

NEUE GESUND- HEITSNETZE .. FÜR DEN LÄNDLICHEN RAUM

Beispiele aus
der Praxis



www.neue-gesundheitsnetze.de

Auf unserer Webseite haben Sie die Möglichkeit, diese Broschüre zu bestellen und den Autorinnen und Autoren weitere, aus Ihrer Sicht wegweisende Praxisbeispiele vorzuschlagen, die in zukünftigen Auflagen Erwähnung finden sollten. Ebenso freuen wir uns über Anregungen und Kritik, welche versorgungspolitischen Schlüsse aus den Exempeln neuer Gesundheitsnetze zu ziehen sind.

Liebe Leserinnen und Leser,

die effiziente Koordination begrenzter personeller und finanzieller Ressourcen stellt eine existenzielle Herausforderung für die Sicherstellung der Grundversorgung in strukturschwachen, meist ländlichen Regionen vor dem Hintergrund einer alternden Bevölkerung dar. Schon heute zeigen sich vielerorts Lücken in der Gesundheitsversorgung, die in den kommenden Jahren weiter zunehmen werden und damit Vorboten einer gesamtgesellschaftlichen Herausforderung sind. Doch das Phänomen ist nicht neu: Es gibt etliche Landstriche in Deutschland, die bereits gealtert sind, etwa in der Lausitz oder in Thüringen, in Bayern oder Schleswig-Holstein. Dort sind Kooperationsmodelle entstanden, die uns Ideen zur Gestaltung von regionalen Versorgungsbrücken liefern können, mit denen sich die Lücken zwar nicht beseitigen, aber im Patienteninteresse verkleinern lassen.

Die vorliegende Broschüre wirft ein Schlaglicht auf solche Praxisbeispiele im ganzen Land. Dabei handelt es sich um eine exemplarische Auswahl, wohl wissend, dass es darüber hinaus weit mehr gibt. Die Beispiele zeigen stellvertretend, wie viel Engagement in unserem Land vorhanden ist, um die medizinische Versorgung auch unter den erschwerten Bedingungen des demografischen Wandels aufrechtzuerhalten. Gleichzeitig verdeutlichen sie, wie durch den intelligenten Einsatz von Prävention, Digitalisierung und Delegation knappe Ressourcen zielgerichtet und effizient eingesetzt werden können. „Neue Gesundheitsnetze“ stehen für den Ansatz, regionale Potenziale durch innovative Versorgungsarrangements zu heben und dabei die Eigenverantwortung der regionalen Akteure zu fördern.

Unser Anliegen ist es, Akteurinnen und Akteure vor Ort, die ebenfalls Verantwortung übernehmen und initiativ werden möchten, Impulse und Orientierung mitzugeben. Zugleich richten wir uns an die Gesundheitspolitik, die für die Rahmenbedingungen von Gesundheitsnetzen die Verantwortung trägt. Im Folgenden finden Sie Porträts von sieben Projekten, denen neben Literaturrecherchen auch Gespräche mit den Protagonisten selbst zugrunde liegen. Dieses Projekt ist in Kooperation des Verbandes der Privaten Krankenversicherung e. V. (Geschäftsbereich Politik, Dr. Timm Genett, Dr. Anke Schlieker) mit Frau Dr. Peggy Richter und Herrn Dr. Hannes Schlieter von der Forschungsgruppe Digital Health an der TU Dresden entstanden.

Unser besonderer Dank richtet sich an die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der hier vorgestellten Gesundheitsnetzwerke, die unsere Fragen geduldig beantwortet und uns tiefe Einblicke in ihre Arbeit erlaubt haben. Darüber hinaus danken wir vielen weiteren Gesprächspartnern aus Gesundheitswirtschaft und Politik, die sich seit langer Zeit mit diesem Thema beschäftigen und die uns mit wichtigen Hinweisen unterstützt haben.

Wir wünschen Ihnen eine interessante Lektüre!



06 – 11	Gesundheitsversorgung im Umbruch
12 – 13	Übersichtskarte
14 – 19	Gesundheitszentrum Büsum
20 – 25	Ärztetenz Eutin-Malente (ÄNEM)
26 – 31	HaffNet, das Ärztenetz am Stettiner Haff
32 – 37	prosper/proGesund – Modell der Knappschaft
38 – 43	ParkinsonNetzwerk Ostsachsen (PANOS)
44 – 49	Unternehmung Gesundheit Hochfranken (UGHO)
50 – 55	Das Gesunde Kinzigtal
56 – 57	Interview mit Helmut Hildebrandt (OptiMedis AG)
58 – 59	Interview mit Christopher Kaufmann (Gesundes Landleben GmbH)
60 – 65	Lehren aus der Praxis
66	Literaturverzeichnis, Bildnachweise, Impressum

Gesundheitsversorgung im Umbruch

Die demografische Entwicklung der kommenden zwanzig Jahre wird die medizinische Versorgung mehr und mehr unter Druck setzen. Durch den Renteneintritt der Babyboomer-Generation (Jahrgänge 1955 bis 1969) steht dem wachsenden medizinischen und pflegerischen Versorgungsbedarf einer alternden Bevölkerung gleichzeitig ein Rückgang der erwerbstätigen Bevölkerung und damit auch des medizinischen und pflegerischen Personals gegenüber. Der Mangel, den wir in bestimmten Regionen heute schon beklagen, steht uns deutschlandweit noch bevor: Insbesondere in ländlichen und strukturschwachen Regionen werden echte Versorgungslücken entstehen oder sich verstetigen. Denn die wenigen jüngeren Fachkräfte, die dem Versorgungssystem überhaupt zur Verfügung stehen, neigen zur Abwanderung in urbane Zentren.

