/die PatientIn in einem persönlichen Gespräch, auch gemeinsam mit Angehörigen, über notwendige und mögliche Behandlungskonzepte beraten. Die Nachsorge wird gemäß den Empfehlungen der medizinischen Fachgesellschaften, die dem Hausarzt im Entlassungsbrief mitgeteilt werden, in festgesetzten Zeitabständen durch den/die HausärztIn oder von niedergelassenen GastroenterologInnen (KooperationspartnerInnen) durchgeführt. Ziel ist, dass die PatientInnen möglichst lange zu Hause bleiben können und dass stationäre Aufenthalte vermieden bzw. so kurz als möglich gehalten werden können.

Landkreis Ravensburg

Das Darmzentrum Ravensburg wurde 2009 erstmals zertifiziert und ist Teil des Onkologischen Zentrums der Oberschwabenklinik, das PatientInnen bei Krebserkrankungen umfassende Versorgungsmöglichkeiten von Früherkennung über Therapie bis zur Nachsorge bietet^{89, 90}. Im Darmzentrum erfolgt eine enge Zusammenarbeit der Klinik für Allgemein- und Visceralchirurgie des St. Elisabethen-Klinikums der Oberschwabenklinik mit zahlreichen KooperationspartnerInnen aus dem niedergelassenen und klinischen Bereich. Hauptbehandlungspartner im Zentrum sind das Institut für Pathologie Ravensburg, die Gastroenterologische Schwerpunktpraxis in der Ravensburger Weststadt und die niedergelassene Gemeinschaftspraxis Onkologie Ravensburg. Im Rahmen von wöchentlichen Tumorkonferenzen des Onkologischen Netzwerks Oberschwabens werden interdis-

⁸⁹ <http://www.oberschwabenklinik.de/ihre-medizinische-versorgung/medizinische-zentren/darmzentrum/top-themen.html> [letzter Zugriff am 24.04.18]

⁹⁰ <http://www.oberschwabenklinik.de/ihre-medizinische-versorgung/medizinische-zentren/onkologisches-zentrum/top-themen.html> [letzter Zugriff am 24.04.18]

zipliniäre Fallbesprechungen abgehalten, um die Vernetzung ambulanter und stationärer Therapie und Versorgung sicherzustellen. Das Darmzentrum übernimmt die Koordination der Behandlung und folgt strikt an den Leitlinien der Fachgesellschaften ausgerichteten Behandlungskonzepten. Somit ergibt sich für PatientInnen ein vorstrukturierter Behandlungspfad. Durch eine Familienanamnese und Stammbaum-Analyse finden Präventionsmaßnahmen für PatientInnen mit erhöhtem Risiko früher statt. Durch das Darmzentrum werden eine ganzheitliche Betreuung und Versorgung sichergestellt (Schmerztherapie, psychoonkologische Betreuung, Seelsorge, Stomatherapie, Ernährungsberatung, Durchführung einer Chemotherapie oder Strahlentherapie, Unterstützung bei der Einleitung von Rehabilitationsmaßnahmen). Der Ablauf der Behandlung über das Darmzentrum ist wie folgt: Allgemeinmedizin (HausärztIn) überweist PatientInnen an Gastroenterologie. Diese stellt die erste Diagnose, gibt sofortige Information an das Darmzentrum und sendet das Präparat an die Pathologie. Das Darmzentrum, mit der Abteilung Viszeralchirurgie, untersucht den/die PatientIn und organisiert die Radiologie und das Tumorboard. Das Tumorboard berät sich über alle PatientInnen und fällt die Entscheidung, ob operiert wird oder eine Strahlentherapie erfolgt (bei Rektumkarzinom) oder eine Chemotherapie/palliative Chemotherapie stattfindet. Für MitarbeiterInnen finden regelmäßige Fort- und Weiterbildungen statt und das Darmzentrum beteiligt sich an klinischen Studien. Durch die Psychosoziale Krebsberatungsstelle der Oberschwabenklinik wird eine professionelle Beratung und Unterstützung angeboten.

Landkreis Biberach

Im zertifizierten Darmzentrum Biberach (2013 erstzertifiziert, 2016 rezertifiziert) erhalten PatientInnen mit Dickdarm- und Enddarmkrebs umfassende medizinische und pflegerische Versorgung. Experten verschiedener Fachbereiche kümmern sich um die PatientInnen und gewährleisten somit ein individuelles und optimal auf die jeweilige Diagnostik abgestimmtes Behandlungskonzept - interdisziplinär und ganzheitlich. Im Mittelpunkt steht dabei immer der Patient mit seiner ganz persönlichen Historie und körperlichen Konstitution.

Ziel ist es, den PatientInnen die bestmögliche Beratung, Diagnose und Behandlung zu bieten, selbstverständlich orientiert an den aktuell geltenden nationalen und internationalen Leitlinien.

Medizinisch wird durch regelmäßige Fort- und Weiterbildungen stets ein aktueller fachlicher Wissensstand garantiert. Die Behandlungsabläufe im Darmzentrum Biberach sind für den Patienten/die Patientin stets transparent und übersichtlich. Die Betroffenen haben so von Anfang an einen detaillierten Überblick über Ihre Termine, Ihre Ansprechpartner und Ihren Behandlungsplan. Ein reger Informationsfluss ist dem Darmzentrum dabei besonders wichtig - gemeinsam werden Fortschritte und das gemeinsame Ziel im Auge behalten: die Genesung und Gesundheit der PatientInnen.

Die moderne Tumorbehandlung ist sehr komplex und deshalb nur durch enge Vernetzung der verschiedenen Disziplinen möglich. Im Darmzentrum wird der Informationsfluss für die PatientInnen koordiniert.

Hauptkooperationspartner des Darmkrebszentrums Biberach: Sana Klinikum Biberach (Allgemein- und Viszeralchirurgie, Medizinische Klinik, Radiologie, Psychoonkologie, Thoraxchirurgie, sozialer Beratungsdienst, Ernährungsberatung, Physiotherapie u.v.m.), niedergelassene Praxen an der Sana-Klinik für Onkologie, Pathologie, Radiologie, Strahlentherapie, Institut für Humangenetik Universitätsklinikum Ulm, niedergelassene Praxen in Biberach für Innere Medizin, niedergelassene Praxis in Laupheim für Innere Medizin /Gastroenterologie, Palliativtherapie SAPV, Selbsthilfegruppe ILCO, Stomatherapie, Hospitzzdienste und viele weitere Partner.

4.2.3. Integration von Gesundheitsförderung und Prävention

Gesundheitsförderung und Prävention sollten nicht gesondert betrachtet, sondern in ein regionales Gesundheitsnetz integriert und als Teil eines sektorenübergreifenden Versorgungskonzeptes, somit gleichberechtigt neben Kuration, Rehabilitation und Pflege mitgedacht werden [11]. Der sog. Setting-Ansatz eignet sich für die Umsetzung und ist eine Strategie, die Gesundheitsförderung und Prävention in alle Lebenswelten (Settings) der BürgerInnen bezieht und dadurch auch diejenigen erreichen kann, die ungünstigere Gesundheitschancen haben. Mögliche Settings sind Städte und Gemeinden, Quartiere, Kitas, Schulen und Betriebe [73]. Im Rahmen eines regionalen Gesundheitsnetzes sollten die Kommunen dabei eine aktive Rolle in der Steuerungs- und Vermittlungsfunktion einnehmen. Nach einem Beschluss der Kommunalen Gesundheitskonferenz im Landkreis Reutlingen wird beispielsweise die Entwicklung nachhaltiger gesundheitsfördernder Strukturen im Landkreis gefördert. Eine Gemeinde oder Stadt kann durch Erfüllen festgelegter Kriterien das Zertifikat „Gesunde Gemeinde - Gesunde Stadt im Landkreis Reutlingen“ erhalten.

Beispiel Gesunde Gemeinde

Der Zertifizierungsprozess „Gesunde Gemeinde – Gesunde Stadt im Landkreis Reutlingen“ hat das Ziel, Gesundheitsförderung und Prävention durch eine engere Verknüpfung von Gesundheit mit der Kommunalpolitik strukturell in einer Kommune zu verankern, die Gesundheitskompetenz der Bevölkerung weiter zu schärfen, den Gesundheitsstand der BürgerInnen auf hohem Niveau zu halten und gesundheitsbezogene Innovationen umzusetzen.

Die Qualitätskriterien, die notwendigen Teilnahmevoraussetzungen, das Bewertungssystem und die Prozessschritte bis zur Zertifikatsverleihung werden in einer Handlungsempfehlung beschrieben. Beim Zertifizierungsprozess zeigt die Gemeinde, dass sie das Potential hat, eine Gesunde Gemeinde zu sein. Das Zertifikat ist auf drei Jahre befristet und kann durch eine Re-Zertifizierung verlängert werden. Bei der Re-Zertifizierung liegt der Schwerpunkt auf den Ausbau und Erhalt der geschaffenen gesundheitsfördernden Strukturen, der Umsetzung und Weiterentwicklung von erarbeiteten Zukunftsperspektiven und der Implementierung von Gesundheit als ein Baustein kommunaler Strategien.

Die „Gesunde Gemeinde - Gesunde Stadt im Landkreis Reutlingen“ fungiert als Drehscheibe aller Aktionen im Gesundheitsbereich der Gemeinde, egal, ob diese bereits bestehen oder erst entwickelt werden. An der Planung und Durchführung von Aktivitäten haben alle GemeindegängerInnen die Möglichkeit sich zu beteiligen. Einzelne oder Gruppen werden dabei unterstützt, für ihre Interessen selbstbestimmt und selbstverantwortlich einzutreten. Es soll direkt vor Ort gemeinsam mit der Gemeindeverwaltung für alle BürgerInnen Strukturen für eine optimale Lebensqualität geschaffen werden – und das heißt auch, ihnen eine Vielzahl von unterstützenden Angeboten so nah wie möglich vor die Haustür zu bringen. Ziel ist es, alle Gemeindemitglieder zu erreichen und so das Bewusstsein und die Eigenverantwortung für die eigene Gesundheit zu stärken. Die Kommune wird in ihrer gesundheitsbezogenen Gemeindeentwicklung unterstützt und bestärkt. Die „Gesunde Gemeinde“ lebt von der tatkräftigen Mitarbeit jener Menschen, die mit ihrem wertvollen Beitrag die Arbeit in den „Gesunden Gemeinden“ unterstützen und so Gesundheit in ihre Gemeinde bringen⁹¹.

Eine besonders wichtige Zielgruppe für Gesundheitsförderung und Prävention sind Kinder und Jugendliche. Bildungs- und Betreuungseinrichtungen wie z.B. Kitas nehmen als entsprechende Settings

⁹¹ <http://www.kreis-reutlingen.de/kgk/Gesunde-Gemeinde-Gesunde-Stadt> [letzter Zugriff am 24.04.18]

hierbei eine entscheidende Rolle ein. Daher sollten neben der gesundheitsförderlichen Gestaltung der Kitas und Schulen auch die Angebote zur Gesundheitsförderung und Prävention an Kitas und Schulen ausgebaut und neben den Kindern und Jugendlichen unbedingt auch die Eltern in die Umsetzung einbezogen werden. Dazu könnten beispielsweise die AkteurInnen (TherapeutInnen, Vereine, ÄrztInnen usw.) des regionalen Gesundheitsnetzwerkes rund um ein Gesundheitszentrum eingebunden werden.

Beispiele „Sterne für Schulen“ und „Sterne für Kindertageseinrichtungen“

Im Landkreis Biberach wird mit den Konzepten „Sterne für Schulen“⁹² und „Sterne für Kindertageseinrichtungen“⁹³ ein neuer Weg der Präventionsarbeit beschritten. Eine Schule oder eine Kindertageseinrichtung, die ein präventives Thema in ihrem Profil verankert hat und nachhaltig verfolgt, kann sich um die Auszeichnung mit einem Stern bewerben.

Im Bereich der Schule werden Sterne für die Umsetzung folgender Themen verliehen:

- Bewegung
- Ernährung
- Suchtprävention
- Gewaltprävention
- Ich und mein Körper
- Medienkompetenz

In den Kindertageseinrichtungen gibt es die Sterne

- Bewegung
- Ernährung
- Zahngesundheit
- Suchtprävention

Beispiel Integrierte kommunale Strategien (Präventionsketten): Präventionsnetzwerk Ortenaukreis⁹⁴

Bei integrierten kommunalen Strategien (auch Präventionsketten genannt) handelt es sich um lebensphasenübergreifende Gesundheitsstrategien, die unabhängig von der sozialen Lage, die Voraussetzungen für ein möglichst langes und gesundes Leben in der Kommune schaffen wollen (Kooperationsverbund Gesundheitliche Chancengleichheit, 2013⁹⁵). Oft beginnt die Präventionsarbeit bereits in der Schwangerschaft. Das Praxisforschungsprojekt Präventionsnetzwerk Ortenaukreis (PNO) des Landratsamtes Ortenaukreis hat zum Ziel, anknüpfend an den Frühen Hilfen, Kinder im Alter von 3-10 Jahren und deren Familien in ihrer Gesundheit und sozialen Teilhabe bestmöglich zu fördern. Dies wird durch eine flächendeckende Vernetzung des Gesundheits-, Jugendhilfe- und Bildungssystem angestrebt. Der Setting-Ansatz steht dabei im Fokus. Teilziele der Netzwerkarbeit sind u. a. eine verbesserte und systematische Abstimmung von Angeboten der Prävention und Gesundheitsförderung im Ortenaukreis, verbesserte Zugangswege für Familien zu

⁹² <http://www.biberach.de/landkreis/programme-projekte/sterne-schulen.html> [letzter Zugriff am 24.04.18]

⁹³ <http://www.biberach.de/landkreis/programme-projekte/sterne-kindertageseinrichtungen.html> [letzter Zugriff am 24.04.18]

⁹⁴ www.pno-ortenau.de [letzter Zugriff am 24.04.18]

⁹⁵ <https://www.gesundheitliche-chancengleichheit.de/integrierte-kommunale-strategien> [letzter Zugriff am 24.04.18]

Fachkräften und Institutionen, die Unterstützung bei Prävention und Gesundheitsförderung bieten, Weiterentwicklung von einzelnen Bildungsinstitutionen zu gesundheitsförderlichen Einrichtungen und die Qualifizierung von Fachkräften in Themen der Prävention und Gesundheitsförderung. Seit 2014 tagen kreisweite Präventions- und Gesundheitskonferenzen und regionale Runde Tische. Für die Netzwerkvertiefung sind neben einer zentralen Präventionsbeauftragten für den Kreis, noch fünf regionale Präventionsbeauftragte tätig (PNO, 2015⁹⁶).

Für die Schule wird ein **Gesamtkonzept „Gesunde Schule“** empfohlen. Das Thema Gesundheit sollte im Lehrplan noch stärker berücksichtigt werden, z.B. als spezielles Schulfach, wie beispielsweise „Gesundheit“, „Gesundheitskompetenz“ oder „Mein Körper und ich“. Sinnvoller erscheint es jedoch, das Thema Gesundheit mit seinen verschiedenen Facetten in allen Jahrgangsstufen fächerübergreifend zu integrieren, um auf diese Weise „lebenspraktische“ Fächer zu schaffen und das Thema „Gesundheit“ als eine Art „roten Faden“ durchgängig zu integrieren. Das Konzept sollte neben der Verhaltensänderung (z.B. durch Wissensvermittlung) auch die gesundheitsförderliche Gestaltung der Schule/Schulumgebung in den Blick nehmen. Hierzu zählen eine entsprechende Gestaltung der Räumlichkeiten (z.B. Umgestaltung von Klassenräumen und Pausenhof zur Anregung für mehr Bewegung), ein ausgewogenes und kindgerechtes Verpflegungsangebot (z.B. Optimierung der Schulverpflegung in Mensa und Schulkiosk nach gesundheitsförderlichen Aspekten) und die Verankerung organisatorischer, räumlicher und zeitlicher Strukturen, die einen gesunden Lebensstil erleichtern. Die Verantwortung liegt hier bei den Schulträgern. Ein wichtiger Schritt in diese Richtung ist beispielsweise das mit dem Schuljahr 2017/18 gestartete EU-Schulprogramm, bei dem Kinder in Kitas und Schulen regelmäßig kostenlos Obst und Gemüse und/oder Milch (-produkte) erhalten⁹⁷.

Auch im Schulsport sollte umgedacht werden mit dem Ziel, Freude an Bewegung in den Vordergrund zu stellen und nicht die Benotung der sportlichen Leistung. Die Stärkung der individuellen Ressourcen und die Förderung von Selbstwirksamkeit sollten stets im Mittelpunkt stehen.

Kindern und Jugendlichen sollte es leichter gemacht werden, die gesündere Wahl im Alltag zu treffen.

Eine frühe Aufklärung über Risikofaktoren, Ursachen und mögliche Präventionspotenziale von Erkrankungen, wie z.B. Diabetes mellitus, und über lebensbedrohliche Symptome, wie z.B. des Schlaganfalls, ist wichtig. Hier könnte beispielsweise vermehrte Projektarbeit sinnvoll sein, um eine Wissens- und Kompetenzvermittlung zu erreichen. Die Beteiligung der Eltern ist für die Nachhaltigkeit solcher Maßnahmen (z.B. in Bezug auf gesunde Ernährung und Bewegung) allerdings von großer Bedeutung.

Die Einrichtung von Gesundheitszirkeln an Schulen wird empfohlen sowie regelmäßig stattfindende Fachvorträge. Diese Veranstaltungen sollten multiprofessionell organisiert und durchgeführt werden. Gesundheitsrelevante Themen sollten schon in die Aus-, Fort- und Weiterbildung von Lehrkräften übernommen werden. Die Akzeptanz von Lehrerschulungen sollte verbessert und mehr Lehrkräfte zu Schulungen motiviert werden. Es kann über die Einführung verpflichtender Lehrerschulungen nachgedacht werden, z.B. zum Umgang mit Kindern mit chronischen Erkrankungen.

Schulen, die all diese Themen berücksichtigen und sich beispielhaft und über das gesetzlich vorgeschriebene Maß hinaus für die Schaffung gesundheitsförderlicher Rahmenbedingungen einsetzen, werden in den Landkreisen Biberach und Ravensburg mit einer Auszeichnung belohnt, wie das nachfolgende Beispiel aus dem Landkreis Ravensburg zeigt.

⁹⁶ <http://www.pno-ortenau.de/PNO> [letzter Zugriff am 24.04.18]

⁹⁷ www.schulprogramm-mlrbw.de [letzter Zugriff am 24.04.18]

Beispiel Projekt „Siegel Gesunde Schule“

Im Landkreis Ravensburg werden über das Projekt „Siegel Gesunde Schule“⁹⁸ – ein Ergebnis der Kommunalen Gesundheitskonferenz – in enger Kooperation mit dem Bodenseekreis „Gesunde Schulen“ zertifiziert und gefördert. Darüber hinaus haben alle Schulen im Landkreis die Möglichkeit, fortlaufend individuelle und kostenlose Beratung und Unterstützung in Anspruch zu nehmen. Auch die Informationsvermittlung und die Schaffung von Transparenz der bestehenden Angebote für Schulen stellen einen wichtigen Baustein des Projekts dar. Ein interdisziplinäres Netzwerk von AkteurInnen aus verschiedensten Bereichen der Gesundheitsförderung und Prävention im Landkreis Ravensburg trägt diesen Prozess, der durch das Gesundheitsamt Ravensburg koordiniert wird. Ziele sind die Förderung gesundheitsförderlicher Lebens- und Arbeitsbedingungen im Setting Schule, die Sensibilisierung für schulische Gesundheitsförderung und Prävention, die Förderung von Netzwerkarbeit und das Sichtbarmachen von Beispielen guter Praxis bzw. der Transfer von Beispielen guter Praxis unter den Schulen.

Ein weiterer bewährter und erfolgreicher Ansatz ist das Gesundheitsförderprogramm „Komm mit in das gesunde Boot“ der Baden-Württemberg Stiftung⁹⁹. Das Programm wird landesweit an Grundschulen und Kindertageseinrichtungen durchgeführt. Der Kompetenzerwerb in den Bereichen Bewegung, Freizeitgestaltung und gesunde Ernährung steht im Mittelpunkt des Programms. Die Inhalte orientieren sich am Bildungsplan für die Grundschule und am Orientierungsplan für den Kindergarten. Ein wesentlicher Bestandteil sind Fortbildungsangebote mit einem „peer-to-peer“-Ansatz zur Stärkung von Kernkompetenzen der Lehrkräfte, Erzieherinnen und Erzieher.

Weiterhin wird die Einführung von Schulgesundheitsfachkräften an Schulen empfohlen. Dieses ließe sich z.B. im Rahmen eines Modellprojekts in der Modellregion umsetzen, wie es auch schon in anderen Bundesländern durchgeführt wurde und wird¹⁰⁰. In einem derzeit laufenden Modellprojekt in Hessen und Brandenburg erfolgt die Qualifizierung zur Schulgesundheitsfachkraft im Vorfeld und berufsbegleitend während des Einsatzes¹⁰¹. Aufgabe dieser Fachkräfte ist es, Informationsveranstaltungen zu organisieren, Maßnahmen zur Gesundheitsförderung und Prävention mit den Beteiligten zu planen bzw. umzusetzen sowie Lehrkräfte- und Schülerschulungen durchzuführen. Da sie über eine Ausbildung zur Gesundheits- und Krankenpflegekraft sowie über mindestens 3 Jahre Berufserfahrung verfügen, können sie außerdem Kinder mit chronischen Erkrankungen (z.B. mit Diabetes mellitus Typ 1) in der Schule unterstützen. Durch diese Fachkraft könnten die LehrerInnen mit diesen Aufgaben entlastet werden.

Denkbar wäre darüber hinaus ein Ausbau der gesundheitlichen Versorgung in Schulen nach dem Vorbild der in den USA verbreiteten „School-based Health Centers“, in denen regelmäßige Sprechstunden für SchülerInnen angeboten werden. In diesen Zentren arbeitet ein interdisziplinäres Team bestehend aus Gesundheits- und KrankenpflegerInnen, ÄrztInnen, SozialarbeiterInnen, Alkohol- und Drogenbeauftragten und ggf. weiteren Berufsgruppen. Ziel ist es, neben der Sicherstellung der Primärversorgung auch wichtige Aspekte der Gesundheitsförderung und Prävention frühzeitig im Setting Schule zu vermitteln. Zielgruppe sind Kinder und Jugendliche von der Grundschule bis zur weiter-

⁹⁸ www.siegel-gesunde-schule.de [letzter Zugriff am 24.04.18]

⁹⁹ www.gesundes-boot.de [letzter Zugriff am 24.04.18]

¹⁰⁰ Siehe z. B. Einsatz von Schulgesundheitsfachkräften an ausgewählten Grundschulen in Flensburg“ für das Jahr 2016, Gefördert durch das Ministerium für Soziales, Gesundheit, Wissenschaft und Gleichstellung des Landes Schleswig-Holstein; http://www.flensburg.de/PDF/Einsatz_von_Schulgesundheitsfachkräften_an_ausgewählten_Grundschulen_in_Flensburg_Jahresbericht_2016.PDF?ObjSvrlID=2306&ObjID=4993&ObjLa=1&Ext=PDF&WTR=1&ts [letzter Zugriff am 24.04.18]

¹⁰¹ <https://soziales.hessen.de/gesundheits/kinder-und-jugendgesundheitsfachkraefte> [letzter Zugriff am 24.04.18]

führenden Schule. Auch die Begleitung von Kindern mit chronischen Erkrankungen kann von den MitarbeiterInnen des School-based health centers koordiniert werden. Finanziell und organisatorisch werden diese Einrichtungen in den USA häufig von lokalen medizinischen Versorgungseinrichtungen (z.B. Community health centers, Krankenhäusern oder Gesundheitsämtern) geführt.

Beispiel Pilotprojekt Schulkrankenschwester

Am HAP Grieshaber Gymnasium im Bildungszentrum Nord in Reutlingen werden derzeit etwa 800 SchülerInnen unterrichtet, darunter ca. 50 SchülerInnen mit Behinderung und chronischen Erkrankungen. Kinder, die chronische Krankheiten haben, benötigen fortlaufend, auch während des Schulalltags, medizinische Assistenz. Es werden dadurch innerschulische Maßnahmen erforderlich, die mit einem erhöhten Aufwand für Lehrpersonen einhergehen. Verschiedenste Verwaltungsvorschriften und Erlasse verpflichten die Schulleitung, Lehrpersonen zu Aufgaben heranzuziehen, die fachfremd geleistet und nicht im eigentlichen Fokus der Lehr- und Erziehungstätigkeit stehen. Prävention und gesundheitliche Aufklärung werden in der Regel nur im unterrichtlichen Auftrag betrieben (Sportunterricht, Bewegte Schule, Bewegte Pause), wobei der gesundheitlichen Aufklärung nur einen geringen Raum eingeräumt werden kann. Das HAP Grieshaber Gymnasium verfolgt deshalb die Idee einer „Schulkrankenschwester“. Die „Schulkrankenschwester“ verfügt über geeignetes Fachwissen, ist verlässlich erreichbar und SchülerInnen, Eltern und LehrerInnen können ihr uneingeschränktes Vertrauen entgegenbringen. Sie behandelt Akutfälle und betreut chronisch kranke SchülerInnen. Zudem berät sie LehrerInnen und die Schulleitung, ist Ansprechpartner für die Eltern und vermittelt zu den verschiedensten Institutionen des Gesundheitswesens. Ohne „Schulkrankenschwester“ müssten LehrerInnen sich um diese Kinder kümmern oder aber die Beschwerden würden möglicherweise nicht behandelt werden. Bis zu 10 Akutfälle pro Tag belegen den Bedarf.

Das HAP Grieshaber Gymnasium spricht sich deshalb für ein Pilotprojekt "Schulkrankenschwester" aus.

