Kooperative Versorgungsformen – Chance für den ländlichen Raum

Praxisbeispiele, Konzepte, Wissensvermittlung

Herausgeber: Prof. Dr. habil. Wolfgang Hellmann

KU GESUNDHEITSMANAGEMENT

Kooperative Versorgungsformen – Chance für den ländlichen Raum

Praxisbeispiele, Konzepte, Wissensvermittlung

Hrsg.: Prof. Dr. habil. Wolfgang Hellmann

Gender-Hinweis: Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird auf eine geschlechtsspezifische Differenzierung verzichtet. Entsprechende Begriffe gelten im Sinne der Gleichbehandlung grundsätzlich für alle Geschlechter. Die verkürzte Sprachform beinhaltet keine Wertung.

1. Auflage 2021

© 2021 Mediengruppe Oberfranken – Fachverlage GmbH & Co. KG, Kulmbach

Druck: Generál Nyomda Kft., H-6727 Szeged

Das Werk einschließlich all seiner Teile ist urheberrechtlich geschützt.
Vervielfältigung, Übersetzung, Mikroverfilmung, Einspeicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen sind unzulässig und strafbar.

www.ku-gesundheitsmanagement.de

Titelbild: © Photographee.eu; © StockPhotoPro; © Elnur; © JackF – stock.adobe.com

ISBN (Buch): 978-3-96474-365-7
ISBN (E-Book/PDF): 978-3-96474-496-8

Inhaltsverzeichnis

Abbildungsverzeichnis 7

Tabellenverzeichnis 9

Vorwort 11

Abkürzungsverzeichnis 13

Teil 1 Ausgewählte Konzepte zur Gestaltung kooperativer Versorgung

1.1 Konsentierte Terminologie fördert die Patientensicherheit 17
Wolfgang Hellmann

1.2 Vorstellungen zur Optimierung der Gesundheitsversorgung im ländlichen Raum unter besonderer Berücksichtigung der Aussagen des Sachverständigenrates (Sachverständigenrat 2014) 26
Otto Melchert

1.3 Rechtliche Rahmenbedingungen und Förderung einer spezifisch ländlichen Versorgung 43
Sebastian Berg

1.4 Intersektorale Gesundheitszentren – Innovation für die Optimierung der Gesundheitsversorgung in ländlichen Regionen 54
Andreas Schmid, Jan Hacker

1.5 Der kommunale Gesamtversorger als mögliche Weiterentwicklung und visionäre Lösungsoption für die Optimierung der Gesundheitsversorgung im ländlichen Raum 63
Markus Schmola

1.6 Ländliche Notfallversorgung 4.0 – MVZ in Verantwortungseigentum als visionäres Konzept? 76
Felix Hoffmann

1.7 Digital gestützte Gesundheitsversorgung 84
Wolfgang Hellmann

1.8 Neue Wege in der Versorgung ländlicher Regionen – Ergebnisse und Rückschlüsse aus einer Feldstudie im Landkreis Holzminden 89
Wilhelm Klauser

1.9 Integrierte Versorgung in „Innovativen Gesundheitsregionen“ – Konzept für eine nachhaltige Transformation des Gesundheitswesens 99
Helmut Hildebrandt, Teresa Greschik

1.10 Szenario-Management – Entwicklung, Bewertung und Nutzung von Zukunftsszenarien 112
Alexander Fink

1.11 Teamtrainings als Chance für die Minimierung von Personalfluktuationen in Gesundheitsnetzwerken 122
Marcus Rall

Teil 2 Erfolgreiche Versorgungseinrichtungen

2.1 Leuchttürme für die integrierte Versorgung: bevölkerungsorientierte, regionale Versorgungsnetzwerke der OptiMedis AG. 133
Helmut Hildebrandt, Teresa Greschik, Oliver Gröne, Justin Rautenberg

2.2 Strukturmigration im Mittelbereich Templin – Das Ambulant-Stationäre Zentrum (ASZ): Ziele, Struktur und erste Ergebnisse 140
Steffen Bohm, Lutz O. Freiberg, Pramono Supantia

2.3 Sektorenübergreifende Versorgungskonzepte für kleine Landkrankenhäuser – Perspektiven für die Optimierung der Versorgung in ländlichen Bereichen 148
Erika Raab

2.4 Krankenhaus Emmaus Niesky – vom Regelversorger zum Lokalen Gesundheitszentrum 168
Victor Franke

2.5 Telemedizinisches Netzwerk als digitale Gesundheitsstruktur zur messbaren Verbesserung der wohnortnahen Versorgung 181
Annette Hempen, Hans-Jürgen Beckmann

2.6 Das Gesundheits- und Pflegenetzwerk Plettenberg-Herscheid: Aktivitäten zur Sicherstellung der Gesundheitsversorgung in einer ländlichen Region des Märkischen Kreises 194
Vera Gerling

2.7 Das kommunale Medizinische Versorgungszentrum (kMVZ). 204
Adrian W. T. Dostal

2.8 Optimierung der Versorgung in ländlichen Regionen durch Kooperationen von Versorgern vor Ort mit Universitätskliniken – Möglichkeiten und Grenzen 214
Felix v. Warburg, Jelena Bagnjuk, Hannah Lehmbecker, Gunda Ohm

2.9 Die besondere Rolle kleiner Krankenhäuser bei der Gestaltung von Gesundheitsnetzwerken für den ländlichen Raum 223
Wolfgang Hellmann

2.10 Blick über die Grenze – Innovative Versorgungsstrukturen in ländlichen und schwer zu versorgenden Regionen am Beispiel Gesundheitszentrum Unterengadin/Schweiz 229
Joachim Koppenberg

Teil 3 Zusammenarbeit und Managementaufgaben neu justieren

3.1 Versorger und externe Entscheider müssen gemeinsam handeln! 241
Wolfgang Hellmann

3.2 Additives Management verstehen und betriebswirtschaftliche Begriffe richtig gebrauchen. 253
Wolfgang Hellmann

3.3 Prozessorientierung ist zukunftsweisend und Grundlage für die Digitalisierung 261
Wolfgang Hellmann

3.4 Kundenorientierung ist mehr als Patientenorientierung und muss auch auf die Digitalisierung fokussieren 268
Wolfgang Hellmann