Heute gilt das deutsche Gesundheitswesen hinsichtlich des Zugangs zur Versorgung auf qualitativ hochwertigem Leistungsniveau unabhängig von Wohnort und sozialem Status als eines der besten weltweit. Mit dem eingeschlagenen demografischen Pfad steuert das Land jedoch auf eine echte Versorgungskrise zu, wenn nicht parallel substanzielle Änderungen im Gesundheitssystem auf den Weg gebracht werden. Das hohe Versorgungsniveau und die Verfügbarkeit ambulanter und stationärer Versorgungs- sowie Pflegeangebote wird in der bisherigen Form nicht aufrechterhalten werden können. Längere Anfahrtswege und Wartezeiten werden nicht die einzigen Folgen sein. In strukturschwachen Regionen stellt die Wiederbesetzung von Arztsitzen schon heute eine große Herausforderung dar.¹ Dieser Mangel führt auch dazu, dass weniger ärztliche Früherkennung und Prävention durchgeführt werden kann und infolgedessen eigentlich vermeidbare und früh behandelbare Erkrankungen zunehmen werden.

Die wachsende Schere zwischen Versorgungsangebot und -bedarf stellt nicht nur aus gesundheitspolitischen Gesichtspunkten ein Risiko für strukturschwache Regionen dar. Letztlich ist es nur einer von vielen Faktoren, der die Attraktivität von Regionen beeinflusst und damit auch über den potenziellen Zuzug von gut ausgebildeten Fachkräften, also nicht allein von Ärztinnen und Ärzten, entschieden wird. Und selbst dort, wo dies gelingt, ist in Rechnung zu stellen, dass sich die Lebenswirklichkeiten und Ansprüche an die eigene „Work-Life-Balance“ der jüngeren Generation von der älteren unterscheiden.

Was uns erwartet

- Die Anzahl der Menschen über 65 Jahre in Deutschland wird sich bis zum Jahr 2040 voraussichtlich um 4,1 Mio. Menschen erhöhen, was einem Zuwachs von 23% entspricht und eine mit dem Alter korrelierende gesteigerte Morbiditätsbelastung nach sich ziehen wird. Besonders stark wird der Zuwachs in den westdeutschen Flächenländern sein (28%–35%). Die ostdeutschen Länder weisen bereits jetzt einen deutlich älteren Bevölkerungsdurchschnitt auf.³
- In Deutschland wird bis zum Jahr 2030 vor allem für die Gruppe der Hausärzte und der fachärztlichen „Grundversorger“ ein Ärztemangel erwartet. Allein bei den Hausärzten werden ca. 10.000 Stellen fehlen. Zugleich führt der Trend reduzierter Arbeitszeiten zu einem Auseinanderdriften zwischen medizinischer Nachfrage und Angebot. Circa 40% der Landkreise werden unterversorgt oder von Unterversorgung bedroht sein.⁴
- Im Jahr 2022 lag der Altersdurchschnitt der Ärzte bereits bei 54,1 Jahren. 60% der Ärzte sind heute 50 Jahre alt oder älter. In der hausärztlichen Versorgung ist der Anteil der über 60-Jährigen mit über einem Drittel besonders hoch.⁵ Mit Blick auf die letzten 10 Jahre wird die Wirkung der demografischen Situation mehr als deutlich. Waren beispielsweise im Jahr 2013 circa 40% der Hausärzte jünger als 50 Jahre, waren es im Jahr 2022 nur noch 30%.⁶
- Für den Pflegebereich zeichnet sich ein ähnliches Bild ab. So wird prognostiziert, dass bis zum Jahr 2030 ein Mangel von etwa 180.000 Pflegefachkräften bestehen wird.⁷
- In ländlichen Gebieten ist der Ärztemangel besonders akut, da junge Ärzte häufiger in Städten arbeiten wollen. Im Jahr 2021 betrug die durchschnittliche Anzahl von Hausärzten auf 100.000 Einwohner in städtischen Gebieten etwa 90, während sie in ländlichen Regionen bei etwa 70 lag.⁸

Und doch steht Deutschland noch vergleichsweise gut da, denn noch nie gab es so viele Mediziner im Gesundheitssystem wie heute.² Mit Blick auf deren Altersstruktur ist die bevorstehende Renteneintrittswelle der Babyboomer-Jahrgänge jedoch umso dramatischer. Sie wird unser Gesundheitssystem flächendeckend verändern und überall zu spüren sein.