Auch Betriebe stellen ein wichtiges Setting für Gesundheitsförderung und Prävention dar. Zum einen können sie ihre MitarbeiterInnen über die Gestaltung gesunder Arbeitsbedingungen (Verhältnisprävention), wie beispielsweise gesundes Kantinenessen und stressreduzierende Maßnahmen, erreichen. Zum anderen können sie durch verhaltenspräventive Maßnahmen, wie Informationsveranstaltungen und Coachings, dazu beitragen, dass sich Belastungsfaktoren bewältigen lassen bzw. gar nicht erst entwickeln und dass die Gesundheitsressourcen ihrer MitarbeiterInnen gestärkt werden. Hier bietet sich auch eine Kooperation mit lokalen AkteurInnen aus dem Gesundheitswesen an. Im Landkreis Ravensburg kooperiert beispielsweise die Schussental-Klinik Aulendorf mit Firmen, indem sie z.B. (Führungskräfte-) Schulungen zum Thema Depression anbietet.

Elementare Bestandteile der Gesundheitsförderung sind die Partizipation (Teilhabe) der AdressatInnen im Rahmen der Projekte und Strukturen sowie das Empowerment (Befähigung) zum eigenverantwortlichen gesundheitsbewussten Handeln. Als Vorstufe der Partizipation in den Lebenswelten ist der Baustein „**Information (und Aufklärung)**“ zu nennen, der auch im regionalen Gesundheitsnetzwerk gefördert werden soll [74]. Hier geht es darum, die Gesundheitskompetenzen der BürgerInnen in der Region systematisch zu fördern und zu erweitern. Gesundheitskompetenz basiert auf Literacy und umfasst das Wissen, die Motivation und die Fähigkeiten von Menschen, relevante Gesundheitsinformationen in unterschiedlicher Form zu finden, zu verstehen, zu beurteilen und anzuwenden, um im Alltag in den Bereichen der Krankheitsbewältigung, der Krankheitsprävention und der Gesundheitsförderung Urteile fällen und Entscheidungen treffen zu können, die ihre Lebensqualität

während des gesamten Lebenslaufs erhalten oder verbessern¹⁰². Aus diesem Grund ist es zusätzlich auch wichtig, AkteurInnen/BehandlerInnen und DienstleisterInnen dahingehend zu fördern, wie sie alle Menschen „erreichen“ (z.B. Arzt-PatientInnenkommunikation, niedrigschwellige Gestaltung von Informationsveranstaltungen).

Dazu gibt es verschiedene Strategien und konkrete Maßnahmen, die das regionale Gesundheitsnetzwerk verfolgen bzw. umsetzen kann. Zum einen können (krankheitsspezifische) multiprofessionelle Veranstaltungen und Präventionsmaßnahmen gezielt für bestimmte Alters- und Bevölkerungsgruppen organisiert werden. Denkbar sind beispielsweise Veranstaltungen zu spezifischen Themen für die Erkrankungen Darmkrebs (Aktionstage/-wochen mit Betroffenen), Depression (Informationsveranstaltungen zu Gesundheitsproblemen durch individuell als hoch empfundene Arbeitsbelastung), Diabetes mellitus (Aufklärungsarbeit an Schulen und Kitas, z.B. „Road-Show“), Demenz (Demenz Partner, Fortbildungsveranstaltungen für Angehörige und ehrenamtliche Helfer) sowie Schlaganfall (Stroke Safe Speakers). Wichtig ist dabei, konkrete AnsprechpartnerInnen im Gesundheitsnetz zu benennen, die solche Aufklärungsinitiativen vorantreiben, organisieren und umsetzen, gleichzeitig aber auch eine Verbesserung der bereitgestellten Gesundheitsinformationen und Zugangswege anzustreben.

Beispiele Netzwerk Demenz und Schmerztage Bodensee-Oberschwaben

Ein beispielhaftes, sehr erfolgreiches Projekt ist das im Landkreis Ravensburg bestehende Netzwerk Demenz der akademie südwest in Kooperation mit dem Landratsamt Ravensburg und dem Sozialdezernat¹⁰³. Es leistet einen entscheidenden Beitrag zur Wissens- und Kompetenzvermittlung und zur Sensibilisierung für das Krankheitsbild Demenz und spielt eine wichtige Rolle bei der Vernetzung der AkteurInnen. Als größte Initiative Deutschlands in diesem Bereich stellt das Netzwerk ein umfassendes, kostenloses Fortbildungsangebot mit jährlich ca. 40 Veranstaltungen für NachbarschaftshelferInnen, ehrenamtliche Dienste und pflegende Angehörige zur Verfügung (jährlich 1200-1500 Teilnehmende) und bietet eine Plattform für erfahrungsbezogenen Austausch.

In Ravensburg finden jährlich die Schmerztage Bodensee-Oberschwaben statt¹⁰⁴, veranstaltet von der Schmerz-Selbsthilfe Bodensee-Oberschwaben, dem Schmerzzentrum Bodensee-Oberschwaben und der IGOST e. V. Das Programm teilt sich jeweils in einen wissenschaftlichen Ärztekongress und ein Patientenforum für Schmerzpatienten, Angehörige und Interessierte.

Beispiel Veranstaltungen „Gesunde Woche“

Die drei Gesunden Gemeinden Eningen, Hohenstein und Hülben gestalten gemeinschaftlich einmal im Jahr eine Gesunde Woche. Diese Themenwoche zielt darauf ab, Gesundheit für alle BürgerInnen anhand verschiedener Themenstellungen erfahrbar zu machen. Im Oktober 2015 wurde die „Gesunde Woche“ zum Thema demenzielle Erkrankungen erstmalig abgehalten. 2016 widmete sich die „Gesunde Woche“ dem Thema „Weniger Stress mit Stress“. „Hüfte, Knie und Schulter“ war das Thema der Vortragsreihe im Jahr 2017.

Das jeweilige Thema wird aus unterschiedlichen Blickwinkeln beleuchtet (Prävention, Diagnose/Behandlung, Nachsorge). Vorträge finden rotierend in den drei Gemeinden statt. Die Gemeinden stellen die Räumlichkeiten, der jeweilige Arbeitskreis Gesunde Gemeinde begleitet die Veranstaltungen. Die Geschäftsstelle der KGK unterstützt die Gesunde Woche.

¹⁰² Sørensen K, van den Broucke S, Fullam J, Doyle G, Pelikan J, Slonska Z, Brand H. Health literacy and public health: a systematic review and integration of definitions and models. BMC Public Health 2012;12:80, p. 3, Übersetzung durch Jürgen Pelikan und Kristin Ganahl

¹⁰³ <https://www.zfp-web.de/unternehmen/netzwerk-demenz/> [letzter Zugriff am 24.04.18]

¹⁰⁴ <http://www.szbo.de/schmerztage/> [letzter Zugriff am 24.04.18]

Zur (frühen) Aufklärung bestimmter Bevölkerungsgruppen, vor allem aber von PatientInnen mit chronischen Erkrankungen, sollten Kampagnen gestartet und eine nachhaltige Informationsverbreitung angestrebt werden. Gesundheitskampagnen sollten entlang des „Public Health Action Cycle“ (Gesundheitspolitischer Aktionszyklus) [75] geplant und außerdem kontextbezogen gestaltet werden, d.h. neben der Information/Sensibilisierung durch Massenmedien sollten auch Projekte zur individuellen Verhaltensänderung in den Lebenswelten angeregt werden [76]. Beispielsweise verfügt die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) über diverse Materialien mit unterschiedlichen Schwerpunkten und für verschiedene Zielgruppen, die für regionale Kampagnen genutzt werden können. Vereine und auch Selbsthilfegruppen können eine wichtige Rolle als Multiplikatoren spielen. Wie die Kampagnen und die Informationsverbreitung im Einzelnen aussehen, an welche Zielgruppen sie sich richten und welcher Zugang verwendet wird, hängt unter anderem vom Krankheitsbild ab: Beim Thema Schlaganfall ist es wichtig, die Öffentlichkeit über die Akutsymptomatik aufzuklären, um das rechtzeitige Erkennen eines Schlaganfalls zu fördern, damit im Ernstfall schnell Hilfe angefordert wird. Um möglichst viele BürgerInnen der relevanten Zielgruppen zu erreichen, könnten Informationen, z.B. zur Darmkrebsfrüherkennung oder zur Reduktion bzw. Prävention psychosozialer Belastungsfaktoren, im Rahmen des Betrieblichen Gesundheitsmanagements verbreitet werden. Eine Sensibilisierung für die Erkrankungen Demenz und Diabetes mellitus durch bessere Schulung, Aufklärung und Beratung der Bevölkerung sollte früh starten: Eine spielerische Auseinandersetzung mit solchen Themen kann teilweise bereits ab dem Kindergartenalter betrieben werden, eine direkte (kognitive) Aufklärung ab dem Schulalter. Bei der Demenz ist es beispielsweise besonders wichtig, die Bevölkerung ausführlich über das Krankheitsbild, die Symptome und v.a. den Umgang mit an Demenz Erkrankten aufzuklären. So können z.B. Angestellte in lokalen Einrichtungen wie etwa Läden, Banken etc. im Alltag angemessen reagieren, wenn sie mit einem/einer an Demenz erkrankten BürgerIn konfrontiert sind. Im Rahmen des Förderprogramms „Lokale Allianzen für Menschen mit Demenz“ (siehe Anhang TP 2a) werden am St. Elisabethen-Klinikum der OSK in Ravensburg – das als eines von 15 Akutkrankenhäusern deutschlandweit in das Programm aufgenommen wurde – Fortbildungen und Schulungen für verschiedene Berufsgruppen, die an der Versorgung von Menschen beteiligt sind (medizinisch und nicht-medizinisch), angeboten und sehr gut angenommen¹⁰⁵. Das Förderprogramm wird als ein guter Anlass wahrgenommen, um für das Thema Demenz zu sensibilisieren, und endet im Sommer 2018. Beispiele für Projekte, in denen die Aufklärung der Bevölkerung mitgedacht wird, finden sich in Abschnitt 4.2.4. (z.B. Demenzfreundliche Kommune) sowie im Anhang TP 2a (z.B. Arnsberger Lern-Werkstätten Demenz).

Für die Aufklärung sowohl der Bevölkerung als auch der Betroffenen und deren Angehörige sollte geeignetes Informationsmaterial vorhanden sein. Für den Umgang mit chronischen Schmerzen (z.B. chron. Kreuzschmerz) können entsprechende Broschüren ausgearbeitet werden; an Eltern können Aufklärungsblätter für das Erkennen der Symptome eines Diabetes mellitus Typ 1 verteilt werden. Faktenboxen zur Darmkrebsfrüherkennung eignen sich zur Informationsverbreitung über die Erkrankung Darmkrebs. Aber auch für andere chronische Erkrankungen ist es sinnvoll, geeignetes Informationsmaterial zu erstellen, bzw. vorhandenes anzupassen und regelmäßig zu aktualisieren. Dazu könnten Kommunen z.B. ein gemeinsames Programm mit den Krankenkassen ins Leben rufen. Es ist wichtig, dass die Informationen auch speziell für vulnerable Gruppen zugänglich gemacht werden.

¹⁰⁵

http://www.oberschwabenklinik.de/newsliste/detailseite.html?tx_news_pi1%5Bnews%5D=294&cHash=67b6aab674c284a446aec65b5852c146 [letzter Zugriff am 24.04.18]

und eine Anpassung solcher Materialien an die jeweilige Zielgruppe und deren Präferenzen vorgenommen wird: Z.B. sollte bei der jüngeren Bevölkerung grundsätzlich geprüft werden, ob neue Medien und digitale Technologien für eine Informationsverbreitung genutzt werden können. Auch sollte die Verständlichkeit und Zugänglichkeit, insbesondere für vulnerable Gruppen, wie z.B. MigrantInnen, sozial Benachteiligte oder ältere Menschen, beachtet werden.

4.2.4. Verzahnung mit sozialen, ehrenamtlichen und Selbsthilfe-Angeboten in der Kommune sowie mit Mobilitäts-, Wohn- und Pflegeangeboten für ältere Menschen

Angebote eines regionalen Gesundheitsnetzes sollten so ausgerichtet sein, dass sie für alle Bevölkerungsgruppen je nach subjektiven Bedürfnissen und objektivem Bedarf gut zugänglich sind. Demnach sollte die niedrigschwellige Erreichbarkeit bzw. Zugangsgerechtigkeit (available, accessible, equitable) für alle BürgerInnen gewährleistet sein. Weiterhin beinhaltet ein regionales Gesundheitsnetz neben der Primärversorgung sowie Gesundheitsförderung und Prävention auch weitere Bereiche: Nichtprofessionelle Angebote gehören ebenso zum Gesundheitsnetz wie die Sicherstellung der Mobilität (siehe auch Abschnitt 4.2.8. *Zugang und gute Erreichbarkeit der Angebote*), Pflege und Wohnsituation. Der Ausbau von niederschwelligen und ehrenamtlichen Angeboten sollte daher gefördert werden, wie beispielsweise auch mit der Quartiersentwicklung der Strategie „Quartier 2020 – Gemeinsam.Gestalten.“¹⁰⁶ des Landes Baden-Württemberg. Bei Krankheitsbildern wie etwa der Anorexie oder der Depression ist ein niederschwelliger und früher Zugang äußerst wichtig. Hier sind auch insbesondere die SchulsozialarbeiterInnen wichtige AkteurInnen innerhalb der Versorgungskette.

Ein weiterer wichtiger Aspekt sind Selbsthilfegruppen, sowohl für Angehörige als auch für die Betroffenen selbst. Um auch die jüngeren Betroffenen für diese Gruppen zu gewinnen, ist hier auch der Einbezug neuer Medien wichtig (z.B. Chatrooms o.ä.). Bei speziellen Krankheitsbildern, wie z.B. Anorexie muss jedoch auf die Seriosität dieser Maßnahmen geachtet werden. Dabei ist auch immer ein Ausbau von Maßnahmen für bestimmte Patientengruppen unter Einbezug von MultiplikatorInnen denkbar. Im Landkreis Ravensburg informiert das "Selbsthilfenetzwerk im Landkreis Ravensburg" als Dachverband der Selbsthilfegruppen im Landkreis über die Möglichkeiten der Selbsthilfe und unterstützt die Arbeit der Selbsthilfegruppen¹⁰⁷.

Die gezielte Betrachtung der Bedarfe von PatientInnengruppen mit speziellen Krankheitsbildern ist wichtig: Eine Verbesserung der Versorgung an Demenz erkrankter Personen besteht beispielsweise vor allem im Ausbau niederschwelliger Angebote für die PatientInnen selber als auch für deren Angehörige. Niederschwellige Angebote sind Angebote, die mit wenig Aufwand in Anspruch genommen werden können, beispielsweise Nachbarschaftshilfe o. Ä. (siehe auch Kapitel 3). Hier ist z.B. das seit 2012 an der Oberschwabenklinik (OSK) im Landkreis Ravensburg eingerichtete, sehr wertvolle Unterstützungsangebot zur Verbesserung der Versorgung von Menschen mit Demenz im Krankenhaus zu nennen: Beim ehrenamtliche ODEM-Begleitedienst (ODEM = Oberschwabenklinik und Demenz) werden ehrenamtliche HelferInnen durch Fortbildungen der OSK und des Netzwerks Demenz qualifiziert und durch eine Pflegefachkraft der OSK betreut. Die Ehrenamtlichen betreuen, unterhalten und beschäftigen Menschen mit Demenz stundenweise und reduzieren somit die Belastungen für Menschen mit Demenz während eines stationären Aufenthalts¹⁰⁸.

¹⁰⁶ www.quartier2020-bw.de [letzter Zugriff am 24.04.18]

¹⁰⁷ www.selbsthilfe-rv.de [letzter Zugriff am 24.04.18]

¹⁰⁸ https://www.alzheimer-bw.de/fileadmin/AGBW_Medien/Dokumente/Demenzen/Flyer_ODEM-Begleitedienst_2015.pdf [letzter Zugriff am 24.04.18]

Beispiel Demenzfreizeit¹⁰⁹

Im Landkreis Ravensburg wird 2018 zum 15. Mal eine Freizeit für Menschen mit Demenz und ihre pflegenden Angehörigen angeboten. Die Betreuung der Teilnehmenden ist während eines umfangreichen Freizeitangebots für die Angehörigen gewährleistet. So werden Angehörige entlastet und können neue Kraft und Motivation schöpfen. Das Projekt wird ermöglicht durch eine optimale Vernetzung verschiedener AkteurInnen – darunter die Selbsthilfegruppe für Angehörige von Menschen mit Demenz, der Pflegestützpunkt, die Landesvolkshochschule Wernau-Leutkirch, die Diakonie und die Caritas sowie Pflegekräfte.

Eine Möglichkeit für die Kommune, hier aktiv zu werden, ist die „Demenzfreundliche Kommune“, eine von der Robert Bosch Stiftung und Aktion Demenz e.V. ins Leben gerufene Initiative. Nach dem Vorbild der „Demenzfreundlichen Kommune“ können gezielt Maßnahmen entwickelt werden, um die Bevölkerung einer Kommune optimal auf den Umgang mit an Demenz erkrankten Personen zu schulen.

Beispiel Demenzfreundliche Kommune¹¹⁰

Das von der Aktion Demenz initiierte Projekt zur Schaffung „demenzfreundlicher Kommunen“ beschäftigt sich mit der Frage, was ein demenzfreundliches Umfeld ausmacht. Menschen in ganz Deutschland sind aufgerufen, die eigenen Modelle, Vorstellungen und Lebensräume zum Thema „Demenz und lokales Gemeinwesen“ zu erkunden und Ideen einzubringen.

Eine Angehörige als Privatperson hat sich in der Gemeinde Sonnenbühl im Landkreis Reutlingen auf den Weg gemacht, ihre Gemeinde so zu gestalten, dass Menschen mit Demenz in die Gemeinschaft integriert werden und sich wohl fühlen. Gemeinsam mit weiteren engagierten BürgerInnen wird der Austausch angeregt und Freundschaftsnetze zwischen Betroffenen und Angehörigen geknüpft, eine nachhaltige Gruppe entsteht.

Der Bürgermeister und seine MitarbeiterInnen unterstützen bei der Öffentlichkeitsarbeit und bei der Organisation zahlreicher Treffen und Informationsveranstaltungen. Höhepunkt war eine Ausstellung im Rathaus mit Werken lokaler Künstler, darunter eine Videoinstallation, in der SeniorInnen aus Sonnenbühl (mit und ohne Demenz) mitgewirkt haben.

Weiterhin wird empfohlen, neue Wohnformen voranzutreiben, wie z.B. Demenzwohngruppen. Auch bei anderen Krankheitsbildern, wie z.B. dem Schlaganfall, sollten Angebote im Bereich „Junges Wohnen“ gefördert werden. Ein wertvolles Angebot in diesem Bereich im Landkreis Ravensburg sind Wohngruppen in Aulendorf für Menschen mit erworbener Hirnschädigung (z.B. nach einem Schlaganfall). Die Einrichtungen gehören zum Heggbacher Wohnverbund der St. Elisabeth-Stiftung und ermöglichen eine bessere bzw. altersgerechte Anpassung an die Bedürfnisse der BewohnerInnen¹¹¹. Auch beim Krankheitsbild Anorexie bzw. bei Essstörungen ist das Thema „Wohngruppen“ wichtig. Im Bodenseekreis ist hier als Beispiel die Wohngruppe „Schloss der Farben“ als Projekt zu nennen¹¹². Die

¹⁰⁹ <http://www.ravensburg.de/rv/aktuelles/2017/demenzfreizeit-2018.php> [letzter Zugriff am 24.04.18];
<http://www.caritas-bodensee-oberschwaben.de/aktuelles/presse/ein-urlaub-der-besonderen-art> [letzter Zugriff am 24.04.18]

¹¹⁰ <http://www.demenzfreundliche-kommunen.de/> [letzter Zugriff am 24.04.18]

¹¹¹ https://www.st-elisabeth-stiftung.de/fileadmin/user_upload/PDF/24_wohnen_mit_behinderung/HWO_RWG_Wolfgang_2014.pdf [letzter Zugriff am 24.04.18]

¹¹² <http://www.schloss-der-farben.de/unsere-klinik-fuer-essstoerungen-2/unsere-klinik-fuer-essstoerungen-2/informationen-fuer-angehoerige> [letzter Zugriff am 24.04.18]

Etablierung von Wohngruppen für psychische Krankheitsbilder, insbesondere für jüngere PatientInnen, ist wünschenswert. Diese könnten auch landkreisübergreifend geschaffen werden.

Neben Wohngruppen ist aus dem Landkreis Ravensburg ein weiteres Projekt in diesem Bereich zu nennen: "Junge Menschen in Gastfamilien – JuMeGa®" der Arkade e.V. vermittelt Jugendliche mit psychischen Belastungen an Gastfamilien¹¹³.

Im Rahmen der Strategie „Quartier 2020 – Gemeinsam.Gestalten.“¹¹⁴ gibt es zahlreiche Beispiele guter Praxis, die zeigen, wie zukünftig ein gesundheitsförderliches Zusammenleben funktionieren und wie altersgerechte Quartiersentwicklung ausgestaltet werden kann¹¹⁵. Aus dem Landkreis Ravensburg wurden die beiden Kommunen Horgenzell und Grünkraut für ihre vielversprechenden Konzepte ausgezeichnet (Horgenzell: „Lebensqualität durch Nähe“ – Aktivierung bürgerschaftlichen Engagements zur Quartiersgestaltung mit den Themen Alt werden in vertrauter Umgebung, Nahversorgung, Mobilität, Inklusion und Integration. Grünkraut: Quartiersentwicklungskonzept „Zukunfts – VEST: Verlässliches Engagement für eine Stabile und Teilhabende pflegerische Versorgung“). Auch der Landkreis Ravensburg selbst hat eine Auszeichnung erhalten, für das Konzept der Kommune Bodnegg: „Älter werden in Bodnegg“: Aufbau einer lokalen Kultur der „Caring Community“ und Entwicklung neuer Formen der kooperativen sozialen Planung von Landkreis und Gemeinde.

Im Wohnpark "ALLENgerechtes Wohnen" in Burgrieden im Landkreis Biberach wird gemeinschaftliches und trotzdem individuelles Wohnen umgesetzt¹¹⁶. Gemeinsam mit der Bürgerstiftung Burgrieden und der Bauwohnberatung Karlsruhe entwickelte die Gemeinde das Konzept eines Wohnparks für alle Generationen, das allen Bedürfnissen gerecht werden soll. Die Bürgerschaft war von Beginn an eng in die Gestaltung eingebunden, ebenso wie der Verein Lebensqualität Burgrieden e.V. Im Wohnpark angesiedelt ist auch die zentrale Anlaufstelle "Kontakt & Rat", welche wertvolle Netzwerkarbeit leistet und allen Einwohnern Burgriedens für eine Vielzahl von Fragen und Problemen zur Seite steht.

4.2.5. Kooperation der GesundheitsakteurInnen über Sektoren und Berufsgruppen hinweg

Die Kooperation der GesundheitsakteurInnen über Sektoren- und Berufsgruppen hinweg kann durch die Bildung von Netzwerken gefördert und ausgebaut werden. Bestehende Netzwerke können durch gezieltes Ansprechen weiterer AkteurInnen ausgebaut oder neue Netzwerke gebildet werden. Dabei kann das Gesundheitsleitbild Baden-Württemberg¹¹⁷ als Leitfaden dienen, denn hier wird die Vernetzung und Kooperation der an der Gesundheitsversorgung beteiligten AkteurInnen als zentraler Punkt gesehen. Dabei wird unter anderem die Verbesserung der Vernetzung von ambulanter mit stationärer Versorgung sowie ambulanter mit ambulanter Versorgung (z.B. HausärztIn mit FachärztIn) genannt. Durch eine Vernetzung sollen sektorenübergreifende Strukturen entstehen. Dabei sollen auch nicht die Schnittstellen zwischen verschiedenen Handlungsfeldern vergessen werden, z.B. zwischen der medizinischen Behandlung und der Pflege oder der Gesundheitsförderung. Wichtig ist es, die Art der Vernetzung und der Kooperation zu definieren, z.B. hinsichtlich regelmäßiger Treffen oder auch

¹¹³ <http://arkade-ev.de/junge-menschen-in-gastfamilien> [letzter Zugriff am 24.04.18]

¹¹⁴ www.quartier2020-bw.de [letzter Zugriff am 24.04.18]

¹¹⁵ https://sozialministerium.baden-wuerttemberg.de/fileadmin/redaktion/m-sm/intern/downloads/Downloads_Generationenbeziehungen/Q2020_Preistraegerbroschuere_Ideenwettbewerb.pdf [letzter Zugriff am 24.04.18]

¹¹⁶ <http://wohnprogramm.fgw-ev.de/die-modellprojekte/allengerechtes-wohnen-burgrieden/> [letzter Zugriff am 28.04.18]

¹¹⁷ <https://www.gesundheitsdialog-bw.de/leitbild/> [letzter Zugriff am 24.04.18]

gemeinsamen Projekte. Die Aufgaben Einzelner im Netzwerk sowie die Wege zum Austausch von Informationen müssen vorab geklärt werden und auch Anreize für die verschiedenen AkteurInnen aufgezeigt werden, sich am Netzwerk zu beteiligen.