3.5 Digitalisierung und Telematikinfrastruktur (TI) – Chance zur Bestandssicherung von Versorgungsnetzen 280
Wolfgang Hellmann

3.6 Rekrutierung, Bindung und Vermeidung der Fluktuation von Mitarbeitern hat höchste Priorität für das Personalmanagement. 289
Wolfgang Hellmann

3.7 Gute Kommunikation ist Grundlage für eine nachhaltige Dialogkultur 298
Wolfgang Hellmann

3.8 Führung erfordert ein neues Rollenverständnis der Entscheider, Managementkompetenzen und die Fähigkeit zu nachhaltiger Mitarbeitermotivation. 310
Wolfgang Hellmann

3.9 Erfolgreiche Mitarbeitermotivation ist der Schlüssel für erfolgreiche Führung 324
Wolfgang Hellmann

3.10 Praktische Umsetzung von Qualitätsmanagement, Risikomanagement und Qualitätssicherung – Mut zu neuen Wegen ist gefordert! 336
Wolfgang Hellmann

3.11 Marketing unter Berücksichtigung von Marken- und Produktorientierung . . 357
Wolfgang Hellmann

3.12 Gute Ärztliche Weiterbildung sichert ausreichend Fachärzte 368
Wolfgang Hellmann

3.13 Mit attraktiven Arbeitsbedingungen die Rekrutierung und Bindung von Pflegekräften sicherstellen! 377
Wolfgang Hellmann

Teil 4 Grundlegendes Wissen für erfolgreiche Tätigkeit im Versorgungsnetz

4.1 Praktische Tipps zur persönlichen Rolle bei der Umsetzung von Managementfunktionen in Gesundheitsunternehmen! 385
Wolfgang Hellmann

4.2 Lernziele als Wissenskontrolle für erfolgreiche Tätigkeit im Netz und die Teilnahme am Studienprogramm „Health Network Management“. 390
4.3 Kleines Glossar 398
4.4 „Health Network Management“ – ein innovatives Fortbildungsprogramm zur Befähigung der verschiedenen Berufsgruppen für erfolgreiche Netzarbeit 405
Ausblick 409

Anhang 415
Herausgeber. 416
Autorenverzeichnis 417
Stichwortverzeichnis 419
Endnoten 424

Abbildungsverzeichnis

Teil 1 Ausgewählte Konzepte zur Gestaltung kooperativer Versorgung

Abb. 1.1: Ansätze zur Erhöhung der Zahl der zukünftigen Fachärzte für Allgemeinmedizin . . . 27
Abb. 1.2: Telerucksack . . . 34
Abb. 1.3: Sektoren – Budgetierung und Versorgungsmanagement . . . 35
Abb. 1.4: Schema der Honorarverteilung im vertragsärztlichen Bereich . . . 36
Abb. 1.5: Telemedizinisches Versorgungskonzept der TIM-HF2-Studie . . . 37
Abb. 1.6: IGZ Grundstruktur mit klassischer und erweiterter ambulanter Versorgung. . . . 57
Abb. 1.7: Modularer Aufbau und Erweiterungsoptionen . . . 58
Abb. 1.8: Der kommunale Gesundheitsversorger . . . 69
Abb. 1.9: Schematische Darstellung möglicher Vertragsbeziehungen in „Innovativen Gesundheitsregionen“. . . . 104
Abb. 1.10: Auf- bzw. Abschläge bzgl. der Zuweisungen . . . 106
Abb. 1.11: Drei Ebenen des Zukunftsmanagements . . . 114
Abb. 1.12: Schritte der Szenarioentwicklung, -interpretation und -anwendung . . . 116
Abb. 1.13: Szenarien zur Zukunft des Health-Data-Ecosystems . . . 118
Abb. 1.14: Szenariobasierte Strategieentwicklung . . . 119
Abb. 1.15: Studienergebnisse . . . 123

Teil 2 Erfolgreiche Versorgungseinrichtungen

Abb. 2.1: Überlebenswahrscheinlichkeit nach Beginn der Mitgliedschaft . . . 135
Abb. 2.2: Brutto-Ergebnisverbesserung der AOK und SVLFG für 2018 für die Population= die Versicherten der AOK und SVLFG, die ihren Wohnsitz im Kinzigtal in Südbaden haben (über PLZ definiert). . . . 136
Abb. 2.3: Überblick über die im ASZ aktuell verfügbaren Versorgungsangebote und über die Versorgungsangebote im Ambulant-Stationären Zentrum (ASZ) Templin. . . . 145
Abb. 2.4: Zielbild des regionalen intersektoralen Gesundheitszentrums am Standort Groß-Gerau . . . 152
Abb. 2.5: Das Projekt „Lokales Gesundheitszentrum Niesky“ beinhaltet fünf Arbeitspakete, in denen die Ziele des Projektes untergliedert und konkretisiert werden.. . . . 170
Abb. 2.6: Für die Nieskyer Bevölkerung hat sich das Versorgungsspektrum auf dem Krankenhauscampus seit der Betriebsübernahme 2015 in allen Sektoren spürbar erweitert. . . . 179

Abb. 2.7: Perspektiven der Innovation 183
Abb. 2.8: Projektbeteiligte SoMa Wl 187
Abb. 2.9: Für MuM eingetragene Marke 191
Abb. 2.10: Neuausrichtung des Gesundheits- und Pflegenetzwerks Plettenberg/Herscheid 2019. 198
Abb. 2.11: Bedarf an Hilfe- und Unterstützungsleistungen in Plettenberg und Herscheid 2020 200
Abb. 2.12: Prozess des Drive-the-doctor-Modells 218
Abb. 2.13: Prozess des Tele-Stroke-Konzeptes 220
Abb. 2.14: Die Lage der Region Unterengadin im Kanton Graubünden 230
Abb. 2.15: Die Idee des Gesundheitszentrums: Versorgung rundum aus einer Hand 235