Regionen, die heute schon als strukturschwach und unterversorgt gelten, sind vor diesem Hintergrund nicht als lokale Randphänomene einer ansonsten intakten Gesundheitsversorgung zu verstehen. Sie sollten vielmehr als unfreiwillige Modellregionen für die Entwicklung der Versorgung in einer stark alternden Gesellschaft, also für Deutschland insgesamt, betrachtet werden. Ihr besonderer Erkenntniswert besteht darin, dass sie uns sowohl einen Ausblick auf die Versor-

gungslücken der Zukunft bieten als auch die Identifikation von Stützpfählern für neue Versorgungsarrangements in einem Kontext des Mangels ermöglichen. Insofern sind sie ein Vorgriff auf die Zukunft der medizinischen Versorgung im negativen wie im positiven Sinne. Die Diagnose ist nicht neu. Umso mehr verwundert die Stagnation in der versorgungspolitischen Reformdebatte, in der eine überfällige Demografiewende nach wie vor auf sich warten lässt.

Mangelnde Lösungsstrategien für die Versorgungskrise

Für die existenziellen Herausforderungen der kommenden Jahre zeichnet sich bislang keine angemessene gesundheitspolitische Lösungsstrategie ab. Vielmehr erleben wir in Bund und Ländern bei aller Beschwörung der Bereitschaft zum Wandel de facto eine Kontinuitätsfiktion: Es dominieren die alten Verteilungskämpfe entlang der klassischen Sektorengrenzen. Föderale Kompetenzen werden schon aus Prinzip verteidigt, ohne auch vollumfänglich der damit korrespondierenden Verantwortung in der Praxis gerecht zu werden. Zugleich schafft die Politik immer neue Leistungsansprüche in unverbundenen Parallelstrukturen. Dies zementiert einen Status quo, der nicht die nötige Resilienz im Umgang mit wachsendem personellen Ressourcenmangel aufweist und der, wie die Debatte über strukturelle Defizite in der Krankenversicherung zeigt, ohne Strukturreform finanziell nicht tragfähig sein wird. Diese Kontinuitätsfiktion der deutschen Gesundheitspolitik nimmt ihrerseits Rücksicht auf eine Bevölkerung, die in einem Kontext multipler Krisen zumindest in der medizinischen Versorgung Stabilität erwartet. Zur Tragik dieses Politikansatzes gehört, dass er die Enttäuschung über dieses Stabilitätsversprechen nicht aufhalten kann, sondern durch das unhaltbare Versprechen des „Weiter so!“ Akzeptanzverluste faktisch forciert. Es bleibt abzuwarten, ob es der aktuellen Krankenhausreform, von ihren Urhebern mit der Notwendigkeit einer bedarfsgerechten „Revolution“ der Versorgungsstrukturen begründet, gelingt, vom bisherigen Pfad abzuweichen.

„Das Hauptproblem der Versorgung sind die fehlende Koordination und Kooperation entlang der gesamten Versorgungskette.“

Thomas Schang, Gründer Ärztenetz Eutin-Malente

„Wir brauchen ein Gesundheitssystem, das Gesundheit produziert, anstatt die Verdienstmöglichkeiten durch Krankheit zu steigern.“

Helmut Hildebrandt, OptiMedis AG

„Wir haben ein Vernetzungsproblem zwischen den regionalen medizinischen und pflegerischen Angeboten.“

Alexandra Eichner, Geschäftsführerin Unternehmung Gesundheit Hochfranken

„Die politische Unterstützung regionaler Versorgungsinitiativen muss dringend angepasst und ineffiziente Überregulierung abgebaut werden.“

Christopher Kaufmann, Geschäftsführer Gesundes Landleben GmbH

„Die Einzelpraxis hat ausgedient.“

Thomas Rampoldt, Geschäftsführer Ärztezentrum Büsum

Effiziente Koordination knapper Ressourcen als existenzielle Aufgabe für die Sicherung einer Grundversorgung in strukturschwachen Gebieten

Ein grundsätzliches Problem unseres heutigen Versorgungssystems ist die mangelnde Koordination zum Teil hochspezialisierter Leistungen und zum Teil überflüssiger Leistungsmengen. Dies führt insbesondere bei älteren multimorbiden Patienten immer wieder zu Über- und Fehlversorgung. In strukturschwachen Gebieten indes ist die fehlende Abstimmung ein verschärfender Faktor der Unterversorgung, weil der ineffiziente Einsatz knapper Ressourcen den Ressourcenmangel auf die Spitze treibt.

In Gesundheitsforschung und Politik besteht ein breiter Konsens darüber, dass sich die Systembeteiligten besser vernetzen und koordinieren müssen, damit die Qualität, die Sicherheit und die Effizienz der Versorgung erhalten bleiben oder gar steigen und das System bezahlbar bleibt. Der Blick in die Praxis offenbart jedoch – euphemistisch ausgedrückt – ein weitgehend ungenutztes Potenzial. Insbesondere an den Übergängen zwischen medizinischer und pflegerischer Versorgung werden mangels abgestimmter und gemeinsam koordinierter Leistungsangebote vorhandene Ressourcen vielfach nicht oder nur ineffizient genutzt. Daraus resultiert der regelmäßige Ruf nach mehr Zusammenarbeit, der auch in einzelnen, regional begrenzten Gesundheitsnetzen ein Echo findet.