Beispiele für sektorenübergreifende und interprofessionelle Kooperation

- Eine beispielhafte Kooperation besteht im Landkreis Ravensburg. Ein interdisziplinäres, ambulantes Team aus Neurologie, Physiotherapie, Ergotherapie und Logopädie tauscht sich in der Behandlung von SchlaganfallpatientInnen in regelmäßigen Besprechungen über konkrete Fälle aus. Dieser Austausch basiert auf hohem persönlichem Engagement und auf Eigeninitiative.
- Zudem besteht im Landkreis Ravensburg mit dem Schmerzzentrum Bodensee-Oberschwaben (SZBO) ein multimodales Schmerztherapieteam im ambulanten Bereich, das aus Eigeninitiative heraus Fallkonferenzen abhält und ein proaktives Case Management betreibt. In dem interdisziplinären Verbund arbeiten OrthopädInnen, NeurologInnen, AnästhesistInnen sowie PsychologInnen und PsychotherapeutInnen zusammen, um durch die fachübergreifenden Behandlungskonzepte eine Chronifizierung von Schmerzen zu verhindern¹¹⁸. Hierbei arbeitet das SZBO eng mit verschiedenen Krankenhäusern zusammen, wenn eine (teil-)stationäre Behandlung erforderlich ist. Auch am Schmerzzentrum des St. Elisabethen-Klinikums der OSK in Ravensburg findet multimodale Schmerztherapie statt¹¹⁹. Durch ein interdisziplinäres Team aus Schmerz- und PsychotherapeutInnen, Physio- und ErgotherapeutInnen, komplementären PflegeexpertInnen, Pain Nurses und ÄrztInnen wird ein individueller Behandlungsplan erstellt. Die Behandlungserfolge werden in wöchentlichen Teamsitzungen überprüft.
- Im Oktober 2017 entstand in Ravensburg ein neues Zentrum für Alterspsychiatrie, das in der Region einmalig ist¹²⁰. Das Zentrum ist auf die Versorgung und Betreuung von Menschen mit Demenz ausgerichtet. Durch den Umzug der Station für Gerontopsychiatrie des ZfP Südwürttemberg in die Räumlichkeiten der OSK entstand eine direkte Nachbarschaft zu der Station für Akutgeriatrie am St. Elisabethen-Klinikum Ravensburg. Dieser Schritt stellt eine wertvolle Ergänzung der guten Versorgungsstrukturen im Landkreis dar und schafft Voraussetzungen für eine engere Zusammenarbeit. Ziele sind eine gegenseitige fachliche Unterstützung und eine Verbesserung der klinischen Demenzversorgung und des Konsildienstes. Es stehen weitere Vorhaben an: a) Es soll ein Konzept für Delir im Krankenhaus entwickelt werden. b) Das Konsilwesen wird von der neuen Abteilung aus von PsychotherapeutInnen übernommen werden. c) Ein Meilenstein ist die Vereinbarung eines „Mini-Liaisondienstes“ (für zweimal eine halbe Stunde pro Woche).
- Bereits 1989 wurde im Landkreis Ravensburg als deutschlandweit einzigartiger ambulanter Palliativpflegedienst Clinic Home Interface (CHI) gegründet, eine wertvolle Therapieergänzung für die Palliativversorgung unheilbar erkrankter Menschen¹²¹. Ziel ist die Förderung der Lebensqualität und der Selbstbestimmung schwerstkranker Menschen an ihrem Lebensende. Vielen PatientInnen wird somit trotz der schweren Erkrankung der Verbleib in der eigenen

¹¹⁸ www.szbo.de [letzter Zugriff am 24.04.18]

¹¹⁹ <http://www.oberschwabenklinik.de/ihre-medizinische-versorgung/medizinische-zentren/schmerzzentrum-ravensburg/multimodale-schmerztherapie.html> [letzter Zugriff am 24.04.18]

¹²⁰

http://www.oberschwabenklinik.de/newsliste/detailseite.html?tx_news_pi1%5Bnews%5D=294&cHash=67b6aab674c284a46aec65b5852c146 [letzter Zugriff am 24.04.18]

¹²¹ <http://clinic-home-interface.de/chi-slogan/entstehungsgeschichte-von-chi/> [letzter Zugriff am 24.04.18]

Häuslichkeit ermöglicht. Die Leistungen umfassen Beratung und Begleitung, Linderung von Symptomen, Vernetzung sowie psychosoziale und Sterbebegleitung¹²². Das CHI ist am Elisabethen-Klinikum der OSK angesiedelt. 2012 wurde CHI auf den Bodenseekreis ausgeweitet und betreut heute den gesamten Bodenseekreis und den Landkreis Ravensburg. Im Sinne der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung (SAPV) und der allgemeinen ambulanten Palliativversorgung (AAPV) begleitet ein Team aus Palliativpflegefachkräften und PalliativärztInnen TumorpatientInnen und chronisch kranke PatientInnen. Es bestehen u. a. Kooperationen mit HausärztInnen, Hospizen, Pflegediensten und Heimen, Selbsthilfegruppen und Krankenkassen¹²³.

- In einem Pilotprojekt der Schussental-Klinik Aulendorf mit der Deutschen Rentenversicherung Baden-Württemberg, ist eine Überweisung aus der Akutmedizin direkt in die Rehabilitationsmedizin möglich.

4.2.6. Koordination der Angebote

PatientInnen profitieren in erheblichem Maße von Kontinuität in der Behandlung, wie dies Gesundheitszentren und -netzwerke bieten. Dabei sollten zu jedem Zeitpunkt Möglichkeiten bestehen, in lokale Behandlungsnetzwerke (z.B. Tumorboard) aufgenommen zu werden, auch wenn Behandlungsabschnitte außerhalb des Vor-Ort-Netzwerkes durchlaufen wurden. Ziel sollte eine kontinuierliche Versorgung (long-term continuity) sein, bei der relevante Informationen verlässlich an weitere Behandler weitergegeben werden und eine Kontinuität der Betreuung (v.a. bei Menschen mit chronischen Erkrankungen) gewährleistet ist. Dazu sollte z.B. das Entlassmanagement verbessert werden im Sinne der neuen Richtlinie¹²⁴; außerdem sollten multiprofessionelle Fallbesprechungen und Behandlungspläne für PatientInnen mit komplexen Erkrankungen als Maßnahmen zur gemeinsamen Steuerung der Therapie genutzt werden. Beim Schlaganfall wäre die Möglichkeit für TherapeutInnen aus dem stationären Bereich nützlich, ihnen bereits bekannte PatientInnen mit komplexen Erkrankungen ambulant weiterbehandeln zu können. Der Ausbau der Schnittstelle zum Bereich der langfristigen niederschweligen Begleitung ist ebenfalls ein wichtiger Schritt. Auch die Verbesserung des Schnittstellenmanagements zwischen dem Gesundheitssektor und der Pädagogik bzw. Sozialarbeit sollte ausgebaut werden, beispielsweise für an Anorexie erkrankte Jugendliche: Hier wäre es sinnvoll, wenn die AkteurInnen der medizinischen Behandlung in engem Austausch mit der Schule bzw. der Schulsozialarbeit stehen würden. Allerdings spielt hier auch der Datenschutz eine wichtige Rolle: Das Einverständnis der PatientInnen bzw. der Erziehungsberechtigten zur Weitergabe von Informationen ist hier Voraussetzung.

Für die optimale Koordination von Angeboten sollten Werkzeuge zur Kooperation und Koordination systematisch genutzt werden: Eine Verbesserung der Kommunikation der Behandelnden kann durch geregelte, transparente Telefonsprechzeiten oder sichere Chats und Kommunikationsplattformen erreicht werden. Ein patientenbezogener Behandlungsplan sollte eingeführt sowie die bundeseinheitlichen Medikationspläne breit genutzt werden. Eine zeitnahe Kommunikation zwischen FachärztInnen und Haus- und KinderärztInnen ist wichtig und kann z.B. über Fallkonferenzen oder auch über neue Kommunikationswege geschehen (z.B. E-Mail, Video-Chat, digitale Patientenakte). Das Thema Transition (z.B. Übergang der Behandlung von Jugendlichen durch Kinder- und JugendmedizinerInnen hin zur Behandlung als Erwachsene durch Haus- und FachärztInnen) sollte dabei besonders beachtet

¹²² <http://www.oberschwabenklinik.de/ihre-medizinische-versorgung/medizinische-zentren/onkologisches-zentrum/clinic-home-interface.html> [letzter Zugriff am 24.04.18]

¹²³ <http://clinic-home-interface.de/chi-slogan/unser-team/> [letzter Zugriff am 24.04.18]

¹²⁴ www.aerzteblatt.de/nachrichten/sw/Entlassmanagement?aid=195439 [letzter Zugriff am 24.04.18]

und Maßnahmen zur Optimierung des Übergangs ergriffen werden. Ein Beispiel hierfür ist das Berliner Transitionsprogramm¹²⁵. Im Kapitel 3.2.3.1. wird das Thema Transition in Zusammenhang mit dem Krankheitsbild Anorexie aufgegriffen und als Handlungsempfehlung formuliert, hier können weitere Hinweise hinsichtlich Organisation und Anreize zur Kooperation entnommen werden (siehe auch Kapitel 3.2.3.4 zum Krankheitsbild Depression und Kapitel 3.2.3.5 zum Krankheitsbild Diabetes).

Die Einführung einer elektronischen/digitalen Patientenakte wird dringend empfohlen, damit eine Transparenz der Behandlung entsteht und die Kommunikation unter den verschiedenen Behandlern vereinfacht wird, da Informationen aller an der Behandlung beteiligten AkteurInnen einsehbar sind. Dabei ist eine Beachtung des Datenschutzes unbedingt notwendig. Eine Speicherung krankheitsbezogener Daten sollte erfolgen, der/die PatientIn sollte jedoch entscheiden, wer auf welche Informationen und Befunde Zugriff haben darf. Dadurch wird Transparenz bezüglich bereits durchgeführter Behandlungen und Therapien geschaffen. Als erster Schritt wäre auch eine nicht-digitale Patientenmappe mit Informationen und Befunden, die der/die PatientIn bei sich führt, denkbar. Entscheidend ist, dass Dokumentation und Datenaustausch zukünftig verbessert und vereinfacht werden.

Der Ausbau der Telematik (Telemedizin, Teleradiologie) gelingt nur mit vereinfachten Kommunikationswegen. Beispiele sind Konsultationen von medizinischen SpezialistInnen über digitale Medien. Auch PatientInnen könnten von digitalen Angeboten profitieren und darüber mit der/dem behandelnden Ärztin/Arzt kommunizieren. Denkbar wäre hier z.B. ein Diabetespass als App. Voraussetzung für Anwendungen dieser Art sind gesicherte Netze zur Kommunikation und Rechtsicherheit hinsichtlich des Datenschutzes. Das Modellvorhaben des Ministeriums für Ländlichen Raum und Verbraucherschutz „Digitales Modellprojekt zur ärztlichen Versorgung auf dem Land“¹²⁶ hat die Sicherstellung einer hochwertigen medizinischen Versorgung des Ländlichen Raums zum Ziel und fördert Digitalisierung in diesem Bereich.

Regionale Leistungsanbieter sollten vernetzt sein und das Versorgungsangebot sollte für Betroffene, Angehörige und alle Behandelnden transparent sein. Beratungsstellen könnten diese Aufgabe vor allem für PatientInnen und Angehörige übernehmen. Darüber hinaus ist eine elektronische Angebotsplattform zu empfehlen, die Aufschluss über (entsprechend qualitätsgesicherte) Gesundheitsförderungs-, Präventions-, Versorgungsangebote und freie Plätze hierfür gibt. Eine regionale Koordinierungsstelle könnte die Pflege dieser Plattform übernehmen. Für einzelne Bereiche bestehen z. T. schon Datenbanken, die integriert werden oder als Beispiel dienen könnten, z.B. eine Datenbank des Selbsthilfenetzwerks im Landkreis Ravensburg¹²⁷ oder die Pflegedatenbank des Landkreises Ravensburg mit Alten- und Pflegeheimen sowie Angeboten der Nachbarschaftshilfe, Gesprächskreisen, Wohnangeboten etc.¹²⁸.

Für chronische Erkrankungen, wie z.B. chronischen Kreuzschmerz, sollten sektoren- und berufsgruppenübergreifende Versorgungs- bzw. Behandlungspfade erstellt werden, um die Behandlung zu koordinieren.

¹²⁵ <http://www.drk-kliniken-berlin.de/westend/krankenhaus-westend/berliner-transitionsprogramm/> [letzter Zugriff am 24.04.18]

¹²⁶ <https://www.baden-wuerttemberg.de/de/service/presse/pressemitteilung/pid/digitales-modellprojekt-zur-aerztlichen-versorgung-auf-dem-land/> [letzter Zugriff am 24.04.18]

¹²⁷ http://www.selbsthilfe-rv.de/index.php?id=3&no_cache=1 [letzter Zugriff am 24.04.18]

¹²⁸ <http://pflagedatenbank.landkreis-ravensburg.de/> [letzter Zugriff am 24.04.18]

4.2.7. Persönliches Fallmanagement (Case und Care Management)

Auch das Thema der Koordination des Behandlungsverlaufs bzw. des Case Managements sollte weitergedacht werden. Unter **Case Management** wird „eine Verfahrensweise in Humandiensten und ihrer Organisation [verstanden] zu dem Zweck, bedarfsentsprechend im Einzelfall eine nötige Unterstützung, Behandlung, Begleitung, Förderung und Versorgung von Menschen angemessen zu bewerkstelligen. Der Handlungsansatz ist zugleich ein Programm, nach dem Leistungsprozesse in einem System der Versorgung und in einzelnen Bereichen des Sozial- und Gesundheitswesens effektiv und effizient gesteuert werden können. Case Management oder Unterstützungsmanagement, zunächst als Erweiterung der Einzelfallhilfe in den USA entwickelt, ist zu einer methodischen Neuorientierung in der Sozialen Arbeit und im Gesundheitswesen geworden. [...] Case Management soll Fachkräfte im Sozial- und Gesundheitswesen befähigen, unter komplexen Bedingungen Hilfemöglichkeiten abzustimmen und die vorhandenen institutionellen Ressourcen im Gemeinwesen oder Arbeitsfeld koordinierend heranzuziehen. Aufgabe ist es, ein zielgerichtetes System von Zusammenarbeit zu organisieren, zu kontrollieren und auszuwerten, das am konkreten Unterstützungsbedarf der einzelnen Person ausgerichtet ist und an deren Herstellung die betroffene Person konkret beteiligt wird.“ (Deutsche Gesellschaft für Case und Care Management (DGCC)¹²⁹). Demgegenüber versteht man unter **Care Management** die Versorgung der Bevölkerung mit relevanten Dienstleistungen. Care Management meint die System- und Versorgungssteuerung, die fallübergreifend und einrichtungsübergreifend bedarfsgerechte Hilfen im Sozial- und Gesundheitswesen koordiniert, organisiert und die strukturellen Voraussetzungen dafür in der Region aufzeigt. Case Management hat den Einzelfall im Fokus, wobei die Überschneidung von Fallmanagement (Optimierung der Hilfe im konkreten Fall) und Systemmanagement (Optimierung der Versorgung im Zuständigkeitsbereich) relevant ist. Die Übergänge vom Systemmanagement zum Care Management sind fließend. (Österreichische Gesellschaft für Case und Care Management (ÖGCC)¹³⁰ Aufgabe könnte es beispielsweise sein, Patientenströme in der Region zu lenken und eine definierte Population (defined population) als Grundvoraussetzung für populationsbezogene Ansätze (Einschreibung von Patienten) zu bestimmen. Für solche und andere Aufgaben sollte das Gesundheitsnetz mit personeller Fachkompetenz im Bereich Public Health ausgestattet werden.

Im Rahmen des Case Managements wird HausärztInnen vielfach eine koordinierende Funktion zugeschrieben. Um diese Aufgabe übernehmen zu können, sollten HausärztInnenpraxen mit mehr personellen und finanziellen Ressourcen ausgestattet werden. Dann könnten vermehrt medizinische Fachangestellte (MFA) als Case ManagerInnen fungieren, z.B. zur Begleitung von PatientInnen mit einer Depression, mit chronischem Kreuzschmerz oder Multimorbidität. Ein Beispiel hierfür ist das Hausarztpraxis-basierte Case Management (PraCMan), das in Baden-Württemberg als Bestandteil der hausarztzentrierten Versorgung (HZV) im Versorgungsalltag angewendet und auch wissenschaftlich evaluiert wird¹³¹.

Je nach regional vorhandenen Ressourcen und Krankheitsbild könnte das Gesundheitsnetz aber auch andere Berufsgruppen und Instanzen, wie Beratungsstellen oder auch ehrenamtliche Strukturen mit der Koordination des Behandlungsverlaufes und der Begleitung von PatientInnen im Rahmen eines Case Managements beauftragen.

¹³¹ <https://www.hausarzt-bw.de/pracman> [letzter Zugriff am 24.04.18]

Bezogen auf das Krankheitsbild chronischer Kreuzschmerz sollte dies ein/eine AkteurIn übernehmen, der/die bereit ist, eine leitliniengerechte Therapie durchzuführen. Die Entscheidung, wer die Behandlungskoordination übernimmt, sollte den PatientInnen überlassen werden.

Bei PatientInnen mit der Erkrankung Diabetes mellitus könnten DiabetesberaterInnen koordinierende Aufgaben übernehmen. Bei Kindern mit Typ 1 Diabetes könnten sogenannte Diabetesnannies zum Einsatz kommen (siehe z.B. Kapitel 3.2.3.5 . Dianiño Diabetes-Nannies¹³²).

Bei SchlaganfallpatientInnen könnten sog. Stroke Nurses die Therapie und den Übergang von der Akutphase in die Stabilisierungs- und Nachbehandlungsphase begleiten. Ebenso ist eine Ausbildung ehrenamtlicher HelferInnen, z.B. als SchlaganfallhelferInnen oder (ehrenamtliche) PatientenbegleiterInnen denkbar, die PatientInnen beraten und begleiten. Bei PatientInnen mit Demenz, Schlaganfall oder Diabetes könnten für eine Begleitung und Beratung ehrenamtliche (Gesundheits-) Lotsen eingesetzt werden. Je nach Alter des/der PatientIn und Schweregrad der Erkrankung könnte auch eine Beratungsstelle wie der Pflegestützpunkt (ggf. in Kombination mit den Krankenkassen) die Koordination übernehmen. Wichtig ist eine Formulierung der Rahmenbedingungen und der Aufgaben für ein Case Management sowie die Ausstattung mit entsprechenden Ressourcen für diese Arbeit.

Beispiel Stroke Nurse

Im Landkreis Ravensburg besteht mit dem Projekt Stroke Nurse, angegliedert an die Stroke Unit des St. Elisabethen-Klinikums der OSK, ein erfolgreicher Ansatz für die poststationäre Begleitung von SchlaganfallpatientInnen [77]. Mit dem Ziel, Schlaganfallrezidive nach der Entlassung aus der stationären Behandlung zu verringern, wird bereits in der Klinik durch die Stroke Nurse, eine erfahrene Krankenschwester, Kontakt zum Patienten aufgenommen. Angehörige und der Hausarzt werden von Anfang an einbezogen. Durch die Stroke Nurse wird eine kontinuierliche Weiterbehandlung durch niedergelassene Neurologen gefördert. Die Begleitung der PatientInnen erfolgt nach einem klaren Konzept. Auf die Analyse der Risikofaktoren für einen erneuten Schlaganfall folgt die gemeinsame Festlegung von Zielen zur Sekundärprävention und Rehabilitation. Bei Hausbesuchen nach drei und sechs Monaten nach dem Schlaganfall sowie einem telefonischen Kontakt zur Verlaufskontrolle nach zwölf Monaten werden z.B. die Ziele und die Medikamenteneinnahme überprüft. Auch die Zusammenarbeit zwischen Stroke Unit und den ambulant betreuenden ÄrztInnen soll durch das Projekt verbessert werden. Als Ergebnis wird zum einen eine deutliche Verbesserung der Krankheitsbewältigung bei Betroffenen und Angehörigen beobachtet¹³³. Außerdem wird die Zahl der Schlaganfallrezidive innerhalb eines Jahres nach dem ersten Schlaganfall reduziert. Die begleiteten PatientInnen weisen eine niedrige Rezidivrate von 5,5% auf [77]. Auch wurde die Anbindung zur Weiterbehandlung durch niedergelassene NeurologInnen gesteigert (Steigerung von 20% auf 60%) [77]. Die Stroke Nurse im Landkreis Ravensburg wird durch Drittmittel finanziert und kann nicht flächendeckend tätig sein. Sie deckt daher nur einen Teil der PatientInnen im Landkreis ab. Hier bestehen wichtige Ausbaumöglichkeiten.

4.2.8. Zugang und gute Erreichbarkeit der Angebote

Die Verbesserung der Erreichbarkeit von Angeboten und ein guter Zugang für alle BürgerInnen ist ein wichtiger Baustein eines regionalen Gesundheitsnetzes. In Bezug auf die Erreichbarkeit der Angebote ist dabei z.B. die Mobilität der PatientInnen zu beachten. Hier geht es zum einen darum, dass die

¹³² <http://www.stiftung-dianino.de/so-hilft-dianino/dianino-diabetes-nanny/> [letzter Zugriff am 24.04.18]

¹³³ <https://www.strokenurse.de/> [letzter Zugriff am 24.04.18]

Erreichbarkeit der AkteurInnen gewährleistet sein sollte, z.B. durch (ehrenamtliche) Fahrdienste, E-Mobilität oder den Öffentlichen Personennahverkehr (ÖPNV).

Auf der anderen Seite zählt zum Thema „Erreichbarkeit“ aber auch eine wohnortnahe, schnelle Erstversorgung im Notfall und die Möglichkeit des zeitnahen Transports in eine für das Krankheitsbild geeignete Einrichtung (z.B. der Transport von SchlaganfallpatientInnen zu einer Stroke Unit). Hierfür ist auch die Bereitstellung ausreichender Kapazitäten an Einrichtungen und Leistungserbringern und die Einhaltung der Hilfsfristen durch die Rettungsdienste notwendig. Wartezeiten, z.B. auf einen Termin bei einer/einem FachärztIn, sollten überprüft und bedarfsorientiert angeglichen werden. Auch Home Treatment kann hier einen wichtigen Beitrag leisten und sollte erweitert und ausgebaut sowie die Angehörigen bei Planung und Durchführung einbezogen werden.

Es erscheint grundsätzlich sinnvoll, aufsuchende Hilfen für Personen(gruppen), die einen besonderen Bedarf haben, auszubauen. Durch eine neue Regelung im Gesetz zur Weiterentwicklung der Versorgung und der Vergütung für psychiatrische und psychosomatische Leistungen (PsychVVG) kann ab 2018 bei geeigneten Fällen mit Indikation für eine stationäre psychiatrische Behandlung eine sogenannte Stationsäquivalente psychiatrische Behandlung (StäB) erfolgen¹³⁴. Psychiatrische Krankenhäuser können anstelle einer vollstationären Behandlung eine Behandlung im häuslichen Umfeld erbringen. Bereits seit 2016 wird das Modell in Ravensburg und Ehingen durch das ZfP Südwürttemberg erprobt. Im Januar 2018 wurde mit der Umsetzung von StäB begonnen. Dieses Versorgungsangebot stellt eine wertvolle Ergänzung neben der stationären und ambulanten Behandlung sowie der Behandlung in Tageskliniken dar und ermöglicht einen tieferen Einblick in die Lebensbedingungen und das Umfeld der Patienten¹³⁵).

In Bezug auf den Zugang zu Angeboten ist wichtig, dass Informationen zum Gesundheitssystem für alle BürgerInnen gut verständlich sind. Der Abbau sprachlicher Barrieren, z.B. für Menschen mit Migrationshintergrund und für Menschen im Flüchtlings- und Asylbewerberstatus, sollte weiter vorangetrieben werden. Es bedarf einer zielgruppenspezifischen Ansprache und Informationsvermittlung sowie der Einbeziehung der jeweiligen Zielgruppe, um die Motivation zur Teilnahme und Inanspruchnahme schwer erreichbarer Bevölkerungsgruppen zu erhöhen.

¹³⁴ https://www.zfp-web.de/unternehmen/kommunikation/pressemitteilungen/detail/news/aufsuchende-psychiatrie/?tx_news_pi1%5Bcontroller%5D=News&tx_news_pi1%5Baction%5D=detail&cHash=e68225bbaa88b3a0b8e441ba1bc32460 [letzter Zugriff am 24.04.18]

¹³⁵ https://www.zfp-web.de/unternehmen/kommunikation/pressemitteilungen/detail/news/aufsuchende-psychiatrie/?tx_news_pi1%5Bcontroller%5D=News&tx_news_pi1%5Baction%5D=detail&cHash=e68225bbaa88b3a0b8e441ba1bc32460 [letzter Zugriff am 24.04.18]; http://www.bflk.de/sites/default/files/doku/programm_suedwestdeutsche_staebtagung_2017.pdf [letzter Zugriff am 24.04.18]

5. Voraussetzungen für die Umsetzung des Konzepts

5.1. Voraussetzungen für die Umsetzung eines regionalen landkreis- und sektorenübergreifenden Versorgungsmodells – Möglichkeiten im bestehenden Gesundheitssystem und notwendige Änderungen der Rahmenbedingungen

Im Rahmen des vorliegenden Modellprojekts wurden ein Instrumentarium und ein Vorgehen erarbeitet und erprobt, mit dem ein sektorenübergreifendes Versorgungskonzept in einer Region entwickelt werden kann. Dieses Vorgehen beinhaltet folgende Schritte:

1. Die Gründung einer Steuerungsgruppe für die Koordination des Gesamtprojekts und den Austausch der AkteurInnen.
2. Die Auswahl häufiger (chronischer) Erkrankungen in der Region, welche die gesamte Lebensspanne abdecken, und für die kleinräumige Versorgungsdaten und (nationale) Versorgungsleitlinien vorhanden sind. Im Kontext des Modellprojekts waren dies Anorexie, chronischer Kreuzschmerz, Darmkrebs, Demenz, Depression, Diabetes mellitus Typ 1 und 2, Schlaganfall.
3. Die Beschreibung der aktuellen Versorgungssituation sowie die Erarbeitung von Prognosen zum zukünftigen medizinischen und pflegerischen Versorgungsbedarf anhand von Sekundärdaten aus verschiedenen Datenquellen.
4. Die Durchführung einer IST- und SOLL-Analyse der Versorgungssituation (incl. Stärken, Schwächen, Bedürfnisse und Wünsche) aus der Perspektive der GesundheitsakteurInnen und BürgerInnen in der Modellregion.
5. Die datengestützte Entwicklung eines Versorgungskonzepts auf Basis der Ergebnisse gemeinsam mit allen PartnerInnen der Modellregion.
6. Die wissenschaftliche Begleitung des Prozesses.
7. Die Rückkopplung wesentlicher Inhalte des Versorgungskonzepts an die BürgerInnen und eine Konsentierung im Rahmen eines moderierten Dialogs.