Teil 3 Zusammenarbeit und Managementaufgaben neu justieren

Abb. 3.1: Gemeinsame Verantwortung von Versorgern und externen Entscheidern zur Sicherung von hoher Versorgungsqualität und Patientensicherheit 249
Abb. 3.2: Additives Management am Beispiel neuer Erfordernisse durch die Generation Y, die Digitalisierung und die Corona Pandemie 254
Abb. 3.3: Funktionale Organisation versus Prozessorganisation (Beispiel: Kommunales Krankenhaus) 263
Abb. 3.4: Kooperative Kundenorientierung im Gesundheitsnetz 272
Abb. 3.5: Erfüllter Umfang der Erwartungshaltung definiert den Grad der Patientenzufriedenheit 274
Abb. 3.6: Erfüllter Umfang der Erwartungshaltung definiert den Grad der Mitarbeiterzufriedenheit. 274
Abb. 3.7: Das „Prinzip Interner Kunde“- Dienstleistung auf Gegenseitigkeit 276
Abb. 3.8: Dialogkultur- Voraussetzungen und Chancen 305
Abb. 3.9: Struktur und Besonderheiten eines Sektorenübergreifenden Klinischen Pfades (SeKP) 342
Abb. 3.10: Das „3-Komponenten-Modell für Qualität“ als prospektiver Ansatz zur Sicherung von Qualität 350
Abb. 3.11: Effizientes Marketing für Gesundheitsnetzwerke ist Gemeinschaftsaufgabe von Geschäftsführung (GF) und Chefärzten (CÄ) 360
Abb. 3.12: Anforderungsprofil für den ermächtigten Arzt in der Weiterbildung . . . 373

Tabellenverzeichnis

Teil 1 Ausgewählte Konzepte zur Gestaltung kooperativer Versorgung

Tab. 1.1: Begriffe mit allgemeiner Ausrichtung 21
Tab. 1.2: Empfohlene Begriffe zur Typisierung von Versorgungseinrichtungen – 12 Typen zur groben Orientierung 23
Tab. 1.3: Für eine synonyme Verwendung ungeeignete Begriffe 24
Tab. 1.4: Balanced Scorecard für kommunale Gesamtversorger. 67
Tab. 1.5: Vor- und Nachteile des Konzepts des kommunalen Gesundheitsversorgers 72
Tab. 1.6: Die 15 CRM-Leitsätze nach Gaba & Rall 125

Teil 3 Zusammenarbeit und Managementaufgaben neu justieren

Tab. 3.1: Kernaufgaben und Strategien des Personalmanagements für Gesundheitsnetze 290
Tab. 3.2: Erfolgreiche Rekrutierung (und Bindung) von Mitarbeitern der Generation Y durch den Chefarzt – Positives transportieren! 292
Tab. 3.3: Verschiedene Strukturierte Behandlungsabläufe im Vergleich 339
Tab. 3.4: Pfadtypen im Kontext der verschiedenen Versorgungsbereiche eines Gesundheitsnetzes. 340
Tab. 3.5: Empfohlene Definitionen von Qualitätskategorien 344
Tab. 3.6: Empfohlene Definitionen von Risikokategorien. 346
Tab. 3.7: Die Bringschuld des Krankenhauses für gute Weiterbildung – 4 Erfolgsfaktoren 375

Vorwort

Die Versorgung alter und kranker Menschen im ländlichen Raum ist schwierig, auch im Kontext von Bestrebungen, kleine Krankenhäuser zugunsten großer Versorgungseinrichtungen zu schließen. Würde dies umfassend (ohne Ersatz durch zielführende neue Strukturen) geschehen, wäre die notwendige ortsnahe Versorgung, vor allem für ältere Menschen, in Frage gestellt.

Es ist deshalb begrüßenswert, dass sich zunehmend Initiativen (jenseits formaler gesetzlicher Festlegungen) entwickeln, die neue Versorgungskonzepte für den ländlichen Raum auf den Weg bringen (z. B. Kooperationen von kleinen Krankenhäusern mit Medizinischen Versorgungszentren an Standorten, an denen kleine Krankenhäuser geschlossen werden sollten).

Resultat ist eine positive Entwicklung, die auch formal (durch die Gesundheitspolitik) gefördert werden sollte. Nur so kann eine effiziente Gesundheitsversorgung mit hoher Patientensicherheit dauerhaft gewähreistet werden. Erfreulich ist, dass die Diskussion um die Integrierte Versorgung wieder an Fahrt aufgenommen hat.

Grundlegender Gedanke des Buches* ist die These „Qualität ist nicht teilbar“. Dies bedeutet, dass Versorger und externe Akteure wie Gesundheitspolitik, Ärztliche Institutionen und Krankenkassen gemeinsam für Qualität sorgen müssen, mehr als je zuvor und in besonderer Weise auch mit Blick auf plötzliche und unerwartete Krisen wie Corona!

Lösungsoptionen für die Optimierung der Versorgung im ländlichen Raum werden in Zusammenhang mit Angaben zur Terminologie, Aussagen des Sachverständigenrates, rechtlichen Rahmenbedingungen und Instrumenten zur Planung und erfolgreichen Umsetzung innovativer Gesundheitsstrukturen vorgestellt (Teil 1).

Nachfolgend (Teil 2) werden ausgewählte bereits erfolgreiche Versorgungsansätze beschrieben. Die Bandbreite reicht von einfachen ambulanten bis hin zu komplexen integrierten Versorgungslösungen.

Nach Differenzierung der Aufgaben von Gesundheitsversorgern und externen Entscheidern zum Gelingen einer notwendigen neuen Gesamtstrategie für eine intensivierte Zusammenarbeit erfolgt eine durch veränderte Rahmenbedingungen erforderlich gewordene kritische Reflexion und Neupositionierung zentral wichtiger Managementaufgaben für das erfolgreiche Betreiben von Einrichtungen der Patientenversorgung (Teil 3).