Es liegt nahe, dass Gesundheitsnetze regional variieren. In einer strukturstarken Region können sie zumindest potenziell einen Beitrag zur optimierten Vollversorgung leisten, während sie in einer strukturschwachen Region mit begrenzten personellen Ressourcen eher ein Mittel zur Aufrechterhaltung einer Grundversorgung sind, indem die verfügbaren medizinischen und pflegerischen Kompetenzen so effizient wie möglich eingesetzt werden. Obwohl die demografische Wende mit dem Eintritt der Babyboomer in das Rentenalter bereits begonnen hat, stößt der nötige ressourcenorientierte Paradigmenwechsel in der Versorgung nach wie vor auf strukturelle Hürden.⁹ Diese Hürden sind auch Thema der vorliegenden Studie.

Beispiele aus der Praxis

Das Projekt „Neue Gesundheitsnetze für den ländlichen Raum“ richtet sich an regionale Akteure, Netzwerkinitiativen und Entscheider in der Politik. Es zeigt anhand von konkreten Praxisbeispielen Handlungsoptionen zur Weiterentwicklung regional organisierter Verbundlösungen auf. Wesentliche Motivation sind die sich ausdehnenden Versorgungslücken in strukturschwachen, meist ländlichen Regionen, die vor dem Hintergrund der demografischen Situation Vorboten einer gesamtgesellschaftlichen Herausforderung sind. Im Zentrum stehen konkrete Ideen zur Gestaltung von regionalen Versorgungsbrücken, mit denen sich Versorgungslücken zwar nicht beseitigen, aber im Interesse der Patientinnen und Patienten verkleinern lassen. Regionalen Akteuren lässt sich so vermitteln, wie sie selbst starten können und welche Lösungsansätze infrage kommen.

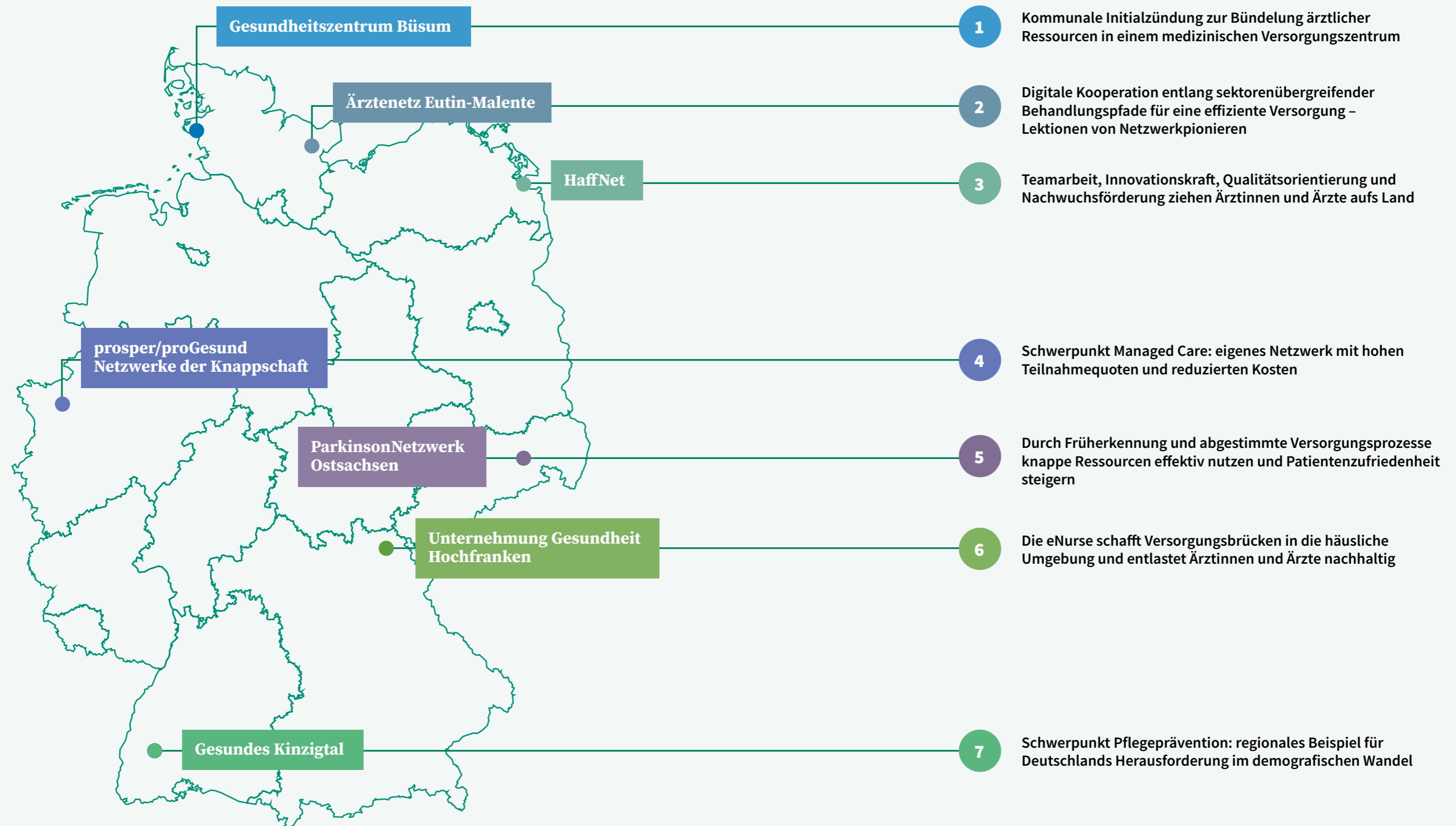
Die untenstehenden Fragen deuten an, welche Lösungen bereits heute existieren. Ihre Beantwortung zeigt auf, welche Faktoren zum tatsächlichen Gelingen solcher Versorgungsansätze beitragen bzw. an welchen Herausforderungen sie scheitern.