Diese Schritte können auch genutzt werden, um ein regionales Versorgungsnetzwerk in der Praxis umzusetzen. Voraussetzungen für den Aufbau eines solchen Netzwerks sind die Etablierung einer Organisationsstruktur sowie einer Leitungs- und Steuerungsgruppe. Prozesse zur regelmäßigen Erhebung und Auswertung von Versorgungsdaten, wie sie im vorliegenden Projekt in TP 1 durchgeführt wurden, müssen implementiert und es muss festgelegt werden, wer hierfür zuständig ist. Sekundärdatenauswertungen sollten durch Erhebungen von Primärdaten zu ausgewählten Themen ergänzt werden. Dazu könnten Befragungen von GesundheitsakteurInnen und BürgerInnen zu Stärken und Schwächen der Versorgung in der Region analog zu dem in TP 2 erprobten Vorgehen erfolgen. Internationale Studien beschreiben, welche grundsätzlichen Voraussetzungen für die erfolgreiche Umsetzung eines regionalen sektorenübergreifenden integrierten Versorgungsnetzwerks nötig sind. Im Rahmen der Evaluation einer Reihe von Pilotprojekten zur integrierten Versorgung in Großbritannien werden beispielsweise folgende Voraussetzungen genannt [78]:

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

Die einzelnen Punkte werden vor dem Hintergrund der Ergebnisse des Modellprojekts im Hinblick darauf diskutiert, inwieweit diese Voraussetzungen für die Umsetzung eines regionalen Versorgungsnetzwerks erfüllt werden könnten, bzw. in welchen Bereichen Barrieren bestehen und welche Änderungen ggf. notwendig wären.

1. Aufbau eines Steuerungs- und Managementsystems

Ein regionales Versorgungsnetz benötigt eine Steuerung und interne Organisationsstrukturen. Je nach Rechtsform könnte ein gewählter Vorstand oder ein anderes Aufsichtsgremium („Advisory Board“ im angloamerikanischen Raum) diese Funktion übernehmen [7]. Ein professionelles Management in Form einer Geschäftsführung sollte die Rolle des Ansprechpartners und „Kümmerers“ für die Partner im Netz übernehmen. Die Erfahrung aus der ersten Generation von Arztnetzen in Deutschland zeigt, dass ein professionelles Management ein entscheidender Schlüssel zum nachhaltigen Funktionieren eines Netzwerks ist [79]. Je nach Größe des Netzes könnte das Management auch Aufgaben bei der Erhebung und Auswertung von Versorgungsdaten zur Qualitätssicherung übernehmen und auf dieser Basis wissenschaftlich fundierte Programme und Projekte entwickeln bzw. vorschlagen, implementieren und auswerten. Auf diese Weise könnte auch gewährleistet werden, dass Ergebnisse aus der internationalen und nationalen Forschung regional ankommen und eine wissenschaftliche Weiterentwicklung und Begleitforschung stattfindet. Im Modellprojekt „Gesundes Kinzigtal“ übernimmt beispielsweise eine Managementgesellschaft diese Aufgaben [80]. Im Rahmen der Weiterentwicklung der Aufgaben des Öffentlichen Gesundheitsdienstes - wie im Gesundheitsleitbild Baden-Württemberg [11] niedergelegt – könnten solche Aufgaben auch dem ÖGD übertragen werden. Hierfür würden jedoch zusätzliche personelle Kapazitäten benötigt, mit einer für diese anspruchsvolle und zeitaufwändige Tätigkeit angemessenen Honorierung und einer entsprechenden Qualifizierung im Bereich Datenmanagement und Public Health.

Aus der Auswertung regionaler Versorgungsdaten können Ansatzpunkte zur besseren Anpassung des Versorgungsangebots an den Versorgungsbedarf und die Bedürfnisse der Bevölkerung abgeleitet werden. Für die Auswahl und Priorisierung entsprechender Projekte und Programme zur Verbesserung der Versorgung ist ein Gremium notwendig, in dem die lokalen GesundheitsakteurInnen, VertreterInnen der Politik sowie die BürgerInnen vertreten sind. Das vorliegende Projekt hat gezeigt, dass die Planung für einige Versorgungsangebote sinnvollerweise großräumiger (landkreisübergreifend) erfolgen sollte. Als Organisationsstruktur für die Ausgestaltung von regionalen Netzen kommen die in Baden-Württemberg bereits etablierten Kommunalen Gesundheitskonferenzen in Betracht. Die Etablierung von Kommunalen Gesundheitskonferenzen wurde mit dem Inkrafttreten des Landesgesundheitsgesetzes in Baden-Württemberg in allen Stadt- und Landkreisen mit einem Gesundheitsamt Pflicht. Inzwischen besteht ein solches Gremium in den meisten Stadt- und Landkreisen oder befindet sich zumindest im Aufbau. Als übergeordnete Organisationsebene könnten regionale Gesundheits- und Pflegekonferenzen nach §90a SGB V oder auch die geplanten stadt- und landkreisübergreifenden regionalen Stukturgespräche oder kreisübergreifende Kommunale Gesundheitskonferenzen dienen. Vorbild hierfür kann die landkreisübergreifende Zusammenarbeit im Rahmen des

Modellprojektes zur sektorenübergreifenden Versorgung sein. Daneben gibt es bislang schon die Möglichkeit der Durchführung von Kreisstrukturgesprächen im Rahmen der Kommunalen Gesundheitskonferenzen.

Hierbei ergibt sich jedoch das Problem, dass die genannten Gremien und Institutionen derzeit zu meist nicht über die notwendigen rechtlichen Zuständigkeiten und/oder Befugnisse verfügen, um Aufgaben bei der Versorgungsplanung übernehmen, Entscheidungen für die Region treffen und diese auch umsetzen zu können, da die Struktur des Steuerungssystems im historisch gewachsenen deutschen Gesundheitswesen dies nicht zulässt. Grundsätzlich gibt der Gesetzgeber auf Bundesebene Rahmenbedingungen vor, deren konkrete Ausgestaltung der Selbstverwaltung überlassen ist. Im Gemeinsamen Bundesausschuss (GBA) als oberstem Entscheidungsgremium der Selbstverwaltung sind Leistungserbringer in Form der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG) und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) mit je drei Sitzen und die Kostenträger in Form des Spitzenverbands der gesetzlichen Krankenkassen mit sechs Sitzen paritätisch vertreten [81]. Seit 2016 haben die Bundesländer ein Mitberatungsrecht, wenn die zu beratenden Richtlinien und Beschlüsse für die Krankenhausplanung von Bedeutung sind¹³⁶.

Die Bundesländer sind für die Krankenhausplanung und für die Investitionskostenfinanzierung zuständig und haben die Rechtsaufsicht über die KVen, kommunalen Krankenhäuser und den ÖGD, sowie für letzteren auch die Fachaufsicht. Kommunen treten z.T. als Klinikbetreiber auf und dürfen als Eigeneinrichtung medizinische Versorgungszentren betreiben. Ansonsten kommen ihnen derzeit über die Daseinsvorsorge hinaus keine Aufgaben oder rechtliche Kompetenzen in der Gesundheitsversorgung zu. Der ÖGD wird durch die Länder und Kommunen finanziert und hat Aufgaben in der Gesundheitsförderung und Prävention, der Gesundheitshilfe und –fürsorge, im Gesundheitsschutz, in der Gesundheitsberichterstattung und Gesundheitsplanung sowie bei der Medizinalaufsicht und Begutachtung. Basierend auf dem novellierten Gesetz über den Öffentlichen Gesundheitsdienst gehören zu den Planungsaufgaben des Öffentlichen Gesundheitsdienstes insbesondere das Aufzeigen von Problemfeldern in der Gesundheitsförderung und der Prävention, der gesundheitlichen und pflegerischen Versorgung sowie die Definition von Schnittstellen einschließlich des Koordinations- und Vernetzungsbedarfs zwischen den verschiedenen Handlungsträgern und Planungsbereichen. In Baden-Württemberg wird die Übernahme weiterer Aufgaben, v.a. im Bereich der Gesundheitsförderung, -planung und –koordination diskutiert.

2. Entwicklung der notwendigen Infrastruktur

Aufbau einer Struktur für die Erhebung des lokalen Bedarfs unter Berücksichtigung der Bedürfnisse der BürgerInnen (community health assessment), datengestützte Versorgungsplanung

Der Status quo der Versorgung, der regionale Bedarf an Gesundheitsleistungen und die individuellen Bedürfnisse der BürgerInnen vor Ort sollten in regelmäßigen Abständen ermittelt werden („community health assessment“) [8]. Dafür können qualitative Befragungen von GesundheitsakteurInnen und betroffenen BürgerInnen mit quantitativen Versorgungsdaten aus unterschiedlichen Quellen kombiniert werden. Auf Basis der Ergebnisse kann eine sektorenübergreifende Planung bzw. kontinuierliche Weiterentwicklung der benötigten Angebote im Sinne eines Public Health Action Cycle erfolgen. Die Erhebung bzw. Sammlung relevanter Versorgungsdaten, eine Auswahl von Indikatoren und die Entwicklung einer entsprechenden Datenbank wurden im Rahmen des vorliegenden Modellprojekts

¹³⁶ https://www.g-ba.de/downloads/39-261-2469/2016-01-21_GO_Mitberatungsrecht-Laender_BAnz.pdf [letzter Zugriff am 24.04.18]

in TP 1 exemplarisch durchgeführt. Wie sich gezeigt hat, ermöglichen es diese Daten auch, einzelne Landkreise mit dem Bundesland Baden-Württemberg insgesamt zu vergleichen, sowie Unterschiede zwischen den Kreisen darzustellen. Aufgrund des erheblichen Aufwands und des benötigten „Know-Hows“ ist eine Empfehlung aus dem Modellprojekt, dass die Weiterentwicklung der Indikatoren und des Datenmanagementsystems zentral durch ein Institut auf Landesebene oder im Sinne einer kreisübergreifenden Kooperation erfolgen sollte (Daten müssen allerdings kleinräumig vorliegen).

Die qualitative Befragung der GesundheitsakteurInnen vor Ort und der Betroffenen im Sinne einer Status quo-Erhebung („IST“-Analyse) und Bedarfsermittlung („SOLL“-Analyse) wurden im Rahmen des vorliegenden Modellprojekts in TP 2a und b durchgeführt. Die qualitativen und quantitativen Ergebnisse der drei Teilprojekte stellen somit den Versuch einer möglichst umfassenden Erhebung der Versorgungssituation und des Versorgungsbedarfs in der Modellregion im Sinne eines „community health assessments“ dar.

Notwendige Schritte in diesem Zusammenhang sind

- a. Analyse der Versorgungssituation: Primärdatenerhebung und Auswertung von zentral bereit gestellten Sekundärdaten und Indikatoren
- b. Erhebung der regionalen Angebotsstruktur, Darstellung auf einer Internetplattform mit öffentlichem Zugang
- c. Gegenüberstellung von Bedarf und Angebot anhand von ausgewählten Indikatoren

Aufbau von Primärversorgungsstrukturen und Kompetenzzentren für ausgewählte chronische Erkrankungen

Weiterhin ist der Aufbau von Primärversorgungsstrukturen zentraler Bestandteil eines solchen Netzes, z.B. gemäß dem Modell eines Lokalen Gesundheitszentrums (LGZ) bzw. Patientenorientierten Zentrums für Primär- und Langzeitversorgung (PORT) [5,6]. Die Entwicklung hin zu einer stärker vernetzten Primärversorgung in größeren Einheiten ist ein internationaler Trend und zeigt sich unter anderem in den Niederlanden, Kanada, den USA und Neuseeland [82]. International hat sich außerdem die Erkenntnis durchgesetzt, dass solche Primärversorgungsstrukturen die Verantwortung für die Versorgung einer definierten Bevölkerung im Sinne einer populationsorientierten Versorgung übernehmen sollten. Eine wichtige Voraussetzung hierfür ist ein Einschreibesystem für PatientInnen, um die Population abgrenzen zu können, für die beispielsweise Screening- oder Disease Management Programme angeboten bzw. durchgeführt werden [83]. In den USA wurden mit der Einführung des „Accountable Care Acts“ (ACA) sogenannte „Accountable Care Organizations“ (ACO) gegründet. Es handelt sich um Netzwerke von Leistungserbringern, die Verantwortung für die Qualität, die Kosten und die gesamte Versorgung einer bestimmten Population, beispielsweise von Medicare-PatientInnen übernehmen und dafür ein bestimmtes Budget bekommen bzw. untereinander aufteilen [84,85].

Primärversorgungszentren sollten mit weiteren Leistungserbringern vor Ort eng vernetzt sein bzw. eine Versorgung in interprofessionellen Teams erbringen (horizontale Vernetzung), und durch (ggf. überregionale) Kompetenzzentren für schwere akute, langfristige, sowie lebenslange chronische Erkrankungen ergänzt werden, die medizinisch-therapeutisch-pflegerische Teams vorhalten (vertikale Vernetzung) (siehe Abbildung 129) [72,86]. Dabei ist allerdings zu beachten, dass eine Zentrenbil-

dung tendenziell wiederum zu einer Desintegration, etwa bei Multimorbidität, führen könnte, und daher nur sehr gezielt gefördert werden sollte.

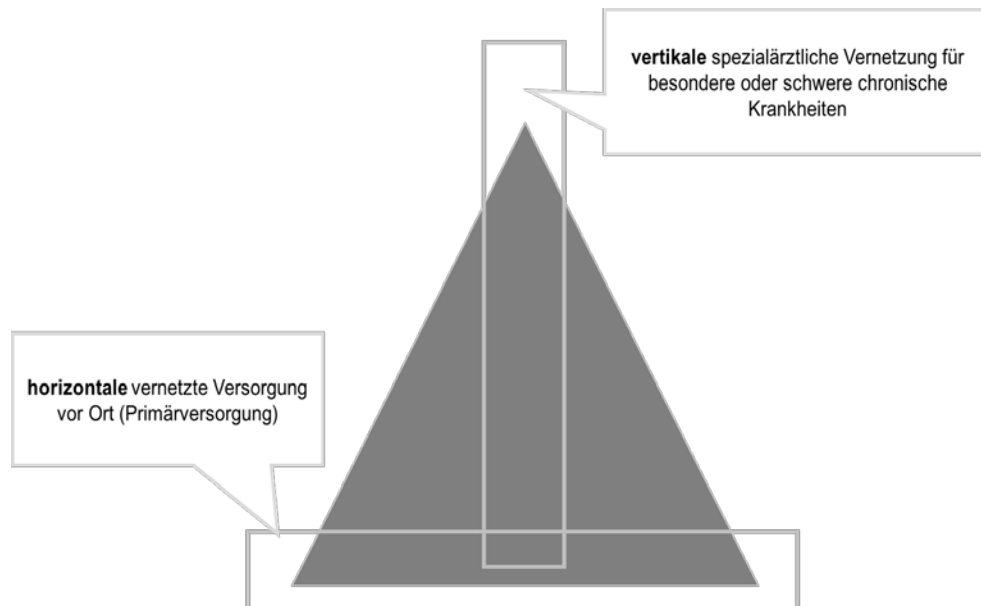


Abbildung 129: Zwei Arten der vernetzten Versorgung, Quelle: [86]

Kooperation und Kommunikation der AkteurInnen im Versorgungsnetz, Koordination der Leistungen

Um eine gute Vernetzung und Kooperation der regionalen Leistungserbringer zu erreichen, müssen strukturierte Kommunikationsprozesse etabliert werden. Die Etablierung einer telemedizinischen Infrastruktur incl. elektronischer PatientInnenakte ist dabei sehr hilfreich. Darüber hinaus können regionale Versorgungspfade für häufige Erkrankungen mit den NetzwerkpartnerInnen gemeinsam erarbeitet werden, beispielsweise im Rahmen von interprofessionellen Qualitätszirkeln. Mittels interprofessioneller Fallkonferenzen kann der Versorgungsbedarf komplexer PatientInnen abgestimmt werden. Optimal für eine Kooperation wäre die Etablierung interprofessioneller Versorgungsteams sowohl im Bereich der Primärversorgung als auch in den Kompetenzzentren, beispielsweise nach dem Vorbild der Family Health Teams in Kanada [7].

Ein weiterer wichtiger Baustein in diesem Zusammenhang ist die Implementierung eines Case Managers, von dem insbesondere multimorbide PatientInnen und PatientInnen mit chronischen und komplexen Erkrankungen profitieren können. Hier muss geklärt werden, welche Aufgaben das einzurichtende Fallmanagement konkret übernehmen soll und bei welcher Einrichtung im Netz es angesiedelt ist.

Beispiele für die genannten Planungs-, Versorgungs-, Kooperations- und Koordinationsstrukturen finden sich in Deutschland derzeit nur in ersten Ansätzen und im Rahmen von Modell- oder Forschungsprojekten, da sie mit den etablierten Planungs-, Versorgungs- und Honorierungsstrukturen in der Regelversorgung kaum kompatibel sind.

Neben dem Projekt der PORT-Zentren der Robert Bosch Stiftung bietet die Förderung im Innovationsfonds Möglichkeiten einer Erprobung und Evaluation derartiger Ansätze. Beispielsweise wird seit 2017 ein Projekt zur Erprobung von „Accountable Care“ in Deutschland gefördert. „Auf der Grundla-

ge von Routinedaten sollen Einheiten von ambulanten und stationären Versorgern erfasst werden, die Patienten gemeinsam versorgen und somit für diese „verantwortlich“ (accountable) sind. Eine Vernetzung dieser AkteurInnen, strukturiertes Feedback und moderierte Qualitätszirkel sollen potentiell vermeidbare Hospitalisierungen reduzieren und die Zusammenarbeit der AkteurInnen verbessern. Es werden lokal spezifische Behandlungspfade für ausgewählte Krankheitsbilder entwickelt, die eine kontinuierliche Versorgung der Patientinnen und Patienten optimieren sollen“ [87].

3. Unterstützende Finanzierungssysteme und Anreize

Das derzeitige Finanzierungssystem im ambulanten ärztlichen Bereich beruht überwiegend auf dem Prinzip der Einzelleistungsvergütung. Die Mehrheit der niedergelassenen ÄrztInnen praktiziert in selbständigen Einzel- oder kleinen Berufsausübungsgemeinschaften (zuvor: Gemeinschaftspraxen). Da es keine Einschreibepflicht für PatientInnen bei einer Praxis gibt und das Prinzip der freien Arztwahl gilt, existiert kein Populationsbezug in der Versorgung. Der/die einzelne ÄrztIn fühlt sich in erster Linie für die Behandlung seiner/ihrer Kontaktgruppe (mit tatsächlichen Arzt-Patient-Kontakten) verantwortlich und wird hierfür im Rahmen der Regelversorgung auch vergütet. Gesunde Versicherte und solche, die von sich aus keinen Kontakt zur Praxis suchen, werden daher in Deutschland systematisch nicht adressiert.

Damit ÄrztInnen die Gesundheitsversorgung der gesamten Bevölkerung einer Region in den Blick nehmen können, müssen – etwa mit Blick auf präventive Angebote – entsprechende Voraussetzungen und finanzielle Anreize vorhanden sein. Die Region, die durch das Netzwerk versorgt werden soll, muss zunächst definiert und räumlich abgegrenzt werden. Die BürgerInnen dieser Region bilden die zu versorgende Population und können sich in das Netzwerk einschreiben. Auf dieser Basis kann für jede/n eingeschriebene/n BürgerIn eine jährliche Kopfpauschale („Capitation“) berechnet werden, aus der beispielsweise ein regionales Netzbudget gebildet werden könnte.

Der bereits im Jahr 2004 eingeführte und im Jahr 2015 neu gefasste §140a SGB V bildet die rechtliche Grundlage für den Abschluss von Selektivverträgen zur Integrierten Versorgung, in denen prinzipiell auch ein Gesamtbudget für eine sektorenübergreifende Versorgung der eingeschriebenen Versicherten vereinbart werden kann. Diese Möglichkeit wurde zunächst z.B. von Arztnetzen genutzt, hatte aus Sicht der niedergelassenen ÄrztInnen jedoch den Nachteil, dass sie das finanzielle Risiko für die Versorgung der eingeschriebenen PatientInnen mittragen. Außerdem ist damit u.a. die Notwendigkeit einer - recht komplizierten - Bereinigung der ambulanten ärztlichen Gesamtvergütung verbunden, die Krankenkassen und kassenärztliche Vereinigungen im Rahmen des Kollektivvertrags vereinbaren.

Entscheidend für eine Umsetzung der bestehenden rechtlichen Möglichkeiten im Rahmen von Selektivverträgen ist also, dass sich Vertragspartner auf Seiten der Kostenträger und Leistungserbringer finden. Dabei wäre es aus Sicht der Leistungserbringer wünschenswert, wenn ein Vertrag mit allen Krankenkassen abgeschlossen werden könnte, da unterschiedliche Verträge mit unterschiedlichen Kostenträgern und unterschiedlichen Abrechnungsvoraussetzungen erheblichen administrativen Mehraufwand bedeuten. In der Praxis ist letzteres jedoch eher der Normalfall als der Abschluss gemeinsamer und einheitlicher Verträge. Die neue Fassung des § 140a brachte einige Verbesserungen, die die Umsetzung von Verträgen zur integrierten Versorgung erleichtern sollten. Seitdem ist jedoch nicht zu beobachten, dass die rechtlichen Möglichkeiten von Selektivverträgen in umfangreicher Form genutzt werden [81]. Die „Regelversorgung“ findet im ambulanten Bereich weiterhin im Rahmen des Kollektivvertrags statt.

In einigen Bereichen, beispielsweise in der psychiatrischen, geriatrischen oder Palliativversorgung wird die Vergütung von sektorenübergreifenden bzw. Teamleistungen bereits in größerem Umfang erprobt oder stellt eine Variante der Regelversorgung dar. Diese Beispiele können Anregungen für eine Finanzierung sektorenübergreifender Leistungen unter den bestehenden rechtlichen Rahmenbedingungen geben.

Ein Beispiel für einen sektorenübergreifenden Versorgungsvertrag für Menschen mit psychischen Erkrankungen ist die Integrierte Versorgung des Zentrums für Psychiatrie (ZfP) Südwürttemberg. Die Versorgungsregion umfasst die Landkreise Reutlingen, Alb-Donau, Biberach, Ravensburg und den Bodenseekreis. Ziele der Integrierten Versorgung des ZfP sind die Überwindung von Sektorengrenzen und damit die Flexibilisierung und individuelle Anpassung der Behandlung, die Herstellung von Versorgungskontinuität sowie die Fokussierung auf ambulante vor stationärer Versorgung. PatientInnen schreiben sich in den Vertrag ein und das ZfP erhält pro Person eine Jahreskopfpauschale von den Krankenkassen, die frei zwischen den Sektoren verschoben werden kann. Zurzeit sind 1100 Patienten in die Integrierte Versorgung eingeschrieben, die von MitarbeiterInnen des ZfP an über 30 Standorten in Südwürttemberg in Kliniken, Psychiatrischen Institutsambulanzen oder durch das mobile Krisenteam versorgt werden. Ein Kooperationsvertrag existiert mit 12 niedergelassenen PsychotherapeutInnen, welche eine Clearingstelle in Aulendorf betreiben, an Qualitätszirkeln teilnehmen und mit denen gemeinsame Dokumentationsstandards bestehen.

Im Rahmen von Modellprojekten nach § 64b SGB V werden in einigen Regionen regionale Psychiariebudgets erprobt, wie z.B. seit 2008 im Landkreis Dithmarschen in Schleswig-Holstein. An dem Vertrag sind die Westküstenkliniken Brunsbüttel und Heide sowie die Brücke Schleswig-Holstein gGmbH und sämtliche gesetzlichen Krankenkassen beteiligt. Die Kliniken stellen die voll-, teil-, vor- und nachstationäre, sowie die ambulante psychiatrische Behandlung in ihrer psychiatrischen Institutsambulanz oder im Rahmen des Home Treatment sicher und erhalten dafür ein festes Jahresbudget für eine vorab vereinbarte PatientInnenzahl. Eine Evaluation der Behandlungsdaten der Jahre 2004-2013 ergab eine Zunahme der tagesklinischen und ambulanten Behandlung nach Einführung des regionalen Budgets [88]. In den bisherigen Modellprojekten wurden niedergelassene ÄrztInnen und PsychotherapeutInnen jedoch nicht einbezogen, Vertragspartner waren Kliniken und Krankenkassen [89].

Ein Beispiel für einen Versorgungsvertrag, in dessen Rahmen Versorgungsleistungen durch ein interprofessionelles Team erbracht und finanziert werden können, ist die spezialisierte ambulante Palliativversorgung (SAPV) nach §132d in Verbindung mit §37b SGB V. Die Leistungserbringer bekommen eine Pauschale für jede/n eingeschriebene/n PatientIn, deren Höhe sich nach dem Versorgungsbedarf richtet. Aus dieser Pauschale werden die Leistungen aller Teammitglieder bezahlt¹³⁷.

Ein Problem in der derzeitigen Vergütung von Leistungen in der ambulanten Versorgung ist der mangelnde Anreiz für ÄrztInnen, im Rahmen ihrer Tätigkeit einen Fokus auf die Gesunderhaltung ihrer PatientInnen bzw. der BürgerInnen in ihrem Einzugsgebiet zu legen. Maßnahmen für eine systematische, populationsorientierte Gesundheitsförderung und Prävention werden nicht honoriert [72]. Trotz der Budgetierung ärztlicher Leistungen bestimmt weiterhin die Anzahl der pro Quartal behandelten PatientInnen mit einer entsprechend codierten Erkrankung die Höhe der ärztlichen Einnahmen. Im Rahmen des Modellprojekts „Gesundes Kinzigtal“ wurde für einen Zeitraum von zehn Jahren ein innovatives Vergütungsmodell mit den teilnehmenden Krankenkassen vereinbart, in dem breit

¹³⁷ https://www.dgpalliativmedizin.de/images/stories/100210_Mustervertrag_SAPV-BaWue.pdf. [letzter Zugriff am 24.04.18]

angelegte Gesundheitsförderungs- und Präventionsprogramme für die Bevölkerung in der Region mittel- bis langfristig für Einsparungen bei den Behandlungskosten sorgen sollen. Die Managementgesellschaft kümmert sich um die Auswahl passender Angebote und kooperiert zu diesem Zweck mit regionalen Einrichtungen wie z.B. Sportvereinen und Fitnessstudios. Die NetzärztInnen empfehlen geeigneten PatientInnen die Programme und beraten sie zu deren Inhalten. Diese Beratung erfolgt im Rahmen einer pauschalen zusätzlichen („add-on“) Vergütung, die die ÄrztInnen für jede/n in das Modellprojekt eingeschriebene/n PatientIn erhalten. Die Kosten für die Versicherten in der Region werden den Einnahmen der Krankenkassen für diese Versicherten gegengerechnet und die Differenz mit den Kosten ohne Intervention verglichen. Der wirtschaftliche Anreiz für Leistungserbringer und Managementgesellschaft ist daher, geringere Versorgungskosten zu erreichen als sich insgesamt durchschnittlich im Vertragszeitraum entwickeln (z.B. durch weniger Krankenhauseinweisungen in der Region) [80].