Der sich anschließende Teil 4 fokussiert schwerpunktmäßig auf Medizinische Fachangestellte und Krankenhauspersonal mit dem Wunsch nach herausfordernden Tätigkeiten und deren erfolgreicher Bewältigung durch die Nutzung einschlägiger Lernhilfen.

In der Gesamtbetrachtung resultiert eine Art Lernprogramm zur Vermittlung von Handlungswissen für die Optimierung der Gesundheitsversorgung in ländlichen Regionen.

Adressaten des Buches sind aktive und zukünftige Betreiber von Gesundheitseinrichtungen, Geschäftsführungen, Leitende Ärzte, aber auch Medizinische Fachangestellte und Krankenhauspersonal aus nicht mehr betriebenen Einrichtungen. Zielgruppe sind ebenfalls ältere Ärzte, die nach Praxisschließung neue Herausforderungen suchen. Angesprochen sind aber auch jüngere Ärzte, die nicht mehr freiberuflich tätig sein wollen, sondern als Angestellte (zum Zwecke besserer Vereinbarung von Beruf und Familie) in der ambulanten Patientenversorgung tätig sein wollen oder aber ambulante und stationäre Tätigkeit miteinander verbinden möchten.

Gedankt sei allen Autorinnen und Autoren für die Bereitstellung ihrer Beiträge und dem Verlag (Frau Anette Nazarenko, Frau Susanne Hornig, Frau Birgit Sander) für die immer konstruktive und kompetente Unterstützung bei der Umsetzung des Buches. Dank gilt auch meiner Frau (Ilse Hellmann), die zum Gelingen des Buches durch ständige Diskussionsbereitschaft und Anregungen maßgeblich beigetragen hat.

Prof. Dr. habil. Wolfgang Hellmann,
Hemmingen im Februar 2021

* Zugunsten einer lesefreundlichen Darstellung wird in der Regel die neutrale bzw. männliche Form verwendet. Dies gilt für alle Geschlechtsformen (weiblich, männlich, divers).

Abkürzungsverzeichnis

AGnES	Arztentlastende, gemeindliche, e-health-gestützte, systemische Intervention
ASZ	Ambulant Stationäres Zentrum
Bela-Programm	Programm für Studierende der Humanmedizin mit dem Ziel einer qualitativ hochwertigen Versorgung im ländlichen Raum (Bayern)
elVi	elektronische Videosprechstunde
EVA	Entlastende Versorgungsassistentin
ePA	elektronische Patientenakte
G-BA	Gemeinsamer Bundesausschuss
HELVER	Arzthelferin in der Ambulanten Versorgung
IQTIG	Institut für Qualität und Transparenz im Gesundheitswesen
KBZ	Koordinierungs- und Beratungszentrum
MoPRA	Mobile Praxisassistentin
IGZ	Intersektorales Gesundheitszentrum
MVZ	Medizinisches Versorgungszentrum
MediZimmer	An der Schnittzelle von digital und analog eingerichtet, sollen räumliches „Sharing“ für eine vor- sowie nachsorgende Gesundheitsversorgung sein
Mobil Sorglos	Digitales Angebot für die Daseinsvorsorge
MuD	Medizin und Demenz
NäPA	Nichtärztliche Praxisassistentin
ÖGD	Öffentlicher Gesundheitsdienst
Pinal	Projekt Pflege in anderen Ländern
SoMa-WL	Case und Care Management Projekt zur Versorgung chronischer Wunden
SVR	Sachverständigenrat im Gesundheitswesen
StrateGIN	Innovative Strategien durch Vernetzung
TI	Telematikinfrastruktur

Teil 1

Ausgewählte Konzepte zur Gestaltung kooperativer Versorgung

Vorgestellt werden innovative Denkansätze und Modelle zur Gestaltung der Gesundheitsversorgung im ländlichen Raum in Zusammenhang mit Angaben des Sachverständigen Rates (SVR) der Bundesregierung. Überlegungen zu einer konsentierten Terminologie und zu Instrumenten der Planung und Umsetzung von Versorgungsstrukturen sind miteingeschlossen.

1.1 Konsentierte Terminologie fördert die Patientensicherheit

Wolfgang Hellmann

Abstract

Terminologie ist für viele Akteure im Gesundheitswesen kein spannendes Thema. Sie ist aber unverzichtbarer Teil einer zielführenden Dialogkultur in Unternehmen mit Mitarbeitern aus sehr unterschiedlichen Berufsgruppen, und in Bezug auf den Informationsaustausch in der Wissenschaft, der angewandten Medizin und damit auch in der Patientenversorgung. „Jeder muss wissen, wovon der Andere redet". Dies gilt für den Informationsaustausch zu unterschiedlichen Versorgungsansätzen gleichermaßen. Hier kursieren die unterschiedlichsten Begriffe, häufig nicht regelrecht angewendet. Der Beitrag gibt im Kontext der im Buch vorgestellten Versorgungskonzepte eine Übersicht über praxistaugliche Begriffe zur Beschreibung wichtiger Versorgungsansätze und darauf bezogener Instrumente.

Einleitung

Der Hinweis auf eine eindeutige und saubere Verwendung von Fachbegriffen erweckt auch bei Gesundheitsversorgern häufig Unverständnis. Oft wird davon ausgegangen, dass dies ein überflüssiges Feld ist, was aber eine Fehleinschätzung darstellt.

Ein Beispiel aus dem angewandten Prozessmanagement. Der Begriff „Klinischer Pfad" (KP) ist eindeutig definiert. Er wird aber synonym zu Begriffen wie „Leitlinie" oder „Patientenpfad" verwendet. Dies führt leicht zu Missverständnissen. Der „Klinische Pfad" beschreibt als strukturierter Behandlungspfad das medizinische (oder auch pflegerische) Procedere einer Behandlung mit Angabe der beteiligten Akteure und deren Zeitaufwand.