In die Auswahl der Praxisbeispiele sind auch Ansätze eingegangen, die selbst nicht in einem strukturschwachen regionalen Kontext entstanden sind, sondern die zunächst in Regionen ohne Versorgungsmängel unter Gesichtspunkten der Effizienzsteigerung oder Patientenzufriedenheit initiiert wurden. Entscheidend für ihre Auswahl ist allein, dass sie funktional für den Umgang mit knappen Ressourcen sind und dass sie einen praxistauglichen Leitfaden für die Implementierung von Versorgungsbrücken auch in Regionen mit drohender Unterversorgung darstellen.

Die Auswahl der Praxisbeispiele umfasst sowohl populationsbezogene als auch indikationsspezifische Ansätze. Weiterhin wurden Netzwerke untersucht, die unterschiedlich reif sind. Anhand des ParkinsonNetzwerks Ostsachsen wird beispielsweise die Lage eines relativ jungen Netzwerks aufgezeigt, während mit dem Gesunden Kinzigtal eines der etabliertesten Netzwerke untersucht wurde. Die Auswahl schließt nicht nur Erfolgsgeschichten ein, sondern auch solche, die in einer späten Phase in eine „Sackgasse“ geraten sind bzw. sich vor ungelösten technischen, personellen oder finanziellen Herausforderungen befinden. Lehrreich und praxisrelevant sind die folgenden Beispiele aber auch für politische Entscheidungsträger, zeigen sie doch auf, an welchen regulatorischen Hürden Kooperationsmodelle im Gesundheitswesen noch immer scheitern.

Sieben empirisch aufgearbeitete Praxisbeispiele liefern Denkanstöße zu folgenden Fragestellungen:

- **Wie kann trotz eklatanter Lücken im medizinischen und pflegerischen Angebot die Versorgung vor Ort aufrechterhalten werden?**
- **Wie sehen Kooperationsmodelle zur Entlastung der sich verknappenden ärztlichen Leistungserbringerstruktur aus, damit Ärzte sich auf ihre jeweiligen Kernkompetenzen konzentrieren können?**
- **Welchen Beitrag können die Delegation und Substitution ärztlicher Leistungen durch Pflege- und Assistenzkräfte sowie deren Weiterqualifikation leisten, um den Ressourcenmangel abzumildern?**
- **Welche Rolle spielt die Digitalisierung bei der Überbrückung räumlicher Distanzen und der Vernetzung der Akteure in strukturschwachen Regionen?**
- **Welche Hürden stehen der Beteiligung aller Leistungserbringer am koordinierten Versorgungsverbund entgegen?**
- **Welche Rolle kann Prävention innerhalb der Versorgungsstrukturen spielen, um regionale Krankheitslasten und damit verbundene Krankheitsfolgen zu reduzieren?**
- **Wie können gemeinschaftliche und auf die Bedarfe und Bedürfnisse der Patienten (z. B. in Hinblick auf Mobilität, motorische und kognitive Einschränkungen, Versorgungspräferenzen) abgestimmte Versorgungsstrukturen regional gefördert und unterstützt werden?**
- **Wie können die verfügbaren medizinischen und pflegerischen Ressourcen durch Verzahnung und Versorgungsmanagement für die eigentlichen Kernaufgaben effizienter genutzt werden?**
- **Welche Strategien und Maßnahmen haben unter den vorhandenen Anreiz- und Entlohnungssystemen bisher gut funktioniert? Und welche Schwierigkeiten traten beim Aufbau und bei einer nachhaltigen Etablierung von regionalen Gesundheitsnetzen auf?**



1

Gesundheitszentrum Büsum

Wie eine Kommune ihren Standort für Hausärzte attraktiver macht



Das im Jahr 2015 gegründete Gesundheitszentrum Büsum ist das erste Hausarztzentrum in kommunaler Hand. Gründungsmotivation waren vor allem die Altersstruktur der niedergelassenen Hausärzte (Altersdurchschnitt 63 Jahre) und der damit prognostizierte Versorgungsmangel in der Region. Heute hat das Zentrum überregionale Strahlkraft entwickelt und wird bundesweit als eine von vier PORT-Praxen – Patientenorientierte Zentren zur Primär- und Langzeitversorgung – durch die Robert Robert Bosch Stiftung GmbH gefördert. Neben gezielten Präventions- und Qualifikationsangeboten sowie dem Einsatz von Nicht-ärztlichen Praxisassistentinnen (NäPas) als Ansprechpartner und Gesundheitslotsen zeigen die erfolgreichen Wiederbesetzungen der vakanten Arztsitze, dass smarte Ansätze Versorgungsdefizite dämpfen können. Den Aufbau des Gesundheitszentrums Büsum initiierte und begleitete die Ärztegenossenschaft Nord e. G., welche heute auch die Geschäftsführung des Zentrums stellt. Das unterstreicht den Bedarf an einer professionellen Verwaltungsstruktur bei der Umsetzung solcher Zentren.