4. Darstellung und Entwicklung des wirtschaftlichen Nutzens

Um ein regionales sektorenübergreifendes Netzwerk aufbauen zu können, müssen die lokalen GesundheitsakteurInnen überzeugt werden, sich aktiv daran zu beteiligen. Eine breite Akzeptanz und Mitwirkung wird nur erreicht werden können, wenn der Nutzen eines solchen Projekts für die AkteurInnen unmittelbar ersichtlich ist. Ein besonders wichtiger Faktor für eine nachhaltige Umsetzung ist daher die Darstellung und Entwicklung des wirtschaftlichen Nutzens. Wie oben ausgeführt, führen die AkteurInnen im ambulanten Bereich derzeit überwiegend wirtschaftlich selbständige Kleinbetriebe. Mit deren Umsatz müssen sie Investitions-, Personal-, sonstige laufende Kosten, sowie die eigene wirtschaftliche Existenz incl. Altersvorsorge sichern.

Im ambulanten ärztlichen Bereich wird dieser Umsatz so generiert, dass einzelne an PatientInnen erbrachte Leistungen vergütet werden, für die im Normalfall eine Konsultation stattgefunden haben muss. Weil der Umsatz durch eine Erhöhung der Anzahl der Konsultationen bzw. behandelten PatientInnen gesteigert werden kann, ist die durchschnittliche Zahl der ÄrztInnen-PatientInnenkontakte in Deutschland im internationalen Vergleich sehr hoch. Demgegenüber werden Leistungen für Gesundheitsförderung und Prävention nicht honoriert. Durch die verschiedenen Vergütungssystematiken und die getrennten Budgets in den unterschiedlichen Sektoren entstehen Anreize zur Verschiebung von Leistungen. Versorgungsentscheidungen werden derzeit also eher nach abrechnungsrelevanten Überlegungen getroffen und nicht danach, wie eine am Bedarf orientierte und aus Sicht der PatientInnen möglichst optimale Behandlung erfolgen kann [72].

Deshalb plädieren ExpertInnen für eine grundlegende Umgestaltung des Honorierungssystems. Im hausärztlichen Bereich wird beispielsweise eine jährliche risikoadjustierte kontaktunabhängige Koordinierungspauschale empfohlen, die für jede/n PatientIn einer Praxis gezahlt wird. Diese sollte von einer ebenfalls jährlichen risikoadjustierten Behandlungspauschale für PatientInnen mit mindestens einem ÄrztInnenkontakt im Jahr sowie zusätzliche Vergütungen für einzelne förderwürdige Leistungen wie Impfungen, Hausbesuche, etc. ergänzt werden [72]. Voraussetzung hierfür wäre ein Einschreibesystem, um die von einer Praxis versorgten PatientInnen definieren zu können. Im fachärztlichen Bereich werden sektorenübergreifende Fallpauschalen als einheitliche Vergütungssystematik für ambulante FachspezialistInnen und Kliniken vorgeschlagen [90]. Diese könnten nach Erkrankungsklustern differenziert ausgestaltet werden: Für planbare Eingriffe (z.B. elektive Operationen), schwere akute, über einen längeren Zeitraum andauernde, oder dauerhafte chronische Erkrankungen wird die Einführung von sektorenübergreifend einheitlichen Fallpauschalen und Leistungskompl-

expauschalen empfohlen, die zeitraumbezogen abgestuft differenziert und durch eine Einzelleistungsvergütung für besonders förderungswürdige Leistungen ergänzt werden sollten [72].

5. Änderung von Einstellungen und Verhalten bei den Beteiligten

Um ein integriertes regionales Versorgungsnetzwerk aufzubauen, sind auch von Seiten der beteiligten GesundheitsakteurInnen und PatientInnen einige persönliche Voraussetzungen nötig, z.B. die Bereitschaft, neue Wege zu beschreiten, sich dabei weiterzuentwickeln und neue Perspektiven und Rollen einzunehmen. In internationalen Evaluationsstudien (z.B. [78]) wurden u.a. folgende Erfolgsfaktoren bei der Einführung integrierter Versorgungsmodelle identifiziert: Führungsfähigkeiten und Führungsstärke („strong leadership“), bestehende persönliche Beziehungen, Vertrauen und gegenseitiges Verständnis unter den Angehörigen der beteiligten verschiedenen Institutionen und Professionen, gemeinsame Werte und eine gemeinsam geteilte Vision, Bemühungen, alle beteiligten Berufsgruppen in den Prozess (z.B. in die Entwicklung neuer Angebote) einzubeziehen und ihnen den Nutzen der vorgeschlagenen Änderungen deutlich zu machen.

Veränderungen, die individuelle Rollen oder die professionelle Identität der Beteiligten tangieren, sind schwieriger zu vermitteln und sollten durch spezifische Fortbildungen und Trainings begleitet werden.

Eine Studie, die Erfolgsfaktoren innovativer Versorgungsmodelle in Deutschland analysiert, kommt zu ähnlichen Ergebnissen und beschreibt weitere persönliche Eigenschaften der AkteurInnen als hilfreich, wie z.B. Mut, Flexibilität, Engagement, Überzeugungskraft, aber auch Interesse an Weiterentwicklung und interdisziplinärem Austausch, Kompetenz, gegenseitiger Respekt und die Bereitschaft, Konkurrenzdenken abzulegen [91].

Da die Rollenverteilung zwischen den ärztlichen und nicht-ärztlichen Gesundheitsprofessionen in Deutschland historisch bedingt stark hierarchisch geprägt ist, stellt das Ziel einer PatientInnenversorgung im Team in einem regionalen Versorgungsnetz eine besondere Herausforderung dar. Neben entsprechenden Voraussetzungen bezüglich der Organisation der Versorgung und finanziellen Anreizen zur Erbringung von Teamleistungen ist in Deutschland in besonderem Maße ein „Kulturwandel“ nötig, der die Rollen und das berufliche Selbstverständnis der AkteurInnen neu definiert und eine Zusammenarbeit der unterschiedlichen Professionen auf Augenhöhe zum Ziel hat. Wichtig ist der gegenseitige Respekt für die Leistungen der unterschiedlichen AkteurInnen, wofür bei allen Beteiligten zunächst die Kenntnis darüber vorhanden sein muss, welche Kompetenzen und Behandlungsmöglichkeiten die verschiedenen Professionen bei der Versorgung von PatientInnen haben. Dazu wird unter anderem eine Umstrukturierung, Neuausrichtung und Akademisierung der Pflege- und Therapieberufe nach internationalem Vorbild, sowie die Einführung interprofessioneller Studiengänge für Angehörige von Gesundheitsberufen empfohlen [92,93]. Obwohl inzwischen Bachelor- und Masterstudiengänge insbesondere für Pflegeberufe existieren, werden ihre AbsolventInnen noch nicht in dem Maße in der direkten PatientInnenversorgung eingesetzt, wie es international Standard ist und auch vom deutschen Wissenschaftsrat empfohlen wird [94]. Die Umsetzung dieser Empfehlungen und in der Folge die Änderung von Rollen und beruflichem Selbstverständnis des Nachwuchses im Gesundheitswesen wird daher eher langfristig zu erreichen sein.

Die Notwendigkeit einer Änderung von Einstellung und Verhalten gilt grundsätzlich auch für PatientInnen, die in einem regionalen Netzwerk versorgt werden. Die Mitversorgung durch nicht-ärztliche Leistungserbringer wird von den PatientInnen meist problemlos akzeptiert und häufig sogar begrüßt, da diese häufig mehr Zeit haben, sich ihre Anliegen anzuhören und entsprechend zu beraten [95].

Auch eine Einschreibung in ein solches Versorgungsmodell stellt zumeist eine niedrige Hürde dar, zumal dann, wenn die prinzipielle Möglichkeit bestehen bleibt, auch andere Leistungserbringer außerhalb des Netzwerks aufsuchen zu können [96]. Gerade bei chronischen Erkrankungen ist jedoch die aktive Mitarbeit der PatientInnen gefragt, z.B. im Rahmen des Selbstmanagements oder bei einer partizipativen Entscheidungsfindung gemeinsam mit den GesundheitsakteurInnen [3]. Menschen dazu zu befähigen, Verantwortung für ihre Gesundheit zu übernehmen, ist auch als Ziel im Gesundheitsleitbild Baden-Württemberg verankert [11]. Im nationalen Aktionsplan Gesundheitskompetenz wird festgestellt, dass 54% der Bevölkerung über eine eingeschränkte Gesundheitskompetenz verfügt. Maßnahmen zur Förderung der Gesundheitskompetenz bei chronischer Erkrankung beinhalten u.a. die Stärkung der Fähigkeit zum Selbstmanagement und die Förderung der Gesundheitskompetenz zur Bewältigung des Alltags [97]. Diese Ziele können jedoch nur erreicht werden, wenn PatientInnen zur Erhaltung ihrer Gesundheit und zum Umgang mit chronischen Erkrankungen aktiv beitragen und Möglichkeiten zur Informationsgewinnung und Schulung annehmen. Daher kommt es darauf an, Möglichkeiten zum Erwerb von Gesundheitskompetenz in allen Lebenswelten zu verankern und damit möglichst niedrigschwellig und leicht zugänglich zu gestalten [97].

Fazit

In den vorangegangenen Ausführungen wird deutlich, dass wesentliche Voraussetzungen für die Umsetzung eines sektorenübergreifenden regionalen Versorgungsnetzwerks im derzeitigen Gesundheitssystem in Deutschland fehlen. Um eine sektorenübergreifende Versorgung in Deutschland überhaupt zu ermöglichen und hierfür die nötige Infrastruktur zu schaffen, ist nach Meinung von ExpertInnen insbesondere eine Vereinheitlichung der

- Planungsstrukturen,
- Vergütungssystematik,
- Qualitätssicherung,
- Klassifizierungssysteme,

sowie ein standardisierter sicherer Datentransport incl. elektronischer Patientenakte und professioneller Koordinierung zwischen den Sektoren notwendig [72].

Verschiedene AutorInnen haben Vorschläge für eine Umgestaltung der Rahmenbedingungen und Strukturen gemacht, die eine sektorenübergreifende Versorgung behindern, darunter die Etablierung einer sektorenübergreifenden Bedarfsplanung und einer einheitlichen Finanzierung [72,81,86,90].

5.2. Vorschläge für eine sektorenübergreifende Bedarfsplanung aus wissenschaftlicher Perspektive

Als Voraussetzung für eine sektorenübergreifende Bedarfsplanung sollte das Instrument einer gemeinsamen Planungskonferenz geschaffen werden, an der die derzeitigen Träger der Bedarfsplanung beteiligt sind. Grundsätzlich sollte eine Planung der Primärversorgung mit Haus- und KinderärztInnen (zukünftig ggf. ergänzt durch die pflegerische Versorgung) zur Sicherstellung einer flächendeckenden Grundversorgung erfolgen, ergänzt durch eine nach Fachdisziplinen gegliederte, ambulant-stationär sektorenübergreifende fachärztliche Versorgungsplanung [86]. Die Bedarfsplanung in der haus- und kinderärztlichen Grundversorgung sollte sich nach einer bevölkerungsbezogenen Planungsgröße (z.B. 100.000 Einwohner) richten, anstatt nach den bisher verwendeten raumordnerischen Planungsgrößen (Mittelbereiche, Landkreise, etc.). Derzeit haben die Planungsbereiche eine sehr unterschiedli-

Voraussetzungen für die Umsetzung des Konzepts

che Größe und Bevölkerung (von 10.000 bis 3,5 Mio Einwohner), so dass rechnerisch zwischen neun und 2100 HausärztInnen notwendig sind. Bei Berechnungen der hausärztlichen Versorgungskapazität sollten Vollzeitäquivalente auf der Basis von 39 Wochenstunden für die ärztliche Arbeitszeit zugrunde gelegt und nur Praxen einbezogen werden, die auch tatsächlich in der hausärztlichen Grundversorgung tätig sind [72].

Neben diesen bundesweit festzulegenden Richtwerten sollten regionale demografische, morbiditätsbezogene, sozioökonomische, geografische oder infrastrukturelle Besonderheiten als Korrekturfaktor einbezogen werden [72]. Eine Berücksichtigung solcher Besonderheiten ist nach §99 SGB V derzeit prinzipiell möglich, stellt jedoch noch die Ausnahme dar [86]. Der GBA hat zwischenzeitlich ein Gutachten in Auftrag gegeben, das Vorschläge für eine Ausrichtung der Bedarfsplanung an Morbiditäts- und Demografiekriterien machen und die willkürlich anhand historischer Inanspruchnahme festgelegte Verhältniszahl von 1671 EinwohnerInnen pro HausärztIn ersetzen soll. Zur Frage, wie sich Unterschiede im Versorgungsbedarf der Bevölkerung in verschiedenen Regionen darstellen lassen, schlägt ein Gutachten aus dem Jahr 2012 einen sogenannten Bedarfsindex vor, der anhand von Altersstruktur, sozioökonomischen Faktoren und Morbidität Abweichungen des Versorgungsbedarfs von einem gesamtdeutschen Durchschnittswert beschreibt [98].

Die fachärztliche Versorgung sollte sektorenübergreifend ambulant-stationär geplant und nach grundversorgenden und spezialisierten Leistungen differenziert werden. Letztere enthalten einen Anteil an Leistungen, der aufgrund der Krankheitsschwere, des Zustands der PatientInnen o.ä. nur stationär erbracht werden kann. Leistungen, die nicht der fachärztlichen Grundversorgung zugerechnet werden und auch keine stationäre Versorgung erfordern, können ambulant oder stationär erbracht werden, unterliegen dabei aber den gleichen Qualitätsvorgaben und werden auch in gleicher Höhe vergütet [72]. Abbildung 130 zeigt weitere Details dieses Vorschlags.

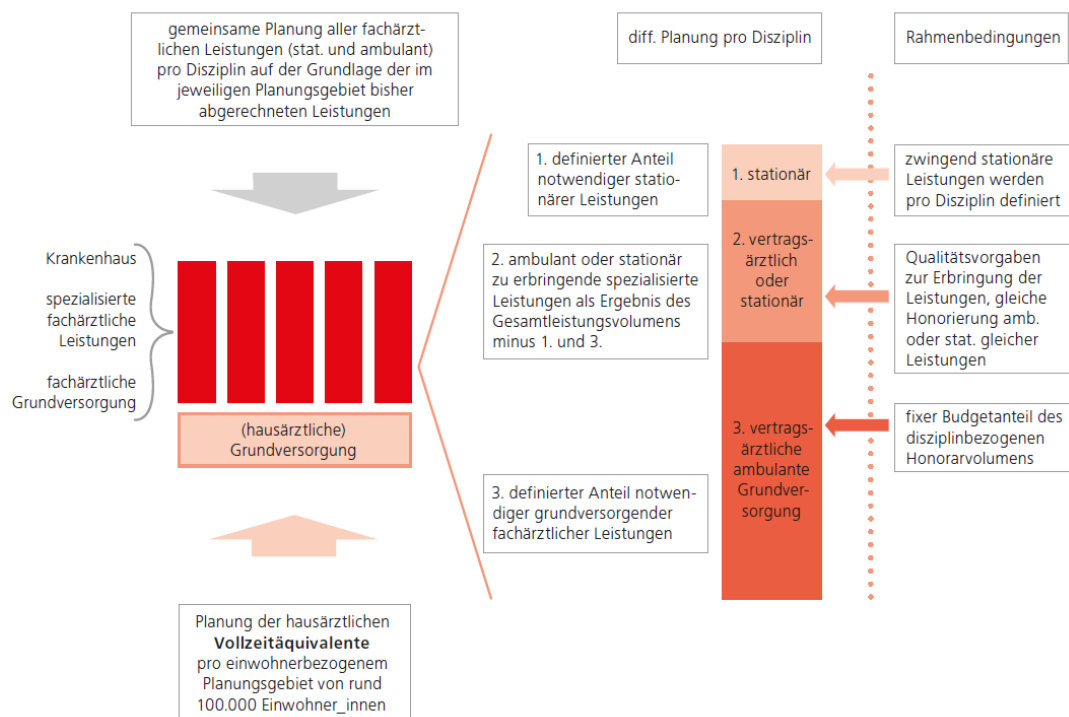


Abbildung 130: Bedarfsplanung von hausärztlichen Grundversorgern und differenzierten fachärztlichen Leistungsvolumina (Quelle: [72])

5.3. Vorschläge für eine regionale, bedarfsorientierte, sektorenübergreifende Bedarfs- und Versorgungsplanung aus der Perspektive des Modellprojekts

Im Rahmen des vorliegenden Projekts haben sich die AkteurInnen ebenfalls mit Möglichkeiten und Ansätzen für eine sektorenübergreifende Bedarfs- und Versorgungsplanung in der Modellregion beschäftigt. Im Folgenden wird ein Vorschlag für ein zweistufiges Vorgehen aus der Perspektive der am Modellprojekt beteiligten Landkreise vorgestellt. In einem ersten Schritt könnte eine Abstimmung der ambulanten Bedarfsplanung und Krankenhausplanung in der Modellregion oder einer anderen zu definierenden Versorgungsregion im Konsens der AkteurInnen vor Ort erfolgen; in einem zweiten Schritt könnte eine sektorenübergreifende Versorgungsplanung (Integration von ambulanter Bedarfsplanung, Krankenhausplanung, Pflegeplanung und der stationären medizinischen Rehabilitation in eine gemeinsame Versorgungsplanung) etabliert werden.

Vorgehensweise 1. Schritt:

Abstimmung der ambulanten Bedarfsplanung und Krankenhausplanung in einer Versorgungsregion (landkreisübergreifend) im Konsensus-Verfahren

- Definition der Versorgungsregion (landkreisübergreifend)
- Berücksichtigung bestimmter Kriterien (demografische Entwicklung, Morbidität, Erreichbarkeit, Patientenströme etc.)
- Berücksichtigung der jeweiligen FachärztInnengruppen ambulant und stationär
- Vergleich mit anderen Regionen

Vorgehensweise 2. Schritt:

a) Regionale sektorenübergreifende Versorgungsplanung

Langfristig muss die sektorale Gliederung und Steuerung des deutschen Gesundheitswesens überwunden werden, um Bedarf und Bedürfnisse der PatientInnen in den Mittelpunkt zu stellen, Schnittstellenprobleme zu vermeiden und Qualität wie Wirtschaftlichkeit der Versorgung im Sinne des gesamten Systems zu verbessern. Vor dem Hintergrund der begrenzten finanziellen Ressourcen, der demografischen Entwicklung und der ungleichen Verteilung an gesundheitlichen Versorgungsangeboten bedarf es einer sektorenübergreifenden Versorgungsplanung, bei der gesundheitliche Strukturen und Versorgungskapazitäten anhand von Raumordnung, epidemiologischen Erkenntnissen und sozioökonomischen Determinanten bestimmt werden.

Gesundheitsförderung und Prävention sowie Pflege stehen dabei gleichberechtigt neben medizinischer Versorgung. Aktuell sind die Bedarfsplanungen für Vertragsärzte und Krankenhäuser strikt getrennt. Die Kapazitätenplanung im ambulanten Bereich ist durch ein Nebeneinander von Über- und Unterversorgung innerhalb von Städten, zwischen städtischen und ländlichen Regionen und zwischen hausärztlicher Grundversorgung und fachärztlicher spezialisierter Versorgung gekennzeichnet. Der stationäre Bereich weist dagegen teilweise ein Überangebot an Versorgungskapazitäten auf; daneben gibt es aber auch Krankenhäuser in strukturschwachen ländlichen Regionen, bei denen die derzeit noch ausreichend vorhandenen Kapazitäten wirtschaftlich überlebensfähig gehalten werden müssen [5]. Ziel einer abgestimmten regionalen Versorgungsplanung für den ambulanten Bereich und die Krankenhausversorgung ist die Sicherstellung einer qualitativ hochwertigen, bedarfsgerechten und wirtschaftlichen medizinischen Versorgung der Bevölkerung.

b) Kennzeichen einer regionalen, sektorenübergreifenden Versorgungsplanung

Bedarfs- und Sozialraumorientierung

Um die Planung stärker am realen Versorgungsbedarf auszurichten und besser kontrollieren zu können, ob die Planungsziele erreicht wurden, muss sich die Planung künftig am regionalen Bedarf orientieren. Der Bedarf unterscheidet sich von der Inanspruchnahme und der Nachfrage dadurch, dass ihm eine objektive, wissenschaftlich fundierte Notwendigkeit für eine ärztliche Leistung zugrunde liegt [99]. Nur bei Zusammenfallen von objektivem Bedarf und tatsächlich erbrachter, sachgerechter Leistung sei eine bedarfsgerechte Versorgung gewährleistet. Das Prinzip der bedarfsgerechten Versorgung ist nach oben begrenzt durch das Wirtschaftlichkeitsgebot (§ 12 SGB V). Das bedeutet, die Gesetzliche Krankenversicherung (GKV) kommt nur für die Leistungen auf, die einen nachweisbaren Nutzen bringen (Kriterium der Notwendigkeit) und deren Kosten (der Vorhaltung, Erbringung, etc.) in einem angemessenen Verhältnis zu diesem Nutzen stehen.

PatientInnenorientierung - Planung entlang von Versorgungspfaden (care pathways)

PatientInnenorientierung bezeichnet [100] die Ausrichtung von Strukturen, Prozessen und Ergebnissen des Systems der gesundheitlichen Versorgung auf die Interessen, Bedürfnisse und Wünsche des/r individuellen PatientInnen. Der/die PatientIn wird nicht nur unter medizinisch-funktionalen Aspekten gesehen, sondern das soziale Umfeld wird mitberücksichtigt.

Es ist zu beobachten, dass aus Sicht der PatientInnen den an der Primärversorgung beteiligten Gesundheitsberufen vielfach die praktischen Möglichkeiten fehlen, eine koordinierte Versorgung tatsächlich sicher zu stellen. Primärversorgung braucht ein Mehr an Kommunikation und Kooperation zwischen den Versorgungsbereichen. Nebeneinander arbeitende Berufsgruppen müssen miteinander arbeiten.

BürgerInnenbeteiligung

Generell gilt es, die PatientInnenperspektive in der Gesundheitsplanung/Bedarfsplanung besser zu integrieren. BürgerInnen sollen zukünftig mehr als bisher die Gesundheitsversorgung mitgestalten können.

Die Einbindung der BürgerInnen, der regionalen Gesundheitsberufe, des Ehrenamtes sowie die Unterstützung der Initiativen vor Ort sind zentrale Elemente einer sektorenübergreifenden Versorgungsplanung.

c) Grundlagen einer regionalen sektorenübergreifenden Versorgungsplanung

Nutzung vorhandener Strukturen

Nach § 90a SGB V kann ein sektorenübergreifendes Landesgremium gebildet werden (in Baden-Württemberg: Sektorenübergreifender Landesausschuss). Entsprechend dem Vorbild der Kommunalen Gesundheitskonferenzen werden regionale Gesundheits- und Versorgungskonferenzen etabliert. Diese erarbeiten Empfehlungen für eine regionale, gesundheitliche Versorgungsplanung (regionale Gesundheitspläne) unter Berücksichtigung von Demografie, Morbidität, Gesundheitsförderung und Prävention, e-Health Selbsthilfe und Ehrenamt, sowie regionalen und strukturellen Besonderheiten. Die regionale Gesundheits- und Versorgungskonferenz besteht aus ärztlichen und nichtärztlichen Gesundheitsberufen und Kommunen.

Schaffung einer einheitlichen Datengrundlage

Die Schaffung einer einheitlichen Datengrundlage zur Ausrichtung der sektorenübergreifenden Versorgungsplanung am zu erwartenden Bedarf sowie zur Abbildung aktueller und zukünftiger Versorgungslandschaften ist zwingend notwendig. Hierzu sind folgende Schritte notwendig:

- Festlegung von Kriterien für eine regionale, patientenorientierte und sektorenübergreifende Versorgungsplanung (quantitativ und qualitativ)
- Operationalisierung der Kriterien
- Datenerfassung, -bewertung und -strukturierung

Festlegung von Planungsbereichen bzw. Versorgungsebenen

Im Rahmen des Modellprojektes sektorenübergreifende Versorgung wurde häufig das Problem der langen Wartezeiten auf ambulante und stationäre Therapieplätze diskutiert. Dabei stellt sich die Frage, ob diese Situation durch eine zu geringe Anzahl an TherapeutInnen/Therapieplätze oder durch eine ineffiziente regionale Verteilung verursacht wird. Damit eine bedarfsgerechte und wohnortnahe Versorgung sichergestellt werden kann, müssen die Kriterien der regionalen Verteilung unterschiedlicher ÄrztInnengruppen definiert werden. Die Planungsbereiche bilden die räumliche Bezugsgröße in der Bedarfsplanung. Kriterien sind:

- Morbidität der Bevölkerung Baden-Württembergs
- Ist-Zustand der ambulanten, der (teil-)stationären und damit sektorenübergreifenden Gesundheitsversorgung (Versorgungsangebot) inklusive Gesundheitsförderung und Prävention
- Inanspruchnahme des Gesundheitssystems (u.a. PatientInnenströme, Schnittstellen an den Sektorengrenzen) in den Bereichen Gesundheitsförderung und Prävention, ambulante und (teil-) stationäre Versorgung
- Leistungsfähigkeit des Gesundheitssystems (z.B. PatientInnensicherheit)
- Nicht-medizinische Determinanten der Gesundheit (Gesundheitsverhalten, demografische Faktoren wie Alter u.a.)