Mit einer Pfadkostenrechnung können die Behandlungskosten abgeschätzt und in kostenmäßige Relation zur bisherigen Vorgehensweise gesetzt werden.

„Leitlinie“ ist weniger als ein KP. Sie definiert „nur“ das Procedere der medizinischen (oder pflegerischen) Intervention. Das mag man noch verwechseln können. Unangebracht ist hingegen die Verwendung des Begriffs „Patientenpfad“ für „Klinischer Pfad“. Das zuerst genannte Instrument ist nicht mehr als eine Patienteninformation (heruntergebrochener KP), die für den Patienten das Behandlungsprocedere möglichst frei von medizinischen Fachbegriffen beschreibt.

Würde man nun einen Mitarbeiter, der nicht differenzierungsfähig ist, mit der Skizze eines KP beauftragen, könnte dies fälschlicherweise in der Bereitstellung einer „Patienteninformation“ resultieren. Folge sind unnötige Kosten für überflüssigen Personaleinsatz. In anderen Bereichen, wie z. B. in einem Operationsaal, können fehlerhaft angewendete Begriffe zu schwerwiegenden Vorfällen zum Schaden von Patienten führen.

Es wird deshalb empfohlen, Begriffe eindeutig zu definieren und, wenn konsentiert, regelrecht anzuwenden. Dabei kommt es primär nicht darauf an, ob eine Verwechslung von Begriffen auch direkte negative Folgen hat.

Praxistipp
Definieren Sie Fachbegriffe kurz und eindeutig und machen Sie Ihren Mitarbeitern die Bedeutung einer konsentierten Anwendung von Begriffen verständlich. Dies kann auf Abteilungsebene erfolgen oder (noch besser) als Bestandteil einer nachhaltigen Dialogkultur implementiert werden.

Das Begriffschaos zu Fragen der Versorgung im ländlichen Bereich bedarf der Auflösung

Es existiert eine Flut von Begriffsdefinitionen. Einige Begriffe sind anerkannt und werden konsentiert verwendet, andere werden individuell verwendet, häufig im Kontext von Marketingstrategien. Dies gilt vor allem für Versorgungskonzepte. „Öfter mal was Neues ist die Devise“, man möchte sich auch gegenüber Wettbewerbern positionieren!

Dies ist zwar verständlich, es ist aber einem sachlichen Dialog abträglich.

Es wird deshalb nachfolgend, neben einem kleinen Begriffskatalog mit eher allgemeiner Ausrichtung (▶ Tab. 1.1), eine grobe Typisierung zu Versorgungskonzepten vorgestellt (▶ Tab. 1.2). Dabei erfolgte eine Beschränkung auf insgesamt 12 Begriffe, die jedoch eine Zuordnung auch individuell benannter Versorgungsansätze zulässt. Ergänzend werden Begriffe genannt, die häufig fälschlicherweise synonym verwendet werden, aber nicht verwendet werden sollten, da jeder Terminus eine eigenständige Aussage beinhaltet (▶ Tab.1.3).

Begriff	Erläuterungen zur begrifflichen Nutzung
Gesundheitsnetzwerk	Begriff für sehr unterschiedliche kooperative Versorgungsstrukturen.* * Gemeint sein kann ein Ärztenetz, eine Kooperation aus Krankenhaus und MVZ oder aber auch eine „Campuslösung" mit Krankenhaus, niedergelassenen Ärzten und weiteren Leistungserbringern wie Physiotherapie, Sanitätshaus etc. In allen genannten Fällen kann die Zusammenarbeit „lose kooperativ" oder über Kooperationsverträge gestützt sein. **Begriffe wie „Netz", „Gesundheitsnetz" oder „Kooperatives Netz" die häufig synonym verwendet werden, sollten entfallen.**
Gesundheitsregion	Zielgerichteter Zusammenschluss (Landkreisebene, kreisfreie Städte) unterschiedlicher Akteure aus dem Gesundheitswesen wie Leistungserbringer aus den verschiedenen Sektoren und Bereichen der regionalen Daseinsvorsorge mit dem Fokus auf eine möglichst ortsnahe Gesundheitsversorgung einschließlich Gesundheitsförderung. Ziel ist die konsentierte Entwicklung von Maßnahmen zur Optimierung der Versorgungsqualität. Die Landkreise und kreisfreien Städte übernehmen die Aufgabe der Koordinierung und Moderation.

▶

Begriff	Erläuterungen zur begrifflichen Nutzung
Integrierte Versorgung	*Nach § 140 ff. SGBV eine fachübergreifende oder sektorenübergreifende Versorgung.* Dabei müssen entweder mindesten 2 Ärzte unterschiedlicher Fachrichtungen oder 2 Leistungserbringer aus verschiedenen Sektoren Vertragspartner gegenüber einer gesetzlichen Krankenkasse sein.* * Der Begriff wird zunehmend auch unspezifisch und übergreifend für Versorgungskonzepte gebraucht, die jenseits formaler gesetzlicher Vorgaben eine ganzheitlich orientierte Sektorenübergreifende Versorgung gewährleisten (z. B. örtliche Ansiedlung verschiedener voneinander unabhängiger Leistungserbringer der verschiedenen Sektoren auf einem Campus (▶ Kap. 2.4)
Sektorenübergreifende Versorgung	Versorgung über die Sektoren stationär und ambulant, in besonderer Weise geeignet für eine „Versorgung ohne Brüche.
Intersektorale Versorgung („inter“ lat., deutsch: zwischen, dazwischen)	Begriff wird zunehmend verwendet, obwohl dies in Bezug auf seinen lateinischen Bezug („inter“) überrascht.* * Es gibt aus Sicht des Autors bisher keine „gesonderte* sektorale Versorgung zwischen dem ambulanten und stationären Sektor. Verwendet wird dieser Begriff für ambulante Konzepte mit einer Ausrichtung auf die Verknüpfung einer „konventionellen ambulanten“ mit einer „erweiterten ambulanten Versorgung-EAV“ mit Betten für ambulante Patienten. (▶ Kap. 1.4)
Intrasektorale Versorgung („intra“ lat., deutsch: innerhalb)	Versorgung in einem Sektor, sei es der ambulante, sei es der stationäre Bereich. (© Hellmann 2012)* * Eine intrasektorale Versorgung im Kontext des lat. Bezugs („intra“) wäre somit eine Versorgung durch ein „reines“ Ärztenetz oder ein „isoliertes“ Krankenhaus.