Steckbrief

Gründung

2015

Rechtsform

Ärztezentrum Büsum gGmbH

Status

Verstetigt

Schwerpunkt

Ambulante medizinische Versorgung

Gründungsmotivation

Altersstruktur der niedergelassenen Hausärzte (Altersdurchschnitt 63 Jahre) und der damit prognostizierte Versorgungsmangel in der Region; Ärztegenossenschaft Nord e. V. und KVSH als Initiatoren neuer Strukturen

Typ

Medizinisches Versorgungszentrum, von der Robert Bosch Stiftung gefördertes PORT-Zentrum

Abdeckung

21.500 Patienten (Stand 2021), 6 Ärzte, 12 medizinische Fachangestellte, 1 Case-Manager

Rolle der Netzwerkorganisation

Regionale Infrastrukturentwicklung, u. a. Ansiedlung weiterer Gesundheitsfachberufe und Anbieter im MVZ, Gebäudemanagement, Patientenschulungen

Prozesse

Zentrales Management der begleitenden Infrastruktur und Prozesse wie Einkauf, Finanz-, Personal- und Qualitätsmanagement werden durch die Trägergesellschaft übernommen.

IT-Strategie

Einheitliches und zentral betreutes Praxisverwaltungssystem im MVZ

Region

Büsum ist eine Gemeinde im Kreis Dithmarschen in Schleswig-Holstein. Etwa 5.000 Einwohner zählt der beliebte Hafentort, der an der Meldorfer Bucht an der Nordsee gelegen ist. Das Heilbad ist durch den starken ganzjährigen Tourismus mit etwa 230.000 Gästen und knapp 1,2 Mio. Übernachtungen geprägt. Hinzu kommen vor allem in den Sommermonaten circa 500.000 Tagesgäste. Das Durchschnittsalter der Bevölkerung liegt bei 46,8 Jahren. Der Altenquotient, der den Anteil von Personen im Rentenalter ab 65 Jahren im Verhältnis zur erwerbsfähigen Bevölkerung von 20 bis 64 Jahren angibt, liegt bei 44,8.¹⁰

Hintergrund und Gründungsmotivation

Büsum als Kurort erscheint auf den ersten Blick als recht überschaubare Gemeinde im Norden Deutschlands. Nicht nur für die Einwohner, auch für die vielen Urlauber und für die umliegenden Gemeinden ist Büsum der Knotenpunkt für die hausärztliche Versorgung in der Region. Bereits 2015 lag der Altersdurchschnitt der Hausärzte bei 63 Jahren; der älteste praktizierende Arzt war über 70 Jahre alt. Die aussichtslose Suche nach potenziellen Nachfolgern für die vakanten Hausarztsitze war damals auch im Rathaus bekannt und führte zu entsprechendem Handlungsdruck.

Ärztegenossenschaft und Kommune als Initiatoren neuer Strukturen, die kassenärztliche Vereinigung als Partner

Auch innerhalb der Ärztegenossenschaft Nord e.G. erkannte man die Situation der regionalen Gesundheitsversorgungslage und schlug verschiedenen Gemeinden vor, selbst stärker in die Verantwortung für die Versorgung vor Ort zu gehen und beispielsweise kommunale Medizinische Versorgungszentren zu gründen. Die Ärztegenossenschaft Nord e.G. wurde im Jahr 1999 auf Anregung der Kassenärztlichen Vereinigung Schleswig-Holstein (KVSH) durch Ärzte und Ärztinnen in der Region gegründet. Wesentliche Treiberin war die damalige Bundesgesundheitsministerin Andrea Fischer (Bündnis 90/Die Grünen), die Strukturen schaffen wollte, mit denen insbesondere Verträge der integrierten Versorgung nicht mehr zwangsläufig zwischen KV und Krankenkassen abgeschlossen werden mussten. Heute sind in der Ärztegenossenschaft Nord e.G. 1.800 ärztliche Mitglieder organisiert. Sie übernimmt die politische Interessenvertretung, organisiert den gemeinsamen Einkauf und kümmert sich um Versorgungsverträge, Netzmanagement sowie die regionale Versorgung. In dieser Rolle gab die Genossenschaft im Jahr 2015 den Anstoß zur Gründung des Gesundheitszentrums Büsum.