Zur flexiblen Gestaltung der Planungsbereiche wird eine kleinräumige Datenerhebung auf Gemeindeebene vorgeschlagen.

Die Bildung von Planungsbereichen nach Versorgungsstufen (Grundversorgung¹³⁸, spezialisierte Versorgung) erscheint sinnvoll.

Die Strukturierung der Planungsbereiche erfolgt durch Zusammenfassen mehrerer Gemeinden/Städte zu einer weiteren räumlichen Ebene entsprechend folgender möglicher Kriterien:

- Versorgungsstufe
- funktionaler Zusammenhänge, und interkommunaler Kooperationen (Gemeindeverwaltungsverbände GVV und vereinbarte Verwaltungsgemeinschaften VVG)
- geografischer Gegebenheiten (Flüsse, Berge usw.)
- räumliche und zeitliche Erreichbarkeit (Festlegung der minimalen/maximalen Ausdehnung eines Planungsbereiches)
- die Bevölkerungsstruktur und -entwicklung (Festlegung der minimalen/maximalen Bevölkerungszahl im Planungsbereich)

¹³⁸ Grundversorgung beschreibt diejenigen Leistungen, die von Ärzten erbracht werden, die wohnortnah verfügbar sind. Hierzu gehören insbesondere die in der Grundversorgung tätigen FachärztInnen für Allgemeinmedizin, PädiaterInnen sowie fachärztliche Internisten ohne Spezialisierung. Hinzu kommen grundversorgende Fachärzte.

- Morbidität
- Anteil ländlicher Raum und Verdichtungsraum im Planungsbereich
- und weitere

In der aktuellen Bedarfsplanungsrichtlinie sind folgende Versorgungsebenen definiert:

- Hausärzte: Mittelbereiche BBSR
- Allgemeine fachärztliche Versorgung: Landkreise, landkreisfreie Städte
- Spezialisierte fachärztliche Versorgung: größere Raumordnungsregionen (Zusammenschlüsse von Landkreisen)
- Gesonderte fachärztliche Versorgung: Bezirk der KV

Um regionale Unterschiede berücksichtigen zu können, wurde in § 99 Abs. 1 S. 3 SGB V die Möglichkeit einer abweichenden Planung bei regionalen Besonderheiten (z.B. Demografie, Morbidität, sozio-ökonomische oder räumliche Faktoren, infrastrukturelle Besonderheiten) eröffnet. Diese ist in den jeweilig zuständigen Landesgremien für jedes Bundesland zu definieren und zu bestimmen.

Abbildung der aktuellen Versorgungslandschaft

Ziel ist die Darstellung der Gesamtsituation der Gesundheitsversorgung im betrachteten Planungsbereich. Wenn sinnvoll, werden die Daten in ein GI-System eingepflegt und kartografisch dargestellt. Erhoben werden beispielsweise

- Angebote/Leistungen der (haus-) ärztlichen Versorgung
- Angebote der Gesundheitsförderung und Prävention
- Angebote/Leistungen der Krankenhäuser
- Telemedizinische Angebote
- Geografische Verteilung der Leistungen und Leistungserbringer
- Umfang (Zeit statt Kopf¹³⁹, Vollzeitäquivalente)
- Inanspruchnahme der Leistungen (Arzt-Patienten-Kontakte, Fallzahlen)
- Patientenströme
- Örtliche und zeitliche Erreichbarkeit/Zugang zu den Angeboten
- Zeitbedarf von Wohnung bis Angebot (PKW, ÖPNV)
- Wartezeiten (z.B. bei Terminvergabe Fachärzte)
- Morbidität
- Prävalenz, Krankenhausfälle, Fallzahlen usw.

Hinzu kommt die Darstellung sozio-demografischer Daten, z.B.

- Bevölkerungszahl und -entwicklung
- Bevölkerungsstruktur und -entwicklung
- Wanderungsbewegungen
- Lebenserwartung
- evtl. Arbeitslosenquote, Haushaltseinkommen, Bildungsstand u.a.

Auf diese Weise werden regionale Ungleichverteilungen, Versorgungslücken (Angebot versus Bedarf) und/oder Fehlverteilung (Angebot versus Inanspruchnahme) sichtbar.

¹³⁹ U.a. aufgrund des hohen Frauenanteils beim ärztlichen Nachwuchs hält der Trend zum Angestelltenverhältnis weiter an. Angestellte ÄrztInnen arbeiten jedoch im Schnitt nur halb so lange wie selbstständig tätige Ärzte.

Viele und vor allem auch hochspezialisierte Behandlungseinrichtungen konzentrieren sich in städtischen Regionen. PatientInnen erreichen häufig nicht die ihrem Bedarf entsprechenden Versorgungsangebote. So kann beispielsweise der Bedarf an AugenärztInnen in Planungsräumen mit einem hohen Altenquotient höher sein als in anderen Planungsräumen.

Bedarfsanalyse - Ermittlung des regionalen Versorgungsbedarfes

Eine Analyse des Bedarfes ist erforderlich, um eine in die Zukunft gerichtete Planung vornehmen zu können. Zur Ermittlung des Bedarfes ist ein zielgerichteter Einbezug unterschiedlichster Informationen notwendig¹⁴⁰. Welche Angebote soll es an welchen Standorten geben?

Der Bedarf ist die Schnittmenge von Analysen in den Bereichen

1. Versorgungsdaten (Fragestellung: Was wird aufgrund objektiver Versorgungsdaten an Angeboten benötigt?)
2. Versorgungsbedarf und –bedürfnisse aus Nutzerperspektive (Fragestellung: Welchen Versorgungsbedarf und –bedürfnisse haben die NutzerInnen? Erhebung durch Befragungen von BürgerInnen)
3. Versorgungsbedarf und –bedürfnisse aus der Perspektive der GesundheitsakteurInnen (Fragestellung: Was wird aus der Perspektive der GesundheitsakteurInnen an Versorgungsangeboten benötigt? Ermittlung durch themenspezifischen Arbeitsgruppen)

Aus der Bestands- und Bedarfsanalyse ergibt sich der regionale Versorgungsbedarf (siehe Abbildung 131).

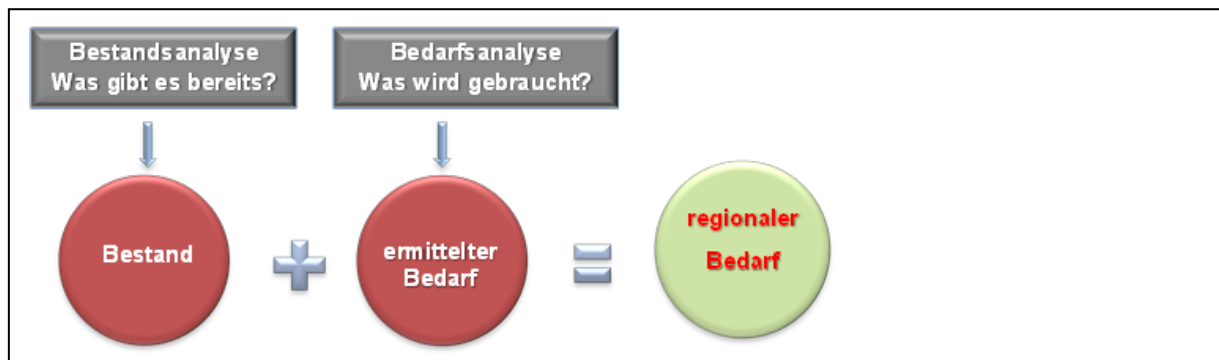


Abbildung 131: **Analyse des regionalen Versorgungsbedarfs** (Quelle: Kreisgesundheitsamt Reutlingen)

Leistungsangebotsplanung

Die Planung erfolgt nach Versorgungsleistung, d.h. welche Leistungen werden benötigt und wer kann diese Leistungen erbringen. Die bereitzustellenden Versorgungskapazitäten und -infrastruktur müssen abgeschätzt werden. Wo braucht es medizinische Konzepte über die Kreisgrenzen hinweg?

d) Steuerungsinstrumente und Rahmenbedingungen für eine patientenorientierte, sektorenübergreifende Versorgungsplanung

1. Steuerungsinstrumente

- Ausbildungs-/Weiterbildungsförderung/-beschränkung

¹⁴⁰ www.gesundheitsdialog-bw.de/fileadmin/media/Download/PG-Berichte/Kommunale_Gesundheitskonferenzen.pdf
[letzter Zugriff am 24.04.18]

- Sektorenübergreifende Ausbildung – erlernen sektorenübergreifender Kompetenzen
- Zulassungsförderung/-beschränkung (Rückgabe von Arztsitzen in einen Pool)
- Festlegung von Leistungen (Fallzahlen, Mindestmengen)
- Vergütung von Leistungen
- Strukturfonds zur Förderung von Gebieten mit drohender Unterversorgung oder zusätzlichem Versorgungsbedarf

2. Rahmenbedingungen

- Angleichung der Vergütungssystematik
- Sektorenübergreifende Finanzierung (Regionalbudget, Capitation Modell) [1]
- Sektorenübergreifende Qualitätssicherung
- Vernetzte Versorgung: Integrierte Versorgungsleistungen werden von einem interprofessionellen Team erbracht und entsprechend vergütet

Ein solches Vorgehen zur Abstimmung der ambulanten Bedarfsplanung und stationären Krankenhausplanung könnte in einer oder mehreren Regionen in Baden-Württemberg (z.B. ausgehend von der Modellregion) im Rahmen eines Modellprojekts erprobt werden.

5.4. Mögliche Aufgaben des Öffentlichen Gesundheitsdienstes im Rahmen einer sektorenübergreifenden Versorgung

Ein Ziel des vorliegenden Modellprojekts war es, das Aufgabenprofil des Öffentlichen Gesundheitsdienstes im Sinne von Public Health weiterzuentwickeln. Daher haben die VertreterInnen des ÖGD in der Modellregion überlegt, welche Aufgaben der ÖGD im Rahmen einer regionalen sektorenübergreifenden Gesundheitsversorgung übernehmen könnte. Diese Überlegungen werden im Folgenden dargestellt.

Die Sicherstellung einer flächendeckenden gesundheitlichen Versorgung der Bevölkerung ist Teil der Daseinsvorsorge und damit auch eine wichtige Aufgabe der Stadt- und Landkreise. In diese Aufgabe könnte der Öffentliche Gesundheitsdienst eingebunden werden.

Infolge der Industrialisierung und einem sich u.a. daraus entwickelten Wohlfahrtsstaat wurde in Deutschland ein besonderes Staatsverständnis hervorgebracht, das sich in dem politischen Leitgedanken der Gleichwertigkeit der Lebensverhältnisse sowohl im ländlichen Raum als auch in Ballungsräumen manifestiert. Demografische, ökonomische, klimarelevante und wohlfahrtsstaatliche Wandlungsprozesse berühren diese Grundfesten unseres Gesellschaftsvertrages und führen zu einer Neubewertung der Daseinsvorsorge. Dies betrifft auch medizinische Versorgungsstrukturen und führt dazu, dass eine ausreichende Versorgung nicht mehr überall gewährleistet ist. Eine sektorenübergreifende Versorgung kann zur Behebung dieser Lücke beitragen [101].

Im Rahmen der sektorenübergreifenden Versorgung muss eine stärkere Vernetzung insbesondere an den Schnittstellen zwischen ambulanter und stationärer Versorgung unter Berücksichtigung der Schnittstellen zur Pflege, Rehabilitation und Prävention/Gesundheitsförderung erreicht werden. Dadurch soll eine bedarfsgerechte, qualitativ hochwertige gesundheitliche Versorgung gewährleistet werden. Sektorenübergreifende Versorgung bedeutet aber nicht nur ein Zusammenwirken über Sektorengrenzen hinweg oder eine Verzahnung von Schnittstellen, sondern eine am Patienten orientierte multi- und interprofessionelle Versorgung aus einer Hand.

Durch die sich verändernden Versorgungsstrukturen kommen zukünftig Herausforderungen auf die Stadt- und Landkreise zu, bei deren Bewältigung der Öffentliche Gesundheitsdienst eine wesentliche Rolle spielen kann.

Mitwirkung bei der regionalen Versorgungsplanung

Eine suffiziente sektorenübergreifende Versorgung kann nur dann erfolgen, wenn im Rahmen der ambulanten Bedarfsplanung und der stationären Versorgungsplanung zukünftig zumindest eine Abstimmung stattfindet, solange es keine sektorenübergreifende Versorgungsplanung gibt. Eine weiterentwickelte Versorgungsplanung muss regionale Parameter berücksichtigen (demografische Daten, Morbiditätsdaten etc.).

Die Länder sind im Hinblick auf die ambulante Bedarfsplanung letztlich auf die Rechtsaufsicht reduziert worden und die Stadt- und Landkreise spielen hierbei keine wesentliche Rolle. Das liegt in der alleinigen Zuständigkeit der Bedarfsplanung bei der sozialen Selbstverwaltung begründet. Auch im Hinblick auf die Länderzuständigkeit im Rahmen der stationären Krankenhausplanung spielt die kommunale Ebene bisher kaum eine Rolle.

Die gesundheitspolitischen Herausforderungen und aktuelle Leuchtturmprojekte der Stadt- und Landkreise zeigen, dass der Öffentliche Gesundheitsdienst im Rahmen seiner Gesundheitsberichterstattung/Gesundheitsplanung und seiner zunehmenden Expertise in diesem Bereich mit einer einheitlichen methodischen Vorgehensweise (Bedarfsorientierung und damit Verteilungsgerechtigkeit) an einer regionalen Versorgungsplanung mitwirken kann. Die im Öffentlichen Gesundheitsdienst bereits vorhandene Infrastruktur müsste weiterentwickelt werden, um eine denkbare Basis für eine sektorenübergreifende Arbeit (Bündelung von Partikularinteressen) darzustellen.

Mitwirkung bei neuen Versorgungsmodellen

Vor dem Hintergrund der demografischen Entwicklung unter Berücksichtigung der Herausforderungen im Gesundheitsbereich kann eine Lösung sein, neue sektorenübergreifende Versorgungsmodelle zu etablieren und bestehende weiterzuentwickeln, um auch in Zukunft bedarfsgerechte und qualitativ hochwertige Versorgungsstrukturen vorzuhalten. Die Versorgungsstrukturen können möglicherweise regional unterschiedlich aussehen und sich an regionale Gegebenheiten anpassen. Durch das GKV-Versorgungsstärkungsgesetz von 2015 wird erstmals eine kommunale Trägerschaft von Medizinischen Versorgungszentren (MVZ) ermöglicht, mit Hilfe derer der Gesetzgeber es den Kommunen ermöglicht, der medizinischen Unterversorgung insbesondere auch in ländlichen Regionen entgegenzutreten. Im Rahmen einer regionalen Versorgungsplanung kann die Mitwirkung des Öffentlichen Gesundheitsdienstes an der Etablierung innovativer Versorgungsstrukturen sinnvoll sein.

Schaffung von Transparenz

Das Modellprojekt sektorenübergreifende Versorgung in der Modellregion Südwürttemberg hat gezeigt, dass kein einziger Akteur über seinen Tätigkeitsbereich hinausreichende vollumfängliche Kenntnisse über die regionalen Versorgungsstrukturen hatte (einschließlich Pflege, Rehabilitation und Prävention/Gesundheitsförderung). Durch den Öffentlichen Gesundheitsdienst wurde Transparenz über medizinische und nichtmedizinische Versorgungsstrukturen geschaffen, was sich positiv auswirkte. Dies kann eine neue zusätzliche Aufgabe des Öffentlichen Gesundheitsdienstes darstellen.

Koordination und Kooperation

Der Sicherstellungsauftrag für eine flächendeckende ambulante medizinische Versorgung liegt bei den Kassenärztlichen Vereinigungen sowie der Kassenärztlichen Bundesvereinigung. Daraus hat der Bundesgesetzgeber bislang den Schluss gezogen, dass die Kommunen auch im Hinblick auf die Regelungen der Infrastruktur keine Verantwortung haben. Dennoch gehört die Sorge für eine ausreichende ambulante medizinische Versorgung auch zu den Angelegenheiten der örtlichen Gemeinschaft im Sinne der Daseinsvorsorge. Bereits heute benötigen die für den Sicherstellungsauftrag Verantwortlichen gerade in strukturschwächeren ländlichen Räumen zunehmend die Unterstützung der Kommunen und Landkreise. Dies wurde auch in Positionspapieren des baden-württembergischen Landkreistags von allen Beteiligten festgeschrieben.

Mit der Etablierung von Kommunalen Gesundheitskonferenzen in Baden-Württemberg ist es innerhalb des Öffentlichen Gesundheitsdienstes zu einem Paradigmenwechsel von der überwiegend individuell ausgerichteten Projektentwicklung zur geplanten Steuerung gesundheitsfördernder, präventiver und medizinischer Versorgungsleistungen gekommen. Dies bedeutet, dass dem Öffentlichen Gesundheitsdienst in Zukunft eine verstärkte Rolle im Rahmen des Umbaus des Gesundheitssystems in Richtung einer integrierten, sektorenübergreifenden und koordinierten Gesundheitsversorgung zukommen könnte. Durch den Öffentlichen Gesundheitsdienst könnte auch die Einbindung der BürgerInnen erfolgen (Bürgerdialog, Partizipation/Beteiligungsverfahren).

Steuerung

Da die soziale Selbstverwaltung angesichts größer werdender Versorgungsdefizite bereits heute an Leistungsgrenzen gestoßen ist, muss überprüft werden, ob hier eine erhöhte Staatsbedürftigkeit indiziert ist. Der Öffentliche Gesundheitsdienst könnte hier im Rahmen der Gesundheitsplanung auch eine steuernde Rolle spielen. Die Gesundheitsplanung ist ein langfristig angelegter interdisziplinärer Planungsprozess im Rahmen der Kommunalen Gesundheitskonferenzen entlang des gesundheitspolitischen Aktionszyklus (Public Health Action Cycle) in den Bereichen Prävention, Gesundheitsförderung, medizinische Versorgung, Pflege und Rehabilitation. Sie dient der bedarfsgerechten Festlegung von Handlungsempfehlungen, Zielen und Maßnahmen sowie deren Umsetzung. Die bereits etablierten Kommunalen Gesundheitskonferenzen in Baden-Württemberg sind eine ideale Drehscheibe zwischen bürgerschaftlichem Dialog, politischer Steuerung und fachlich sinnvollem Handeln [102].

Mitwirkung des ÖGD in Gremien

Die Sozialverwaltungsträger (GKV, KV etc.) sind als Träger der mittelbaren Staatsverwaltung mit Selbstverwaltungsrechten ausgestattet. Dies hat auch zu einer ausgeprägten sektoralen Trennung geführt. Der Öffentliche Gesundheitsdienst ist als einziger Akteur der Daseinsvorsorge ohne Partikularinteressen verpflichtet. Im Falle einer Einbindung des ÖGD in Steuerungsaufgaben sollten ihm in Beschlussgremien auf Landes- und Bundesebene echte Mitwirkungsbefugnisse eingeräumt werden. Die bereits etablierten Kommunalen Gesundheitskonferenzen können auch als Plattform für ein sektorenübergreifendes Versorgungsgremium gesehen werden. Dazu müssten die Gesundheitskonferenzen aber weiterentwickelt werden. Zusätzlich müssen regionale Strukturen (Gremien) etabliert werden, da Versorgungsfragen nicht an Landkreisgrenzen Halt machen.

5.5. Voraussetzungen aus Sekundärdatenperspektive

5.5.1. Aktuelle Möglichkeiten und Herausforderungen

Für eine datengestützte regionale Gestaltung der Versorgung stehen aktuell verschiedene Datenquellen zur Verfügung, die mit verschiedenen Herausforderungen verbunden sind, je nach datennutzen-der Institution, regionaler Tiefe und Fragestellung.

Verfügbarkeit aggregierter Daten auf Kreisebene und tiefer

In den letzten Jahren sind viele Datenangebote entstanden, über die auf regionaler Ebene aggregierte gesundheitsbezogene Indikatoren und Daten online zur Verfügung gestellt werden. Einige Beispiele sind:

- INKAR (Indikatoren und Karten zur Raum- und Stadtentwicklung) des BBSR
- Genesis - Regionaldatenbank Deutschland der Statistischen Ämter des Bundes und der Länder
- Regionaldaten und Statistische Berichte des Statistischen Landesamtes Baden-Württemberg
- Versorgungsatlas des Zentralinstituts für die kassenärztliche Versorgung
- Gesundheitsdaten der KBV
- Gesundheitsatlas Baden-Württemberg des Landesgesundheitsamtes Baden-Württemberg
- Wegweiser Kommune

Die genannten Datenquellen enthalten Informationen bis maximal auf Gemeindeebene. Daneben stellen einige Fachgesellschaften und Verbände aufbereitete Daten zu spezifischen Versorgungsangeboten adressscharf online zur Verfügung (z. B. Daten zu zertifizierten Diabeteszentren durch die Deutsche Diabetes Gesellschaft, Daten zu Hospizen und Palliativstationen durch den Hospiz- und Palliativverband Baden-Württemberg). Je nach Fragestellung oder Versorgungsproblem, das in einem Landkreis bearbeitet wird, sind mehr oder weniger kleinräumige Informationen notwendig. Über das Versorgungsangebot werden teils adressscharfe Informationen benötigt z. B. im Rahmen einer Bestandserhebung als Ausgangsbasis für weitere Planungen. Im Bereich der ärztlichen Versorgung stehen umfangreiche Daten zur Verfügung, schwieriger wird es mit Daten zu nicht-ärztlichen Gesundheitsberufen (z. B. PhysiotherapeutInnen, LogopädInnen und ErgotherapeutInnen), da diese nicht in Berufskammern organisiert sind, und ehrenamtlichen Angeboten. Im Rahmen der Gesundheitspersonalrechnung der Statistischen Ämter der Länder stehen hierzu Daten auf Länderebene zur Verfügung zu ambulant tätigen Gesundheitsberufen, die durch die Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege in einer Mitgliederstatistik erfasst sind. UnternehmerInnen sind gemäß § 2 Abs. 1 Nr. 9 SGB VII bei der BGW pflichtversichert. Auch zu Angestellten in ambulanten Praxen enthält diese Datenquelle Informationen.¹⁴¹ Auf Kreis- oder Gemeindeebene gibt es keine vergleichbaren Daten, die online zur Verfügung gestellt werden, eine Anfrage bei der BGW ist möglich.

Verfügbarkeit von Mikrodaten

Mit Mikrodaten werden solche Daten beschrieben, die auf der Ebene von Individuen (z. B. Personen und Behandlungsfälle) vorliegen. Eine ausführliche Übersicht zu Sekundärdaten auf Mikroebene und ihre Nutzungsmöglichkeiten im Rahmen der Versorgungsforschung wurde für das Deutsche Institut

¹⁴¹ Arbeitsgruppe „Gesundheitsökonomische Gesamtrechnungen der Länder (AG GGRdL)“ im Auftrag der Statistischen Ämter der Länder Gesundheitspersonalrechnung auf Länderebene nach Einrichtungen. Mai 2017, Kamenz. www.ggrdl.de/GGR/P_P_VI_meth_2017.pdf [letzter Zugriff am 24.04.18]

für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) erstellt[103]. Ein großer Teil der im Modellprojekt berechneten Indikatoren basiert auf Routinedaten der Gesetzlichen Krankenversicherung. Hier bietet z. B. §75 SGB X eine gesetzliche Grundlage für die Nutzung der Daten durch Dritte. Dennoch ist es nach eigenen Angaben für Gesundheitsämter schwierig, Daten der Sozialversicherungsträger für Planungszwecke direkt zu nutzen.

Verknüpfung von Datenquellen

Die pluralistische Organisation des deutschen Gesundheitswesens spiegelt sich auch in der Zahl der verschiedenen Datenhalter wieder. Informationen zu verschiedenen Aspekten des Gesundheitssystems erfordern die Abstimmung mit vielen AkteurInnen. In vielen Fällen kann die Validität von Indikatoren durch die Verknüpfung von Datenquellen auf Personenebene erhöht werden. Möchte man beispielsweise die Inanspruchnahme von Leistungen der Rehabilitation ermitteln, ist zu bedenken, dass es verschiedene Kostenträger in diesem Bereich gibt (z. B. Gesetzliche Kranken-, Unfall- und Rentenversicherung) und somit Routinedateninformationen auf verschiedene Datenhalter verteilt sind. Eine Verknüpfung von Datenquellen kann zudem sinnvoll sein, wenn wichtige Merkmale wie Diagnosen oder Alter und Geschlecht in einer Datenquelle fehlen und durch Verknüpfung mit einer anderen Quelle hinzugefügt werden können[104]. Wie der Zugang zu verschiedenen gesundheitsrelevanten Daten für Forschungszwecke anders gestaltet wird, zeigt sich am Beispiel von Dänemark. Daten zur Gesundheitsversorgung aus verschiedenen Bereichen sowie Informationen zu nicht-medizinischen Determinanten der Gesundheit liegen auf Personenebene in einer Datenbank vor. Gesammelt werden die Daten über eine Identifikationsnummer, die die DänInnen mit der Geburt erhalten.