▶

Begriff	Erläuterungen zur begrifflichen Nutzung
Sektor	Teilbereich einer Gesamtversorgung (ambulant, stationär)* * Die gelegentliche Nutzung des Begriffs „Sektor" im Kontext unterschiedlicher Leistungserbringer (Ärzte, Physiotherapie, Sanitätshaus in einem ambulanten Versorgungsbereich) oder für „Interdisziplinäre Behandlungszentren im Krankenhaus" (Zusammenarbeit verschiedener Fachrichtungen) wird nicht empfohlen, da sie mehr Verwirrung stiftet als Nutzen gewährleistet.
Sektorenübergreifende Versorgung	Versorgung „über" die Sektoren.* * Gemeint ist meist „ambulant" und „stationär" und damit die Integrierte Versorgung mit dem Ziel einer „Versorgung ohne Brüche", vor allem für alte und multimorbide Patienten.
Transsektorale Versorgung („trans", lat., deutsch: über, hindurch	Koordiniertes Zusammenwirken verschiedener Leistungserbringer aus dem ambulanten und stationären Bereich.* * Verwendet z. B. in Projekten zur Optimierung von Krebstherapien („Transsektorale digitale Versorgungsplattform").
Besondere Anmerkungen	„Sektorenübergreifende Versorgung" und „Transsektorale Versorgung" beinhalten von der lateinischen Herkunft von „trans" Identisches. Da der erstgenannte Begriff in der breiten Diskussion geläufiger ist, sollten auf den an 2. Stelle genannten Begriff verzichtet werden.

Tab. 1.1: Begriffe mit allgemeiner Ausrichtung

Die in den aufgeführten Kapiteln des Buches beschriebenen Konzepte zur Gesundheitsversorgung lassen sich unter den nachfolgenden Definitionen subsummieren. Dies steht nicht im Widerspruch zu den jeweils genutzten individuellen Bezeichnungen. Diese sollten durchaus im Sinne einer „Marke" weiter genutzt werden. Die hier nachfolgende Systematik (▶ Tab. 1.2) ist eine *typenspezifische Einordnung*.

(1) Ambulant Stationäres Zentrum (ASZ)
Versorgungsangebot aus einer Mischung von ambulanten und stationären Versorgungangeboten u. a. mit dem Ziel der Verminderung ambulant sensitiver Krankenhausfälle (▶ Kap. 2.2)
(2) Ärztenetz (Praxisnetz)
Loser, auf Kooperationen oder Kooperationsverträgen basierender Zusammenschluss von niedergelassenen Ärzten, auch mit Ausrichtung auf Integrierte Versorgung (▶ Kap. 2.5)
(3) Digitales Gesundheitsnetzwerk
Digitales Netzwerk als Grundlage für dezentrale Datenspeicherung in einer Patientenakte. Kein Versorgungsnetz im engen Sinne. (▶ Kap.1.7)
(4) Gesamtversorger Gesundheitsregion – GGR (© Hellmann)
Breiter und integrierter Versorgungsansatz mit Fokus auf Prävention, Gesundheitsförderung und Gesundheitserhaltung (▶ Kap. 2.1)
(5) Gesundheits- und Pflegenetzwerk
Versorgungskonstellation an der Schnittstelle zwischen ambulanter und stationärer Versorgung mit Themenfeldern wie Vermeidung von Einsamkeit, Isolation im Alter und Demenzversorgung (▶ Kap. 2.6)
(6) Gesundheitszentrum Konventionell – GZK (© Hellmann)
Übergreifend gebrauchter Begriff für kooperative ambulante Einrichtungen mit unterschiedlichen Dienstleistern „unter einem Dach“ wie z. B. PORT Zentren (Klapper 2020), IGZ ▶ Kap. 1.4) oder aber kooperative Versorgungsstrukturen mit (auch zentraler) Einbindung des Krankenhauses (▶ Kap. 2.3, ▶ Kap. 2.4, ▶ Kap. 2.10).
(7) Gesundheitszentrum Innovativ – GZI (© Hellmann)
Gesundheitszentren im ländlichen Raum, entstanden an Standorten an denen Krankenhäuser geschlossen worden sind oder geschlossen werden sollen, im Wesentlichen bestehend aus Krankenhaus und MVZ. Ziel ist eine breite Sektorenübergreifende Versorgung.
(8) Intersektorales Gesundheitszentrum (IGZ)
Ambulantes Versorgungszentrum mit regulärer ambulanter und erweiterter ambulanter Versorgung – EAV (Bettenabteilung). * * Entwickelt von der Oberender AG, Bayreuth im Auftrag der KBV. Durch die Einbeziehung der EAV wird eine Art „Scharnierfunktion“ zwischen ambulanter und stationärer Versorgung postuliert. (Kap. 1.4)