Gründung und Entwicklung des Gesundheitszentrums

Obwohl die Kommune selbst zum damaligen Zeitpunkt nicht direkt als Trägerin eines Medizinischen Versorgungszentrums (MVZ) auftreten durfte, erhielt die Gemeinde Büsum von der KVSH über den Umweg einer kommunalen Eigeneinrichtung die Erlaubnis zur Gründung eines hausärztlichen Versorgungszentrums. Nach Abschluss der Formalien wurden vier Hausarztsitze organisatorisch als auch örtlich in diesem Zentrum zusammengeführt und die Ärztegenossenschaft Nord e.G. mit der Geschäftsführung betraut. Das Ärztenetz firmiert damit seit 2016 als Ärztezentrum Büsum gGmbH. Das Besondere: Die Ärzte konnten dafür gewonnen werden, ihre eigenen Praxen in die Räume des MVZ zu überführen und ihre Kassenarztsitze zu übertragen. So konnten die neuen Strukturen rechtzeitig mit den noch vorhandenen Ärzten aufgebaut werden, bevor diese in den Ruhestand gingen. Seitdem konnten alle frei werdenden Hausarztsitze wiederbesetzt werden. Heute arbeiten sechs Ärztinnen und Ärzte – von denen ein Arzt bereits seit der Gründung des Gesundheitszentrums dabei ist – gemeinsam mit 12 Medizinischen Fachangestellten und einer Case-Managerin im Zentrum. Die steigenden Patientenzahlen (2020: 15.300 Patienten; 2021: 21.500 Patienten) sowie die Auszeichnung als geförderte PORT-Praxis belegen die Strahlkraft des Zentrums, das heute auch in anderen Regionen im Einzugsbereich der Ärztegenossenschaft Nord e.G. als Blaupause für die Entwicklung kommunaler Gesundheitszentren herangezogen wird (z. B. Bad Bramstedt oder Helgoland).

Charakter und Attraktivität des Gesundheitszentrums

Durch den Kauf und die Modernisierung eines Ärztehauses (ebenerdiger Flachbau in der Form eines Kleeblatts) durch die Gemeinde Büsum begann das Ärztezentrum mit exzellenten Startvoraussetzungen. Es wurde eine große Gemeinschaftspraxis mit zentraler Anmeldung im Mittelbereich des Gebäudes realisiert und Platz für neue Gewerbeflächen geschaffen, die inzwischen durch eine Apotheke, je eine Osteopathie- und eine Physiotherapiepraxis, ein Sanitätshaus sowie eine Zahnarztpraxis bezogen wurden. Begleitende Infrastrukturen und Prozesse werden durch die Trägergesellschaft zentral übernommen. Zudem entstand ein Schulungszentrum

mit einem breit gefächerten Angebot an Patientenschulungen. Im Detail bedeutet das, dass Personalmanagement, Qualitätsmanagement und Einkauf zentral organisiert werden und nicht mehr die Kapazitäten der ansässigen Ärzteschaft belasten. Ebenso wurde auf ein einheitliches und zentral betreutes Praxisverwaltungssystem umgestellt. Allein diese Maßnahmen steigerten die Anziehungskraft auf neu zu gewinnende Ärzte signifikant. Thomas Rampoldt, der aktuelle Geschäftsführer des Zentrums, unterstreicht, dass es zwar immer noch herausfordernd sei, offene Stellen nachzubeseetzen, dass aber das zentrale Recruiting die Einstellung neuer Kolleginnen und Kollegen deutlich vereinfacht habe. Ärzte können sich in einem sicheren Anstellungsverhältnis auf den Kern ihrer ärztlichen Aufgaben und Kompetenzen konzentrieren, was gegenüber einer kreditbelasteten Praxisübernahme im ländlichen

Raum einen großen Attraktivitätsvorteil hat. Die Ressource Arzt wird somit wesentlich effektiver genutzt und nicht mit IT-Fragen, Personalakquise, Qualitätsmanagement und vielem mehr verbrannt.

Zudem werden Vorträge und ehrenamtliche Initiativen eng mit dem Nachbarschaftshilfverein abgestimmt und aus einer Hand koordiniert. Die Gemeinde Büsum ist mit dem eingeschlagenen Weg heute sehr zufrieden. Neben der Sicherung der vakanten Arztstellen konnte auch das Versorgungsangebot weiterentwickelt werden. Wirtschaftlich steht das Zentrum ebenso gut da und konnte in den vergangenen Jahren die Anzahl behandelter Patienten steigern sowie erfolgreich Fördermittel einwerben. Die überregionale Bedeutung und die Stärke des kooperativen Modells scheinen hierfür maßgeblich zu sein.



i

Das Gesundheitszentrum Büsum als PORT-Zentrum. Inzwischen ist das Gesundheitszentrum Büsum als eine von vier Initiativen der Robert Bosch Stiftung als „PORT-Standort“ ausgewählt. Ziel dieses Projektes und der damit verbundenen Förderung ist es, „...für Deutschland innovative, umfassende und exzellente Gesundheitszentren zur Primär- und Langzeitversorgung in einer Region“ umzusetzen, um aus einer Hand eine bessere Behandlung und Betreuung vor allem von chronisch erkrankten Patienten zu ermöglichen.¹¹ Konkret bedeutet die Förderung, dass auch die Betreuungs- und Lotsenfunktion des Hausarztes gestärkt werden konnte. Hierzu wurden Nicht-ärztliche Praxisassistenten (NäPas) eingestellt, die vor allem Patientinnen und Patienten mit hohem Beratungs- und Betreuungsaufwand unterstützen und auch routinemäßige Hausbesuche durchführen sowie Folge- und Kontrolltermine organisieren. Daneben werden durch den Schulterchluss mit der Gemeinde und den Vereinen vor Ort regelmäßige Weiterbildungen zu den Themen Gesundheitsmanagement und Prävention angeboten.