5.5.2. Notwendige Entwicklungen

Teilprojekt 1 zielte auf die Schaffung einer Datengrundlage für eine sektorenübergreifende Versorgungsplanung in allen Stadt- und Landkreisen Baden-Württembergs. Zudem wurden auf Anfrage weitere zusätzliche Daten aufbereitet und Analysen für Teilprojekt 2 durchgeführt. Teilprojekt 1 sollte ursprünglich circa zwei Jahre vor Teilprojekt 2 stattfinden, sodass zu Beginn des Teilprojektes 2 (zur Modellregion) Zahlen vorliegen würden. Für eine datenbasierte regionale Versorgungsplanung ist es daher empfehlenswert, erarbeitete Indikatoren im Vorfeld zu eruieren und zu berechnen. Das im Modellprojekt erarbeitete Indikatoren-Set bietet hierzu eine umfangreiche Grundlage. Im Sinne der Vergleichbarkeit von Versorgungssituationen bei einer regionalisierten Versorgungsplanung nach gleichem Maßstab für alle Stadt- und Landkreise in Baden-Württemberg sollte die Weiterentwicklung regionalisierter Indikatoren kreisübergreifend in Kooperation mit VertreterInnen der Stadt- und Landkreise, den entsprechenden Datenhaltern und einer wissenschaftlichen Begleitung erfolgen. Zudem wurden als Datengrundlage Daten gewählt, die in regelmäßigen Abständen aktualisiert werden. Im Fokus der Nachjustierung könnten Daten zur Leistungsfähigkeit liegen, da Änderungen des Versorgungsangebots immer mit einem Verständnis ihrer Qualität einhergehen. Für Qualitätsindikatoren der externen stationären Qualitätssicherung gibt es gut etablierte Strukturen der Einbindung in die Versorgungsplanung der stationären Versorgung. Gut erprobte Qualitätsindikatoren aus anderen Bereichen sollten ebenfalls herangezogen werden. Solche, die auf Kreisebene beeinflussbar/planbar sind und auf dieser Ebene regionale Unterschiede zeigen, sollten mindestens auch auf dieser regionalen Ebene, z. B. im Rahmen der Kommunalen Gesundheitskonferenzen und durch die betreffenden AkteurInnen auf Kreisebene, in den Blick genommen werden.

Voraussetzungen für die Umsetzung des Konzepts

Ein formuliertes Ziel des Gesundheitsleitbildes Baden-Württemberg ist die gleichberechtigte Betrachtung der Bereiche Prävention und Gesundheitsförderung gegenüber anderen Bereichen des Gesundheitssystems. Damit dies gelingt, sollten die Angebote transparent sein und hierzu eine Datenbank zu Angeboten auf Kreisebene geschaffen werden, z. B. auch mithilfe von Präventionsdaten der Gesetzlichen Krankenversicherung, die verschiedenen AkteurInnen der Kreisebene zur Verfügung stehen.

6. Handlungsempfehlungen

Aufgrund der tiefergehenden Analysen auf Sekundärdatengrundlage ergeben sich verschiedene Optionen, auf einen insgesamt wachsenden Versorgungsbedarf im Bereich der betrachteten Krankheitsbilder zu reagieren: Effizienzsteigerung, Ausbau bestehender Kapazitäten, Schaffen von neuen Kapazitäten und Reorganisation der bestehenden Kapazitäten. Welcher dieser Wege, ggf. auch in Kombination, beschritten wird, hängt im Wesentlichen von gesellschaftlich bzw. politisch formulierten Zielen wie z.B. dem Gesundheitsleitbild Baden-Württemberg oder dem aktuellen Koalitionsvertrag der baden-württembergischen Landesregierung ab. Vor diesem Hintergrund ergeben sich die nachfolgenden Handlungsempfehlungen aus den Arbeiten im Teilprojekt 1. Für einzelne der im Projekt ausgewählten Krankheitsbilder wurden nur dann Handlungsempfehlungen abgeleitet, wenn es auf Kreisebene mit Sekundärdaten gut abbildbare Qualitätsindikatoren zum Themenbereich Kontinuität gab, der in erster Linie sektorenübergreifende Aspekte abbildet.

Tabelle 47: Handlungsempfehlungen aus dem Teilprojekt 1

<p>Regionale Planungsebene</p> <ul style="list-style-type: none"> • Angebote, die wohnortnah zur Verfügung stehen sollen, auf Kreisebene planen. • Ergänzung der GBA-Mindestmengen um regionale Mindestmengen im Bereich der Darmkrebsversorgung aufgrund von Überlebensvorteilen in spezialisierten Zentren[105]. • Planung der Angebotsstrukturen auf Kreisebene kann sinnvoll sein – unterscheidet sich je nach Versorgungsbereich und Krankheitsbild. Womöglich sinnvoll bei relativ häufigen Krankheiten, die keine hochkomplexe oder hochtechnologische Versorgung brauchen, weniger für akute Krankheiten, z. B. Schlaganfall im akuten Stadium; auch nicht für komplexe Behandlungen von relativ seltenen Krankheiten z. B. Darmkrebstherapie. • Separate Planung für jeden Kreis und auch jede Krankheit birgt die Gefahr der Überversorgung in Baden-Württemberg. Intensivere Koordination zwischen den Kreisen (z. B. auf Landesebene) und Koordination der Versorgung krankheitsbildübergreifend (z. B. in Hausarztpraxen) kann zu Effizienzgewinnen führen aufgrund von Skalenerträgen und Verbundeffekten. Die Planung von Strukturen der Grundversorgung kann kreisbezogen erfolgen, wenngleich hier auch kreisübergreifende Kooperationen und Planungen sinnvoll sein können. Die Planung weitergehender Versorgungsstrukturen über die Grundversorgung hinaus kann ggf. kreisübergreifend unter Federführung des Landes abgestimmt werden (regionalisierte Versorgungsplanung).
<p>Patientenwanderung als Planungsgröße berücksichtigen</p> <ul style="list-style-type: none"> • Krankenhausversorgung: Steuerung der Patientenwanderung, z. B. über transparente Darstellung von Qualitätsdaten der Krankenhäuser • Ambulante fachärztliche Versorgung: Analyse der Wanderung im Rahmen der ambulanten fachärztlichen Versorgung.
<p>Telemedizin</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ausbau (z.B. zur Versorgung von PatientInnen mit Diabetes mellitus Typ 1). • Untersuchen, wie sich der Einsatz von Telemedizin (insbesondere bei jungen PatientInnen) auf „Wanderung“ in der fachärztlichen Versorgung auswirkt.

Anorexia nervosa

- Spezialisierte Versorgung.
- Transition, d. h. Übergang von Kinder- und Jugendmedizin in Erwachsenenmedizin und Übergänge zwischen Settings (stationär/ambulant) bergen im Bereich der Versorgung dieser PatientInnen Gefahr für die Kontinuität der Versorgung und sind mit hohem Rückfallrisiko verbunden, daher engmaschige Vernetzung der beteiligten AkteurInnen bei Übergang in Erwachsenenmedizin und in Klinik und ambulanter Versorgung.

Depression

- KV + PsychotherapeutInnen + HausärztInnen + Kliniken: Entlassmanagement bei mittlerer bis schwerer Depression Übergangszeiten von stationär nach ambulant verkürzen (siehe z.B. Projekt VESPEERA).
- Bei leichter Depression: ergänzende Angebote für Online-Therapie für die Zeit zwischen akut-stationärem und ambulantem Setting.

Schlaganfall

- Es sollte eruiert werden, welche Faktoren dazu führen, dass die Aufnahme von PatientInnen nach Schlaganfallereignis bei weniger als 50% der Fälle innerhalb des empfohlenen Zeitfensters von drei Stunden stattfindet. Ggf. wurden hier schon Aspekte im Rahmen von strukturierten Dialogen¹⁴² festgehalten.
- Es sollte eruiert werden, welche Faktoren dazu führen, dass tlw. für weniger als die Hälfte der PatientInnen ein Pflegeüberleitungsbogen erstellt wurde. Ggf. wurden hier schon Aspekte im Rahmen von strukturierten Dialogen festgehalten.
- Weitere sektorenübergreifende Planung und Qualitätsindikatoren → Notfallversorgung: Zeitraum zwischen Alarmierung und Intervention

Anhand der in Kapitel 1 vorgestellten Ziele einer zukünftigen Versorgungsgestaltung sowie der in Kapitel 4 beschriebenen Ansätze für ein sektorenübergreifendes Versorgungskonzept und den in Kapitel 5 beschriebenen Voraussetzungen werden in der folgenden Tabelle aus dem Teilprojekt 2 Handlungsempfehlungen für die Entwicklung eines landkreis- und sektorenübergreifenden Versorgungskonzepts zusammengefasst und in Bezug auf ihre Umsetzbarkeit bewertet. Entsprechend der in Kapitel 5 ausgeführten Voraussetzungen für eine Umsetzbarkeit sind Handlungsempfehlungen der Stufe 1 relativ niedrigschwellig und kurzfristig unter den bisherigen gesetzlichen Rahmenbedingungen umsetzbar. Handlungsempfehlungen der Stufe 2 sind derzeit unter den gegebenen gesetzlichen Rahmenbedingungen nur mittelfristig im Rahmen von Pilot- oder Modellprojekten umsetzbar. Für Handlungsempfehlungen der Stufe 3 werden definitiv Änderungen der gesetzlichen Rahmenbedingungen notwendig sein. Sie sind daher eher als langfristig umsetzbar einzuschätzen. Langfristig zu verfolgen und somit mögliche Themen für eine Reformkommission auf Bundesebene sind v.a. folgende vier Themenbereiche:

1. Die Neugestaltung einer sektorenübergreifenden, regionalen Bedarfs- und Versorgungsplanung (Bund/GBA), die als Grundlage für eine patientenorientierte, sektorenübergreifende Versorgung dient.

¹⁴² Strukturierte Dialoge finden im Rahmen der externen stationären Qualitätssicherung dann statt, wenn ein Indikatorergebnis eines Krankenhauses außerhalb eines festgelegten Referenzbereiches liegt. Im Rahmen des Dialoges wird v.a. nach den Ursachen für rechnerische Auffälligkeiten gesucht. Weitere Informationen zu den strukturierten Dialogen finden sich hier: <https://iqtig.org/berichte/strukturiertes-dialog/> [letzter Zugriff am 03.05.18].

Handlungsempfehlungen

2. Die Einführung einer sektorenübergreifenden Finanzierungsgrundlage, die auch eine Vergütung für interdisziplinäre/-professionelle Versorgungsteams ermöglicht. Als Einstieg in ein solches Finanzierungsmodell wäre beispielsweise die Einführung eines sektorenübergreifenden Notfallbudgets möglich, wie sie vom Sachverständigenrat vorgeschlagen wird¹⁴³. Auch die Erprobung von Regionalbudgets in einer Modellregion wäre in diesem Zusammenhang denkbar.
3. Die Gestaltung einer sektorenübergreifenden Qualitätssicherung/-förderung, z.B. mittels einer Erfassung der Qualität der medizinischen Versorgung über Einrichtungs- und Sektorengrenzen hinweg, was eine Definition von einheitlichen Rahmenbedingungen (z.B. Strukturen und Datenflüsse) voraussetzt.
4. Die Etablierung von verbindlichen Regelungen für Kommunikationsstrukturen und die Nutzung von „Werkzeugen“ zur Kooperation und Koordination (incl. e-Health/Telemedizin).

Tabelle 48: Handlungsempfehlungen aus dem Teilprojekt 2

Nr.	Handlungsempfehlung	Geschätzte Umsetzbarkeit
Primärversorgung als Basis		
1.	Einrichtung von Primärversorgungszentren ⇒ Zentralisierung, Schließung und Umwidmung von Kliniken in lokale Versorgungszentren („Cottage Hospitals“) wie z.B. lokale Gesundheitszentren bzw. PORT-Zentren ⇒ Aufklärung der Bevölkerung hinsichtlich der (Qualitäts-) Vorteile einer Zentrenbildung	Stufe 2
2.	Patientenzentrierte, am individuellen Bedarf (insbesondere chronisch Kranker) ausgerichtete Versorgung ⇒ Etablierung einer Public Health-orientierten Gesundheitsplanung auf Ebene der Stadt- und Landkreise, koordiniert (und durchgeführt) durch den öffentlichen Gesundheitsdienst (ÖGD)	Stufe 2
3.	Interdisziplinärer fachlicher Austausch, z.B. durch ⇒ Regelmäßig stattfindende Fallkonferenzen ⇒ Gemeinsame Erstellung von Behandlungsplänen für komplexe Patienten	Stufe 1
4.	Bundesweite Verankerung und Ausgestaltung der Kommunalen Gesundheitskonferenzen (oder ähnlicher Gremien) im SGB V	Stufe 2 <i>(Thema für Reformkommission auf Bundesebene)</i>

¹⁴³ https://www.svr-gesundheit.de/fileadmin/user_upload/2017-09-08_Notfall_Webseite.pdf [letzter Zugriff am 28.04.2018]

(Landkreisübergreifende) Kompetenzzentren für spezielle Erkrankungen		
5.	<p>Ausbau/Aufbau von Kompetenzzentren</p> <ul style="list-style-type: none"> ⇒ Umfassende Versorgung: Diagnostik und multimodale Therapie durch ein gut vernetztes, multiprofessionelles Behandlungsteam 	Stufe 2
6.	<p>Koordination der Patientenströme</p> <ul style="list-style-type: none"> ⇒ Gezieltes Lenken von Patientenströmen in einer Region ⇒ Empfehlung der Behandlung in spezialisierten Zentren 	Stufe 1
7.	<p>Verbesserung der Zusammenarbeit von Zentren und niedergelassenen ÄrztInnen</p> <ul style="list-style-type: none"> ⇒ Ziel: eine gute, ausreichende, vernetzte Versorgung mit effektiver Nachsorge ⇒ Mögliche Schritte: <ul style="list-style-type: none"> ○ Bessere Überleitung; ○ Bessere Vernetzung mit Zentren, Kommunen, Arbeitgebern; ○ Einsatz von Behandlungskoorinatoren; ○ Nutzung von Telematik. 	Stufe 1
Integration von Gesundheitsförderung und Prävention		
8.	<p>Integration von Gesundheitsförderung und Prävention in ein Regionales Gesundheitsnetz</p> <ul style="list-style-type: none"> ⇒ Gesundheitsförderung und Prävention als Teil eines sektorenübergreifenden Versorgungskonzeptes 	Stufe 2
9.	<p>Aktive Rolle der Kommunen in der Steuerungs- und Vermittlungsfunktion (z.B. nachhaltiger gesundheitsfördernder Strukturen im Landkreis → Sozialraumorientiertes Quartiersmanagement)</p> <ul style="list-style-type: none"> ⇒ Mögliche Schritte: <ul style="list-style-type: none"> ○ Koordination von Angeboten ○ Anstoßen von Hilfsangeboten, die zur Bildung von Gemeinschaftsgefühl und Solidarität in der Gesellschaft beitragen ○ Gewinnung von Multiplikatoren vor Ort (Organisation, Koordination und Schulungen) ⇒ Kommunale Gesundheitskonferenz als regionales Gremium für Austausch und Vernetzung ⇒ Im Rahmen eines regionalen Gesundheitsnetzes sollten die Kommunen eine aktive Rolle in der Steuerungs- und Vermittlungsfunktion einnehmen 	Stufe 1

Handlungsempfehlungen

10.	<p>Ausbau der Angebote zur Gesundheitsförderung und Prävention an Kitas und Schulen, z.B.:</p> <ul style="list-style-type: none"> ⇒ Gesamtkonzept „Gesunde Schule“ (z.B. stärkere Verankerung des Themas Gesundheit in den Lehrplänen aller Jahrgangsstufen (ggf. Unterrichtsfach „Gesundheit“)) ⇒ Frühe Aufklärung durch Projektarbeit ⇒ Qualitätszirkel an Schulen ⇒ Einführung von Präventions- und Schulgesundheitsfachkräften an Schulen ⇒ Sprechstunden für SchülerInnen 	<p>Stufe 2</p> <p>Stufe 1</p> <p>Stufe 2</p> <p>Stufe 2</p> <p>Stufe 1</p>
11.	<p>Information und Aufklärung für die Bevölkerung, z.B.:</p> <ul style="list-style-type: none"> ⇒ Multiprofessionelle Veranstaltungen und Präventionsmaßnahmen ⇒ Kampagnen ⇒ Geeignetes Informationsmaterial 	<p>Stufe 1</p>
Verzahnung mit sozialen, ehrenamtlichen und Selbsthilfe-Angeboten in der Kommune sowie mit Mobilitäts-, Wohn- und Pflegeangeboten für ältere Menschen		
12.	<p>Ausbau von niederschweligen und ehrenamtlichen Angeboten</p> <ul style="list-style-type: none"> ⇒ Förderung von wohnortnahen Angeboten ⇒ Strategie „Quartier 2020 – Gemeinsam.Gestalten.“¹⁴⁴ 	<p>Stufe 1</p>
13.	<p>Förderung von Selbsthilfegruppen für Betroffene und Angehörige</p>	<p>Stufe 1</p>
14.	<p>Förderung und Ausbau neuer Wohnformen für spezifische Erkrankungen</p> <ul style="list-style-type: none"> ⇒ Schaffung einer Vielfalt an Möglichkeiten (für alle zugänglich und möglichst im Stadtzentrum) ⇒ Überarbeitung der Baurechtbestimmungen auf gesetzlicher Ebene (Bereich der Raumordnung, Bauleitplanung bei Neubauten, Renovierung und Sanierung) 	<p>Stufe 2</p>
15.	<p>Aufwertung und Ausbau der Pflegeberufe</p> <ul style="list-style-type: none"> ⇒ Pflegekräftemangel entgegenwirken (Anreize für junge Menschen für diese Berufe schaffen und gleichzeitig ausgebildete Pflegekräfte im Beruf halten) ⇒ Bessere Bezahlung 	<p>Stufe 2 bis 3</p>
16.	<p>Transparente Zertifizierung von Betreuungs- und Pflegepersonal zur Qualitätssicherung, z.B.:</p> <ul style="list-style-type: none"> ⇒ Überprüfung der durch Angehörige geleisteten Pflege ⇒ frühe fachliche Beratung der Angehörigen und Hilfestellung durch einen Case Manager mit ausreichend Befugnissen ⇒ Qualitätskontrollen bei Vermittlungsagenturen/Pflegediensten mit ausländischen Betreuungskräften 	<p>Stufe 3</p>

¹⁴⁴ www.quartier2020-bw.de [letzter Zugriff am 24.04.18]

Kooperation der GesundheitsakteurInnen über Sektoren und Berufsgruppen hinweg		
17.	Modellprojekt zur Abstimmung der ambulanten Bedarfsplanung und stationären Krankenhausplanung in einer Versorgungsregion	Stufe 1
18.	Etablierung einer <i>anlassbezogenen</i> kreisübergreifenden Kooperation kommunaler Gesundheitskonferenzen, wie sie in Baden-Württemberg auch in Form der Kreisstrukturgespräche stattfindet	Stufe 1
19.	<p>Bildung von Netzwerken bzw. Vernetzung sektorenübergreifender Strukturen</p> <ul style="list-style-type: none"> ⇒ Definition der Art der Vernetzung und der Kooperation, z.B. hinsichtlich regelmäßiger Treffen oder auch gemeinsamer Projekte ⇒ Aufzeigen der Aufgaben einzelner im Netzwerk sowie Klärung der Wege zum Austausch von Informationen ⇒ Aufzeigen der Anreize für die verschiedenen AkteurInnen, sich am Netzwerk zu beteiligen 	Stufe 2
20.	<p>Verbesserung der Vernetzung von ambulanter mit stationärer Versorgung</p> <ul style="list-style-type: none"> ⇒ Entstehung sektorenübergreifender Strukturen ⇒ Definition der Art der Vernetzung und der Kooperation (z.B. hinsichtlich regelmäßiger Treffen oder auch gemeinsamen Projekte) ⇒ Klärung der Aufgaben einzelner im Netzwerk sowie der Wege zum Austausch von Informationen ⇒ Aufzeigen von Anreizen für die verschiedenen AkteurInnen zur Beteiligung am Netzwerk 	Stufe 2
21.	<p>Verbesserung der Vernetzung von ambulanter mit ambulanter Versorgung (z.B. HausärztInnen mit FachärztInnen)</p> <ul style="list-style-type: none"> ⇒ Definition der Art der Vernetzung und der Kooperation (z.B. hinsichtlich regelmäßiger Treffen oder auch gemeinsamen Projekte) ⇒ Klärung der Aufgaben einzelner im Netzwerk sowie der Wege zum Austausch von Informationen ⇒ Aufzeigen von Anreizen für die verschiedenen AkteurInnen zur Beteiligung am Netzwerk 	Stufe 2
22.	Verbesserung der Schnittstellen zwischen verschiedenen Handlungsfeldern (z.B. zwischen der medizinischen Behandlung und der Pflege oder der Gesundheitsförderung)	Stufe 2

Handlungsempfehlungen

23.	<p>Landkreisübergreifende Netzwerkbildung, Entwicklung von regionalen Versorgungspfaden</p> <p>⇒ Mögliche Themen:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Entwicklung von regionalen Versorgungspfaden ○ Neuordnung der Notfallversorgung ○ Schaffung eines landkreisübergreifenden Gremiums zur Verbesserung des Entlassmanagements ○ Schaffung von Transparenz und Zusammenbringen von Institutionen ○ Landkreisübergreifend „vom Besten lernen“ ○ Effizienzsteigerung durch Aufspaltung und Verteilung von (Pilot-)Projekten in den Landkreisen <p>⇒ Notwendigkeit der Unterstützung durch die Politik (z.B. Kreistagsbeschlüsse, regionale Strukturgespräche, Vergabe von Fördermitteln für die Bildung regionaler Netzwerke durch das Land).</p>	Stufe 2
24.	<p>Neugestaltung einer sektorenübergreifenden regionalisierten Bedarfs- und Versorgungsplanung (Bund/G-BA)</p> <p>⇒ Sektorenübergreifende Planung als Grundlage einer patientenorientierten, sektorenübergreifenden Versorgung</p>	Stufe 3 <i>(Thema für Reformkommission auf Bundesebene)</i>
25.	<p>Sektorenübergreifende Finanzierungsgrundlage, z.B.:</p> <p>⇒ Sektorenübergreifendes Notfallbudget</p> <p>⇒ Mischpreise für ambulant erbringbare Eingriffe unabhängig vom Ort der Leistungserbringung</p> <p>⇒ Vergütung für interdisziplinäre/-professionelle Versorgungsteams</p> <p>⇒ Erprobung von Regionalbudgets in einer Modellregion</p>	Stufe 3 <i>(Thema für Reformkommission auf Bundesebene)</i>
26.	<p>Sektorenübergreifende Qualitätssicherung/-förderung</p> <p>⇒ -Erfassung der Qualität der medizinischen Versorgung über Einrichtungs- und Sektorengrenzen</p> <p>⇒ -Erfassung der Qualität über Zeitverläufe hinweg</p> <p>⇒ -Definition von Rahmenbedingungen zu Strukturen und Datenflüssen</p>	Stufe 3 <i>(Thema für Reformkommission auf Bundesebene)</i>
27.	<p>Ausbau des betrieblichen Gesundheitsmanagements (BGM) und Förderung von Maßnahmen für den Wiedereinstieg</p> <p>⇒ Sensibilisierung von Unternehmen bzw. Arbeitgeber für betriebliches Gesundheitsmanagement</p> <p>⇒ Einführung BGM in kleine und mittelständische Betriebe</p> <p>⇒ Etablierung von Präventionsmaßnahmen im BGM</p>	Stufe 2

Koordination der Angebote		
28.	<p>Sicherstellung der Kontinuität in der Behandlung (wie z.B. Gesundheitszentren und -netzwerke bereits bieten), z.B. durch</p> <ul style="list-style-type: none"> ⇒ Bessere Absprachen ⇒ Eine Verbesserung des Entlassmanagements (s. u. Punkt 31.) ⇒ Ein besseres Schnittstellenmanagement ⇒ Die Schaffung und den Ausbau von Netzwerken zur Verbesserung der Kommunikation und des Austausches untereinander 	Stufe 2
29.	<p>Verbindliche Regelung von Kommunikationsstrukturen und Nutzen der „Werkzeuge“ zur Kooperation und Koordination wie z.B.</p> <ul style="list-style-type: none"> ⇒ Sektorenübergreifende Algorithmen ⇒ Versorgungspfade ⇒ Elektronische Patientenakte, Ausbau Telematik, e-Health 	Stufe 2 <i>(Thema für Reformkommission auf Bundesebene)</i>
30.	<p>Verbesserung der Transparenz der Angebote, z.B. durch</p> <ul style="list-style-type: none"> ⇒ Eine elektronische Angebotsplattform (ggf. integriert in ein Netzwerk) ⇒ Eine Beratungsstelle (u. a. Aufzeigen niedrigschwellig vorhandener Hilfen, Koordination bestehender Angebote und Herstellung von Transparenz) 	Stufe 1
31.	<p>Verbesserung des Entlassmanagements, z.B.</p> <ul style="list-style-type: none"> ⇒ Gewährleistung der Anschlussversorgung im ambulanten Bereich (Kurzzeitpflege, ambulante Pflegedienste) ⇒ Überarbeitung der notwendigen Dokumentation ⇒ Überarbeitung datenschutzbedingter Einschränkungen ⇒ Übernahme des Entlassmanagements durch ein Case Management (s. u. Punkt 37.) ⇒ Prüfung bestehender Angebote und Sammlung von Beispielen guter Praxis 	Stufe 1
32.	<p>Verbesserung der Transition, z.B. durch</p> <ul style="list-style-type: none"> ⇒ Die Einführung einer Transitionssprechstunde (wird derzeit nur bei ganz spezifischen Erkrankungen durch die Krankenkassen finanziert) → mindestens zwei gemeinsamen Sprechstunden als „Übergabe“ 	Stufe 2
33.	<p>Verbesserung der Rehabilitation und Nachsorge, z.B.</p> <ul style="list-style-type: none"> ⇒ Überdenken der Untergliederung der Rehabilitation in Phasen hinsichtlich des Patientennutzens ⇒ Anpassung der Kapazität in der Rehabilitation für alle Phasen ⇒ Schaffung eines flexibleren und unkomplizierteren Rehabilitationsangebots (Anschlussheilbehandlung), besonders in Bezug auf Schnittstellen (z.B. mit den Kostenträgern) ⇒ Vereinfachung und Beschleunigung der Antragsstellung ⇒ Einführung einer Patientenmappe zur Dokumentation der gesamten Behandlung (mit allen Infos und Befunden) ⇒ Einführung eines Nachsorgepasses 	Stufe 2