▶

(9) Kommunaler Gesamtversorger
Auf das Konzept des MVZ ausgerichtetes Versorgungskonzept mit Fokussierung auf eine umfassende medizinische Grundversorgung (z. B. auf Landkreisebene) und ohne Gewinnerzielungsabsicht. Entwicklung in Stufen mit dem Focus auf: Finanzperspektive, Kundenperspektive, Prozessperspektive und Potentialperspektive. * * Noch nicht umgesetztes Konzept! (▶ Kap. 1.5, ▶ Kap. 1.8)
(10) Kommunales Medizinisches Versorgungszentrum (kMVZ)
Ambulante Minilösung eines MVZ, in der Regel mit 2 Ärzten (▶ Kap. 2.7)
(11) Medizinisches Versorgungszentrum (MVZ)*
Ambulante fachübergreifende, ärztlich geleitete Einrichtung, in denen Ärzte, die in das Arztregister eingetragen sind, als Angestellte oder Vertragsärzte tätig sind. Möglich sind Hausarzt-MVZ und spezialisierte facharztgruppengleiche MVZ (▶ Kap. 2.7). * Für Krankenhäuser sind sie vor allem „Zubringer von Patienten". Dies ist möglich durch eine Kooperation eines Krankenhauses mit einem MVZ oder über die Trägerschaft eines Krankenhauses. Zunehmend erhalten sie Bedeutung in Bezug auf die Kooperation mit anderen Leistungserbringen in Gesundheitsnetzen neuerer Art in ländlich unterversorgten Regionen (Gesundheitszentrum Innovativ-GZI).
(12) Regionales Intersektorales Versorgungszentrum*
Versorgungskonzept mit Bündelung einer stationären Basisversorgung im Krankenhaus, ambulantem OP-Zentrum, einer Notfallpraxis und weiteren Leistungserbringern nach Bedarf. * (▶ Kap. 2.3) * Das Konzept bündelt eine stationäre Basisversorgung im Krankenhaus mit Kernleistungen für regionale ambulante intersektorale Versorgung, ein ambulantes OP-Zentrum, eine Notfallpraxis. Außerdem wird kooperiert mit dem auf Patienten orientierten Einzelhandel (Apotheke, Sanitätshaus), einem MVZ und weiteren Leistungserbringern nach Bedarf (z. B. Physiotherapie und Palliativangebote).

Tab. 1.2: Empfohlene Begriffe zur Typisierung von Versorgungseinrichtungen – 12 Typen zur groben Orientierung

Der Katalog ist sicherlich optimierbar und muss auch kontinuierlich angepasst werden. Anregungen dazu werden vom Autor des Beitrags gerne aufgenommen (Hellmann-W@t-online.de).

Die nachfolgenden Begriffe (jeweils einer Spalte) werden oft fälschlicherweise synonym verwendet, beinhalten aber alle eine jeweils individuelle Ausrichtung und sind somit nicht gegeneinander austauschbar (▶ Tab. 1.3).

Akkreditierung, Zertifizierung, Best Practice
Ambulant Stationäres Zentrum (ASZ), Intersektorales Gesundheitszentrum (IGZ), Regionales Intersektorales Versorgungszentrum, Interdisziplinäres Behandlungszentrum
Anonymes Fehlermeldesystem, Risikomanagementsystem
Campuslösung, Gesundheitszentrum
Digitales Gesundheitsnetzwerk, Gesundheitsversorger
Intersektoral, intrasektoral, transsektoral
Klinischer Pfad, Strukturierter Behandlungsablauf, Patientenpfad, SOP, Pfadmodul, Ambulanter Pfad, Sektorenübergreifender Pfad
Medizinische Markenprodukte, Medizinprodukte
MVZ, Kommunales MVZ (kMVZ), Kommunaler Gesamtversorger
Praxisnetz, Integriertes Versorgungsnetz

Tab. 1.3: Für eine synonyme Verwendung ungeeignete Begriffe

Zusammenfassung

Ein Basisspektrum wichtiger Fachbegriffe für die Gesundheitsversorgung, auch zu verschiedenen Versorgungskonstellationen, sollte jeder Mitarbeiter einer Versorgungseinrichtung „auf Tasche“ haben. Denn bei Nennung eines Terminus muss das Gegenüber wissen, was gemeint ist. Dies gilt vorrangig für den Dialog mit Mitarbeitern aus anderen Berufsgruppen, nicht jedoch für Patienten. Hier ist gerade darauf zu achten, dass Fachtermini möglichst vermieden und verständliche Formulierungen gewählt werden. Im Hinblick auf die Gesamtdiskussion bedarf es konsentierter Begriffe, die ständig auf Ihre aktuelle Relevanz überprüft und angepasst werden müssen.

Literatur

Hellmann, W. (2010). *Hellmann, W., Kurscheid, C., Eble, S. (Hrsg.) (2012): Medizinische Versorgungszentren erfolgreich führen und weiterentwickeln. Qualität steigern, Erträge ausbauen, Zukunft sichern. Medizinisch- Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, Berlin*

Hellmann, W. (2010). *Klinische Pfade und Behandlungspfade- Einführung und Überblick. In: Hellmann, W., Eble, S.: Ambulante und Sektorenübergreifende Behandlungspfade. Konzepte, Umsetzung, Praxisbeispiele. Medizinische Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, Berlin, 3-56*

Hellmann, W., Eble, S., Halbe, B. Kurscheid, C., Wichelhaus, D. (Hrsg.) (2012). *Lexikon Krankenhausmanagement. medhochzwei Verlag GmbH, Heidelberg*

Hellmann, W. (2019). *Optimierungsoptionen für die Gesundheitsversorgung im ländlichen Raum mit Berücksichtigung praktischer Tipps für die Bestandsicherung kleiner Krankenhäuser. ZFPG, Jg. 5, Nr. 1. DOI:10. 17193/HNU ZFPG.17193/HNU. ZFPG.5.1.2019-07*

Hellmann, W. (2019). *Kooperative Kundenorientierung auf der Grundlage einer neuen Sicht von Qualität- Erfolgsfaktor fürd die Zukunftssicherung von Gesundheitsnetzen. In: Pfannstile, M. A., Focke, A., Mehlich, H. (Hrsg.). Springer Gabler Wiesbaden, S. 35-45*