Handlungsempfehlungen

34.	<p>Vernetzung regionaler Leistungsanbieter</p> <ul style="list-style-type: none"> ⇒ Definition der Art der Vernetzung und der Kooperation (z.B. hinsichtlich regelmäßiger Treffen oder auch gemeinsamen Projekte) ⇒ Klärung der Aufgaben einzelner im Netzwerk sowie der Wege zum Austausch von Informationen ⇒ Aufzeigen von Anreizen für die verschiedenen AkteurInnen zur Beteiligung am Netzwerk 	Stufe 1
35.	<p>Sektoren- und berufsgruppenübergreifende Versorgungs- bzw. Behandlungspfade</p> <ul style="list-style-type: none"> ⇒ Dadurch Verbesserung der Koordination der Behandlung 	Stufe 2
36.	<p>Entgegenwirken dem Personal- und Ressourcenmangel, z.B.</p> <ul style="list-style-type: none"> ⇒ Für das Krankheitsbild Demenz ⇒ Auf allen Ebenen der psychischen Versorgung ⇒ In der Pflege 	Stufe 2
Persönliches Fallmanagement (Case und Care Management)		
37.	<p>Koordination des Behandlungsverlaufes (Case Management) einführen</p> <ul style="list-style-type: none"> ⇒ Vermittlung von Kontakten/Angeboten, Überblick über Behandlungsverlauf, Terminplanung etc. ⇒ Möglichst kostenträgerunabhängige Koordination der Behandlung ⇒ Klärung der Rahmenbedingungen ⇒ Ggf. Schaffung von Anreize für Hausarztpraxen, um die Rolle des Lotsen/Case Managers zu übernehmen 	Stufe 2
38.	<p>Anwendung von Strategien zur Koordination und Verteilung von Dienstleistungen (Care Management)</p> <ul style="list-style-type: none"> ⇒ Mit Hilfe von Standards, Leitstellen, Service- und Beratungsangeboten für Versicherte und Leistungserbringer bis hin zur Bildung von Versorgungsnetzen per Sonderverträgen ⇒ Z.B. Lenkung von Patientenströmen 	Stufe 2
Zugang und gute Erreichbarkeit der Angebote		
39.	<p>Verbesserung der Erreichbarkeit der Angebote, z.B.</p> <ul style="list-style-type: none"> ⇒ Sicherstellung über den Öffentlichen Personennahverkehr ⇒ Fahrdienste, E-Mobilität ⇒ Online-Angebote ⇒ Einrichtung von regionalen Kriseninterventionszentren und Traumazentren 	Stufe 1
40.	<p>Wohnortnahe, schnelle Erstversorgung im Notfall und die Möglichkeit des zeitnahen Transports in eine für das Krankheitsbild geeignete Einrichtung</p> <ul style="list-style-type: none"> ⇒ Z.B. Transport in Stroke Units: Stroke Units sollten sich auch landkreisübergreifend vorab über ihren Versorgungsauftrag abstimmen. 	Stufe 1

Handlungsempfehlungen

41.	Verkürzung von langen Wartezeiten soweit erforderlich, z.B. für ⇒ Facharzttermine (→ Analyse der Bedarfsplanung der Kassenärztlichen Vereinigung und Anpassung an den tatsächlichen Bedarf) ⇒ Zur stationären Aufnahme/zum Beginn einer ambulanten Therapie ⇒ Psychologische Versorgung	Stufe 2
42.	Abbau sprachlicher Barrieren ⇒ z.B. für die Zielgruppe der Menschen mit Migrationshintergrund und für Menschen im Flüchtlings- und Asylbewerberstatus	Stufe 1

7. Literatur

- [1] Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen. Koordination und Integration - Gesundheitsversorgung in einer Gesellschaft des längeren Lebens; 2009.
- [2] Starfield B, Shi L, Macinko J. Contribution of Primary Care to Health Systems and Health. *The Milbank Quarterly* 2005;83(3):457–502. 10.1111/j.1468-0009.2005.00409.x.
- [3] Wagner EH, Austin BT, Davis C, Hindmarsh M, Schaefer J, Bonomi A. Improving chronic illness care: translating evidence into action. *Health affairs (Project Hope)* 2001;20(6):64–78. 10.1377/hlthaff.20.6.64.
- [4] Joint principles of the Patient-Centered Medical Home. *Delaware medical journal* 2008;80(1):21–2.
- [5] Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen. Bedarfsgerechte Versorgung - Perspektiven für ländliche Regionen und ausgewählte Leistungsbereiche; 2014.
- [6] Klapper B. Zusammenarbeit für den Patienten - noch keine Selbstverständlichkeit. *G+G Wissenschaft* 2017;17(3):16–22.
- [7] Ulrich L-R, Pham T-NT, Gerlach FM, Erler A. Family Health Teams in Ontario – Vorstellung eines kanadischen Primärversorgungsmodells und Anregungen für Deutschland. *Gesundheitswesen (Bundesverband der Ärzte des Öffentlichen Gesundheitsdienstes (Germany))* 2017. 10.1055/s-0043-111406.
- [8] Schaeffer D, Hämel K, Ewers M. Versorgungsmodelle für ländliche und strukturschwache Regionen: Anregungen aus Finnland und Kanada. 1. Aufl. Weinheim und Basel: Beltz Juventa; 2015.
- [9] World Health Organization. Appropriate levels for continuing care of the elderly.: Report on a WHO working group ICP/ADR. Genf; 1981.
- [10] World Health Organization (WHO) Euro. Continuity of care for the elderly.: Report on a WHO working group Pistany/czeh. Kopenhagen; 1987.
- [11] Ministerium für Arbeit und Sozialordnung, Familie, Frauen und Senioren Baden-Württemberg. Gesundheitsleitbild Baden-Württemberg; 2014.
- [12] Creswell JW. A concise introduction to mixed methods research. Thousand Oaks: SAGE Publications, Inc; 2014.
- [13] Raspe H. Back pain. 2nd ed. Oxford; 2001.
- [14] Raspe H. Rückenschmerzen. Berlin; 2012.
- [15] Techniker Krankenkasse. Gesundheitsreport 2014: Schwerpunktthema: Risiko Rücken. Hamburg; 2014.
- [16] Statistisches Landesamt Baden-Württemberg. Statistische Berichte Baden-Württemberg: Gestorbene in Baden-Württemberg 2014 nach Todesursachen und Geschlecht. Stuttgart; 2016.
- [17] Robert Koch-Institut. Gesundheit in Deutschland: Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Berlin; 2015.
- [18] Statistisches Landesamt Baden-Württemberg. Statistische Berichte Baden-Württemberg: Krankenhausstatistik Baden-Württemberg 2014 - Diagnosen. Stuttgart; 2015.
- [19] Robert Koch-Institut. Gesundheit in Deutschland. Gesundheitsberichterstattung des Bundes gemeinsam getragen von RKI und Destatis; 2015.
- [20] Robert Koch-Institut, Statistisches Bundesamt. Gesundheitsberichterstattung des Bundes]; Available from: http://www.gbe-bund.de/oowa921-install/servlet/oowa/aw92/dboowasys921.xwdevkit/xwd_init?gbe.isgbetol/xs_start_neu/&p_aid=i&p_aid=16575104&nummer=760&p_sprache=D&p_indsp=4014&p_aid=35693317.
- [21] Wittchen H-U, Jacobi F, Klose M, Ryl L. Depressive Erkrankungen; 2010.

- [22] Tamayo T, Brinks R, Hoyer A, Kuß O, Rathmann W. Prävalenz und Inzidenz von Diabetes mellitus in Deutschland - Auswertung von 65 Millionen Versichertendaten der gesetzlichen Krankenkassen aus den Jahren 2009 und 2010; 2016.
- [23] Schlack R. KiGGS - Kinder- und Jugendgesundheitsstudie Welle 1: Projektbeschreibung; 2011.
- [24] Neuhauser H, Poethko-Müller C. Chronische Erkrankungen und impfpräventable Infektionskrankheiten bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland; 2014.
- [25] Schmitz R, Thamm M, Ellert U, Kalcklösch M, Schlaud M. Verbreitung häufiger Allergien bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland; 2014.
- [26] Hölling H, Schlack R. Essstörungen im Kindes- und Jugendalter: Erste Ergebnisse aus dem Kinder- und Jugendgesundheitsurvey (KiGGS). Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz 2007;50(5-6):794–9. 10.1007/s00103-007-0242-6.
- [27] Neu A, Eehalt S, Feldhahn L, Kehrer M, Willasch A, Hub R et al. Diabeteshäufigkeit bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland – 20 Jahre Diabetes-Inzidenzregister Baden-Württemberg; 2008.
- [28] Kuntz B, Krause L. Asthma bronchiale: Faktenblatt zu KiGGS Welle 1: Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland - Erste Folgebefragung 2009 - 2012; 2014.
- [29] Fichter M. Epidemiologie der Essstörungen. Heidelberg, Berlin; 2011.
- [30] Harris E, Barraclough B. Excess mortality of mental disorder; 1998.
- [31] AQUA-Institut. Allgemeine Methoden im Rahmen der sektorenübergreifenden Qualitätssicherung im Gesundheitswesen nach §137a SGB V. Göttingen; 2015.
- [32] SQR-BW Stelle zur trägerübergreifenden Qualitätssicherung im Rettungsdienst Baden-Württemberg. Qualitätsindikatoren für den Rettungsdienst in Baden-Württemberg; 2014.
- [33] Kelley E, Hurst J. Health Care Quality Indicators Project: Conceptual Framework Paper; 2006.
- [34] Canadian Institute for Health Information / Institut canadien d'information sur la santé. Health Indicators 2013; 2013.
- [35] Arah OA, Westert GP, Hurst J, Klazinga NS. A conceptual framework for the OECD Health Care Quality Indicators Project. International journal for quality in health care journal of the International Society for Quality in Health Care 2006;18 Suppl 1:5–13.
- [36] Papanicolas I, Smith PC. Health System Performance Comparison: An agenda for policy, information and research; 2013.
- [37] Swart E, Ihle P, Gothe H, Matusiewicz D. Routinedaten im Gesundheitswesen: Handbuch Sekundärdatenanalyse: Grundlagen, Methoden und Perspektiven; 2014.
- [38] Hoffmann F, Icks A. Unterschiede in der Versichertenstruktur von Krankenkassen und deren Auswirkungen für die Versorgungsforschung: Ergebnisse des Bertelsmann-Gesundheitsmonitors; 2012.
- [39] Ohlmeier C, Frick J, Prütz F, Lampert T, Ziese T, Mikolajczyk R et al. Nutzungsmöglichkeiten von Routinedaten der Gesetzlichen Krankenversicherung in der Gesundheitsberichterstattung des Bundes; 2014.
- [40] Brachat-Schwarz W. Aktualisierte Bevölkerungsvorausrechnung für Baden-Württemberg 2014 bis 2060; 2016.
- [41] Grobe TG, Steinmann S, Szecsenyi J. BARMER GEK Arztreport 2016: Auswertungen zu Daten bis 2014. Schwerpunkt: Alter und Schmerz; 2016.
- [42] Landesgesundheitsamt Baden-Württemberg. Bericht der Expertenarbeitsgruppe Indikatoren zum Diabetes mellitus Typ 2. Stuttgart; 2013.
- [43] Borgatti SP. NetDraw Software for Network Visualization. Lexington; 2002.
- [44] Schwarck C. Der typisch ländliche Kreis?; 2012.
- [45] Wilkinson R, Marmot M. Soziale Determinanten von Gesundheit: Die Fakten. 2nd ed; 2014.
- [46] Statistisches Bundesamt (StatBA). Pflegestatistik 2013: Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung. Deutschlandergebnisse. Wiesbaden; 2015.

- [47] Lampert T, Kroll LE, Lippe E, Müters S, Stolzenberg H. Sozioökonomischer Status und Gesundheit: Ergebnisse der Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS1). Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz 2013;56(5-6):814–21. 10.1007/s00103-013-1695-4.
- [48] Schenk L. Migration und Gesundheit – Entwicklung eines Erklärungs- und Analysemodells für epidemiologische Studien. Int J Public Health 2007(52):87–96.
- [49] Razum O, Bunte A, Gilsdorf A, Ziese T, Bozorgmehr K. Gesundheitsversorgung von Geflüchteten - Zu gesicherten Daten kommen. Dtsch Arztebl Int 2016(113/4):A-130.
- [50] Frank L, Yesil-Jürgens R, Razum O, Bozorgmehr K, Schenk L, Gilsdorf A et al. Gesundheit und gesundheitliche Versorgung von Asylsuchenden und Flüchtlingen in Deutschland. 2(1): 24 – 47 DOI 10.17886/RKI-GBE-2017- 005 ISSN 2511-2708. Journal of Health Monitoring 2017;2(1):24–47.
- [51] Sundararajan V, Henderson T, Perry C, Muggivan A, Quan H, Ghali W. New ICD-10 version of the Charlson Comorbidity Index predicted in-hospital mortality. J Clin Epidemiol 2004(57(12)):1288–94.
- [52] Ludt S, Glassen K, Wiesemann A, Szecsenyi J. Krebsfrüherkennung: Qualitätsindikatoren zur Früherkennung von Krebserkrankungen. QISA – Das Qualitätsindikatorensystem für die ambulante Versorgung(Band E2).
- [53] Sundmacher L., et al. Krankenhausaufenthalte infolge ambulant sensitiver Diagnosen in Deutschland; 2015.
- [54] Bauer E, Krohn R, Pohlmann B, Kaufmann-Kolle P, Szecsenyi J, Bramesfeld A. Übergangszeiten und -raten von stationär nach ambulant in der Versorgung psychisch kranker Menschen in Baden-Württemberg. Psychiatrische Praxis 2014;41(8):439–44. 10.1055/s-0033-1349589.
- [55] Chenot JF. Rückenschmerzen: Qualitätsindikatoren für die Behandlung von Patienten mit Rückenschmerzen. QISA – Das Qualitätsindikatorensystem für die ambulante Versorgung(Band C4).
- [56] GeQIK Geschäftsstelle Qualitätssicherung im Krankenhaus. Qualitätsindikatorendatenbank 2013 – Modul 80/1 Schlaganfallversorgung (inkl. Pflege) Baden-Württemberg: QI-DB 2013 Version 2.0. Stand: 07 / 2014; 2014.
- [57] GeQIK Geschäftsstelle Qualitätssicherung im Krankenhaus. Qualitätsindikatorendatenbank 2015 – Modul 80/1 Schlaganfallversorgung (inkl. Pflege) Baden-Württemberg: QI-DB 2015 Version 2.0. Stand: 06 / 2016; 2016.
- [58] Statista. Anzahl der Krankenhausbetten in den Jahren von 1998 – 2016 [cited 21 March 2018]; Available from: <https://de.statista.com/statistik/daten/studie/157049/umfrage/anzahl-krankenhausbetten-in-deutschland-seit-1998/>.
- [59] Papanicolas I, Woskie LR, Jha AK. Health Care Spending in the United States and Other High-Income Countries 2018(319 (10)):1024–39.
- [60] Statistisches Bundesamt. Pflegestatistik 2015: Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung Ländervergleich – Ambulante Pflegedienste [cited 20 March 2018]; Available from: https://www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/Gesundheit/Pflege/LaenderAmbulantePflegedienste5224101159004.pdf?__blob=publicationFile.
- [61] Berr C, Wancata J, Ritchie K. Prevalence of dementia in the elderly in Europe; 2005.
- [62] Deuschl G, Maier W. S3-Leitlinie Demenzen [cited 12 April 2017]; Available from: www.dgn.org/leitlinien.
- [63] Albrecht M, Sander M. Demenzversorgung aus sektorenübergreifender Sicht.: Patientenbezogene Auswertung von Daten aus der Gesetzlichen Krankenversicherung (BARMER GEK Krankenkasse) der Jahre 2008 bis 2010]; Available from: <http://www.versorgungsatlas.de/themen/alle-analysen-nach-datum-sortiert/?tab=6&uid=57>.
- [64] Busch MA, Maske, U.E., Ryl, L., Schlack R, Hapke U. Prävalenz von depressiver Symptomatik und diagnostizierter Depression bei Erwachsenen in Deutschland. Bundesgesundheitsblatt; 2013.

- [65] Gaebel W, Kowitz S, Fritze J, Zielasek J. Inanspruchnahme des Versorgungssystems bei psychischen Erkrankungen. Dtsch Arztebl 2013(110(47)):799–808.
- [66] Artz K, Häusermann P, Matenaer R, Portenhauser F, Schmidt K, Sonntag K et al. Die ambulante medizinische Versorgung 2016: Bericht der Kassenärztlichen Vereinigung Baden-Württemberg (KVBW). Stuttgart; 2016.
- [67] Stock C, Szecsenyi J, Riedinger-Riebl U, Steinhäuser J. Projektion des Bedarfs an hausärztlicher Versorgung auf Gemeindeebene. Gesundheitswesen (Bundesverband der Ärzte des Öffentlichen Gesundheitsdienstes (Germany)) 2015;77(12):939–46. 10.1055/s-0034-1398605.
- [68] Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in Deutschland. Zi-Praxis-Panel: Jahresbericht 2015. Wirtschaftliche Situation und Rahmenbedingungen in der vertragsärztlichen Versorgung der Jahre 2011 bis 2014. Berlin; 2017.
- [69] Bundesministerium für Arbeit und Soziales. Gesetz zur Stärkung der Teilhabe und Selbstbestimmung von Menschen mit Behinderungen: Bundesteilhabegesetz (BTHG); 2016.
- [70] Sundmacher L., Ozegowski S. Regional distribution of physicians: the role of comprehensive private health insurance in Germany; Eur J Health Econ 17:443–51.
- [71] Ziegler U, Doblhammer G. Prävalenz und Inzidenz von Demenz in Deutschland – Eine Studie auf Basis von Daten der gesetzlichen Krankenversicherungen von 2002; 2009.
- [72] Friedrich-Ebert-Stiftung. Patient first!: Für eine patientengerechte sektorenübergreifende Versorgung im deutschen Gesundheitswesen Positionspapier. Bonn: Friedrich-Ebert-Stiftung Abteilung Wirtschafts- und Sozialpolitik; 2017.
- [73] Hartung S, Rosenbrock R. Settingansatz / Lebensweltansatz: BZGA - Federal Centre for Health Education; 2015.
- [74] Wright M, Block M, Unger Hv. Stufen der Partizipation in der Gesundheitsförderung. Dokumentation 13. bundesweiter Kongress Armut und Gesundheit, Berlin 2007. Berlin; 2007.
- [75] Rosenbrock R. Public Health als soziale Innovation. Gesundheitswesen (Bundesverband der Ärzte des Öffentlichen Gesundheitsdienstes (Germany)) 1995;57(3):140–4.
- [76] Altgeld T, Geene R, Glaeske G, Kolip P, Rosenbrock R, editors. Prävention und Gesundheitsförderung: Ein Programm für eine bessere Sozial- und Gesundheitspolitik. Bonn: Friedrich-Ebert-Stiftung; 2006.
- [77] Staudacher T, Bengel D, Bader P, Kunz J, Bonnemeyer H, Büdingen Hans Joachim von. „Stroke Nurse“: Nachsorge bringt Verbesserung: Ein erfolgreicher Ansatz zur poststationären Betreuung von Schlaganfallpatienten. Dtsch Arztebl 2015;112(48):2037.
- [78] RAND Europe, Ernst & Young LLP. National Evaluation of the Department of Health's Integrated Care Pilots. Cambridge; 2012.
- [79] Szecsenyi J, Magdeburg K, Kluthe B, Weber C, Schindler H, Bausch J. Ein Praxisnetz erfolgreich gestalten. Erfahrungen und Ergebnisse aus zwei Jahren Ärztliche Qualitätsgemeinschaft Ried. Göttingen; 1999.
- [80] Hildebrandt H, Schmitt G, Roth M, Stunder B. Integrierte regionale Versorgung in der Praxis: Ein Werkstattbericht aus dem "Gesunden Kinzigtal". Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen 2011;105(8):585–9. 10.1016/j.zefq.2011.09.003.
- [81] Nagel E, Neukirch B, Schmid A, Schulte G. Wege zu einer effektiven und effizienten Zusammenarbeit in der ambulanten und stationären Versorgung in Deutschland; 2017.
- [82] Roland M, Nolte E. The future shape of primary care. The British Journal of General Practice 2014;64(619):63–4. 10.3399/bjgp14X676960.
- [83] Smith J, Holder H, Edwards N, et al. Securing the future of general practice: new models of primary care []; Available from: www.nuffieldtrust.org.uk/sites/files/nuffield/130718_securing_the_future_of_general_practice_full_report_0.pdf (accessed 13 Jan 2014).

- [84] McConnell KJ, Renfro S, Chan BKS, Meath THA, Mendelson A, Cohen D et al. Early Performance in Medicaid Accountable Care Organizations: A Comparison of Oregon and Colorado. *JAMA internal medicine* 2017;177(4):538–45. 10.1001/jamainternmed.2016.9098.
- [85] Burke T. Accountable Care Organizations. *Public Health Reports* 2011;126(6):875–8.
- [86] Gruhl M. Die Mauer muss weg – ein Konzept für eine sektorenübergreifende Versorgung im deutschen Gesundheitswesen. *GuS* 2017;71(3-4):24–31. 10.5771/1611-5821-2017-3-4-24.
- [87] Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA). ACD - Accountable Care in Deutschland: Verbesserung der Patientenversorgung durch Vernetzung von Leistungserbringern und informierten Dialog [cited 03 April 2018]; Available from: <https://innovationsfonds.g-ba.de/projekte/versorgungsforschung/acd-accountable-care-in-deutschland-verbesserung-der-patientenversorgung-durch-vernetzung-von-leistungserbringern-und-informierten-dialog>.45.
- [88] Schröder B, Fleßa S. Regionalbudgets in der Psychiatrie: Eine Alternative zu tagesgleichen Pflegesätzen und zum zukünftigen Finanzierungssystem? *Psychiat Prax* 2017;44(08):446–52. 10.1055/s-0042-112299.
- [89] Hubmann S. Evaluation des Regionalen Psychiatrie-Budgets im Landkreis Dithmarschen, Schleswig-Holstein: Dissertation 2016.
- [90] Bock J-O, Focke K, Busse R. Ein einheitliches Vergütungssystem für ambulante und stationäre ärztliche Leistungen – Notwendigkeit und Entwicklung. *Gesundheits- und Sozialpolitik* 2017;71. 10.5771/1611-5821-2017-6-9.
- [91] Müller BS, Leiferman M, Wilke D, Gerlach FM, Eler A. Innovative Versorgungsmodelle in Deutschland – Erfolgsfaktoren, Barrieren und Übertragbarkeit. *Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen* 2016;115-116:49–55. 10.1016/j.zefq.2016.05.012.
- [92] Alscher MD, editor. *Gesundheitsberufe neu denken, Gesundheitsberufe neu regeln: Grundsätze und Perspektiven - eine Denkschrift der Robert Bosch Stiftung*. Stuttgart: Robert Bosch Stiftung; 2013.
- [93] Robert Bosch Stiftung. *Memorandum Kooperation der Gesundheitsberufe: Qualität und Sicherstellung der zukünftigen Gesundheitsversorgung*. Stuttgart: Robert-Bosch-Stiftung; 2011.
- [94] Tannen A, Feuchtinger J, Strohbücker B, Kocks A. Survey zur Einbindung von Pflegefachpersonen mit Hochschulabschlüssen an deutschen Universitätskliniken - Stand 2015. *Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen* 2017;120:39–46. 10.1016/J.ZEFQ.2016.11.002.
- [95] Mergenthal K, Güthlin C, Beyer M, Gerlach FM, Siebenhofer A. Wie bewerten und akzeptieren Patienten die Betreuung durch Medizinische Fachangestellte in der Hausarztpraxis? Ergebnisse einer Patienten-Befragung in der HzV in Baden-Württemberg. *Gesundheitswesen (Bundesverband der Ärzte des Öffentlichen Gesundheitsdienstes (Germany))* 2016. 10.1055/s-0042-110402.
- [96] Siegel A, Niebling W. Individueller Patientennutzen im „Gesunden Kinzigtal“ – Zwischenergebnisse einer Trendstudie. *Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen* 2018;130:35–41. 10.1016/j.zefq.2017.12.003.
- [97] Schaeffer D, Hurrelmann K, Bauer U, Kolpatzik K. Nationaler Aktionsplan Gesundheitskompetenz. *Die Gesundheitskompetenz in Deutschland stärken*. Berlin: KomPart; 2018.
- [98] Albrecht M, Nolting HD, Schliwen A. Konzept zur Neuordnung der ärztlichen Bedarfsplanung. *GuS* 2012;5:29–35.
- [99] Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen. *Gutachten 2000/2001 - Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit; 2000/2001*.
- [100] Klemperer D. Patientenorientierung im Gesundheitssystem: Qualität in der Gesundheitsversorgung. *Newsletter der GQMG* 2000;7(1):15–6.
- [101] Roller G. *Gesundheit in Kommune und Quartier*. supPORT Auftaktveranstaltung. Berlin; 2017.

- [102] Roller G, Wuthe J. Runde Tische, Gesundheitskonferenzen, Gesundheitsregionen – Evolutionsgeschichte eines Projektes des Öffentlichen Gesundheitsdienstes. Public Health Forum 2014;22(4). 10.1016/j.phf.2014.09.014.
- [103] Schubert I, Ihle P, Köster I, Küpper-Nybelen J, Rentzsch M, Stallmann C et al. Datengutachten für das Deutsche Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI): Gutachten: Daten für die Versorgungsforschung. Zugang und Nutzungsmöglichkeiten. Köln; 2014.
- [104] Nowossadeck E, Pohlner S, Kamtsiuris P. Die Inanspruchnahme medizinischer Rehabilitationsleistungen in Deutschland im Vergleich verschiedener Survey- und Routinedatenquellen; 2017.
- [105] Klauber J, Geraedts M, Friedrich J., Wasem J. Krankenhaus-Report 2018: Schwerpunkt: Bedarf und Bedarfsgerechtigkeit. 1st ed. Stuttgart; 2017.