Kontrollfragen

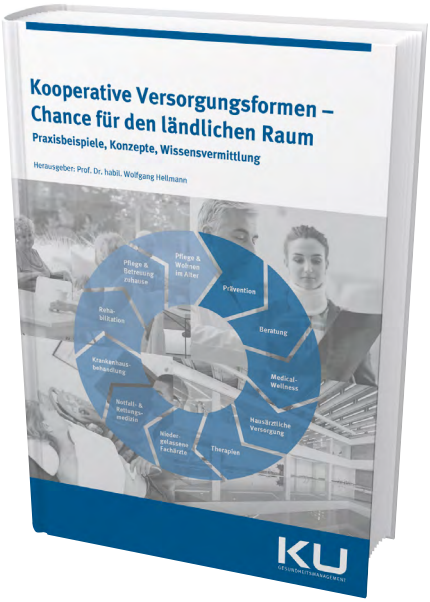
1. Nehmen Sie Stellung zur Aussage: „Eine konsentierte Terminologie in einer Versorgungseinrichtung muss zentrales Element einer nachhaltigen Dialogkultur sein“.
2. Unterscheiden Sie zwischen „Digitalem Netzwerk“ und „Gesundheitsnetzwerk“.
3. Begründen Sie, warum „Fehlermeldesystem“ und „Risikomanagementsystem“ nicht synonym verwendet werden dürfen.
4. Unterscheiden Sie zwischen „intersektoral“, „intrasektoral“ und „transsektoral“.
5. Unterscheiden Sie zwischen „Gesundheitsregion“ und „Pflegenetzwerk.
6. Fachterminologie ist wichtig für dem Dialog zwischen verschiedenen Berufsgruppen, gilt das auch für den Umgang mit Patienten und deren Angehörigen?

BESTELLEN SIE JETZT

☐ **Ja,** ich bestelle

___ Expl. Kooperative Versorgungsformen – Chance für den ländlichen Raum
Hardcover, 2021, 426 Seiten
ISBN 978-3-96474-365-7
49,95 Euro

___ Expl. Kooperative Versorgungsformen – Chance für den ländlichen Raum
PDF, 2021
ISBN 978-3-96474-496-8
44,95 Euro



Widerrufsrecht: Sie können Ihre Bestellung innerhalb von 14 Tagen ohne Angabe von Gründen in Textform oder – wenn die Sache vor Fristablauf überlassen wird – auch durch Rücksendung der Ware widerrufen. Die Frist beginnt nach Erhalt dieser schriftlichen Belehrung, jedoch nicht, bevor Ihnen eine schriftliche Auftragsbestätigung vorliegt.

Zur Wahrung der Widerrufsfrist genügt die rechtzeitige Absendung des Widerrufs oder der Sache.

Die Mediengruppe Oberfranken – Fachverlage GmbH & Co. KG verarbeitet Ihre personenbezogenen Daten im Rahmen des Vertragsverhältnisses gem. Art. 6 Abs. 1 lit. b. EU-DS-GVO. Detaillierte Informationen zum Datenschutz finden Sie unter https://shop.mgo-fachverlage.de/datenschutz

Unser Bestellservice

09221 / 949-389

09221 / 949-377

ku-gesundheitsmanagement.de

oder Bestellung einfach rechts eintragen und abschicken.

Mediengruppe Oberfranken –
Fachverlage GmbH & Co. KG
E.-C.-Baumann-Str. 5 · 95326 Kulmbach

Name / Vorname

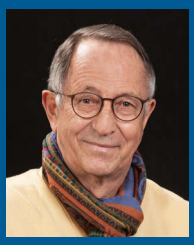
Straße / Hausnummer

PLZ / Ort

E-Mail

Telefonnummer

Datum / Unterschrift



Prof. Dr. habil. Wolfgang Hellmann

Stationen und Aktivitäten: Hochschule Hannover, Gründer der Akademie für Management im Gesundheitswesen e.V., Initiator des Studienmodells Hannover für Berufe im Gesundheitswesen, Wissenschaftlicher Planer und Leiter des Studienprogramms Medical Hospital Management für Führungskräfte im Ärztlichen Dienst, Gründer der DSÖGG (Deutsch-Schweizerisch-Österreichische Gesellschaft für Gesundheitsmanagement), Verantwortlicher im Kompetenzzentrum Kooperative Kundenorientierung im Krankenhaus, Mitglied in zahlreichen Beiräten (z. B. Gesundheitsbildung e. V., Schweiz), Herausgeber zahlreicher Buchpublikationen zum Krankenhausmanagement für Ärzte. Besondere Anliegen: Leistung eines Beitrags zur Befähigung der jungen Ärztegeneration zu einer patientenzentrierten Gesundheitsversorgung im Kontext eines modifizierten ärztlichen Rollenverständnisses ohne Paternalismus und schwerpunktmäßige Fokussierung auf ökonomische Ziele. Optimierung der Patientenversorgung in unterversorgten Regionen.

Gesundheitsversorgung in unterversorgten Regionen durch innovative Konzepte und Wissenstransfer optimieren

Die Versorgung im ländlichen Raum ist schwierig. Krankenhäuser sollen geschlossen werden. Die Sicherung ortsnaher Versorgung, vor allem für alte und multimorbide Patienten, ist damit gefährdet. Ursache ist ein Mangel an Ärzten und Pflegepersonal. Eine Verbesserung der Situation ist, wie das Buch zeigt, möglich.
Kluge und zielorientierte Versorgungskonzepte wurden entwickelt und werden vorgestellt. Sie spannen einen Bogen von rein ambulanten über integrierte Einrichtungen der Patientenversorgung bis hin zu komplexen Lösungen unter Einbindung des Krankenhauses. Vorschläge zu einem zukunftsorientierten Management im Kontext notwendiger Wissensvermittlung (Kontrollfragen, Einordnung der persönlichen Rolle im Geschäftsbetrieb, Lernziele, Fortbildungsprogramm, Glossar) ergänzen. Insgesamt resultiert ein Praxishandbuch, auch mit Lehrbuchcharakter, für die Bewältigung aktueller Herausforderungen in schwierigen Zeiten zur Nutzung durch alle Berufsgruppen in Einrichtungen der Patientenversorgung.

mgo fach verlage

www.ku-gesundheitsmanagement.de