Zur Übertragung geeignet

- Kommunale Akteure als Träger und Initiatoren von MVZs, die zu regionalen Gesundheitszentren entwickelt werden
- Einbindung von NÄPas zur Unterstützung ärztlicher Ressourcen
- Professionelle Unterstützung – wie im konkreten Fall durch die Ärztenossenschaft Nord e. G. – bei der Initiierung solcher Zentren

Hürden der Verstetigung

- Mangelnde Flexibilität und eingeschränkte rechtliche Möglichkeiten für Kommunen, selbst MVZs zu betreiben, z. B. als Eigenbetrieb, Anstalt öffentlichen Rechts oder GmbH
- Zu wenige Möglichkeiten zur Etablierung kooperativer Modelle, die z. B. hausärztliche, physiotherapeutische sowie pflegerische Leistungen verbinden

Faktoren des Gelingens

- Frühzeitige Ansprache betroffener Ärzte, die vor dem Renteneintritt stehen
- Enge Einbeziehung der Ärztenossenschaft Nord e. G. zur Bewältigung bürokratischer und administrativer Hürden
- Übernahme von Infrastrukturinvestitionen durch die Kommune
- Abstimmung der baulichen Maßnahmen an die Erfordernisse eines integrierten Versorgungszentrums (gemeinsame Anmeldung, angeschlossene Physiotherapie)

Ausblick und Übertragungspotenzial

Das Ärztezentrum Büsum wird zukünftig vor allem weiter an der Verzahnung mit anderen Akteuren wie Krankenhäusern und Pflegeeinrichtungen arbeiten. Durch die enge Einbettung in die Ärztenossenschaft Nord e.G. und durch die Sichtbarkeit aufgrund der Förderung der Robert Bosch Stiftung sind inzwischen auch andere Gemeinden der Region auf das Modell aufmerksam geworden. Heute finden sich bereits mehrere regionale Ärztezentren in Schleswig-Holstein. Zum Beispiel entstanden im Jahr 2021 in Bad Bramstedt und Brunsbüttel weitere kommunale Versorgungszentren.¹¹

Grundsätzlich zeigt der Büsumer Ansatz, wie kommunale Initiativen zur nachhaltigen Entwicklung der Versorgung vor Ort beitragen können. Verständlicherweise scheuen viele Gemeinden den administrativen Aufwand und die bürokratischen Hürden. Sind die Hürden jedoch erst einmal genommen, erhöht es die Versorgungssicherheit und steigert unmittelbar die Attraktivität der Regionen (auch für neue Ärzte). Strukturelle Lösungsansätze wie in Büsum zeigen dabei auch, dass professionelle Unterstützung, wie sie durch die Ärztenossenschaft Norde.G. erbracht wurde und wird, vital für den Aufbau, den Betrieb und die Weiterentwicklung kommunaler Gesundheitszentren ist.

**i**

Ein Medizinisches Versorgungszentrum (MVZ) ist eine Einrichtung im Gesundheitswesen, die eine gebündelte ambulante medizinische Versorgung in einem häufig interdisziplinären Team aus angestellten Ärzten, medizinischem Fachpersonal und weiteren Gesundheitsdienstleistern an einem zentralen Standort bereitstellt. Im Gegensatz zu Einzelpraxen, die in der Regel nur eine Fachrichtung abdecken, können im MVZ verschiedene medizinische Fachbereiche angeboten werden. Insbesondere in ländlichen Regionen mit begrenzter Anzahl an Arztsitzen spielen MVZs eine wichtige Rolle bei der Sicherstellung der ambulanten medizinischen Versorgung. Die enge Zusammenarbeit mit anderen Gesundheitseinrichtungen wie Krankenhäusern und Pflegeeinrichtungen trägt zur koordinierten und ganzheitlichen Betreuung der Patienten bei. Finanziert werden die medizinischen Leistungen im MVZ von den Krankenversicherungen und sie sind in der Regel nicht mit zusätzlichen Kosten für die Patienten verbunden.¹³

2

Ärztinnen Eutin-Malente e. V.

Grenzerfahrungen mit digitaler Kooperation und integrierten Behandlungspfaden



Das Ärztenetz Eutin-Malente e. V. (ÄNEM) wurde bundesweit als erstes Ärztenetz nach § 87b SGB V von der Kassenärztlichen Vereinigung Schleswig-Holstein (KVSH) im Oktober 2013 anerkannt. Initiiert durch die Ärzteschaft mit dem Ziel, die regionale Versorgung selbst in der Hand zu behalten, und unter Kooperation mit den ansässigen Kliniken zeigt sich das Ärztenetz bis heute als ein Pionier der integrierten digitalen Versorgung zur Überbrückung von Versorgungslücken in ländlichen Regionen. Das Netzwerk entstand weniger vor dem Hintergrund eines Versorgungsmangels als vielmehr mit dem Ziel, Ineffizienzen in der regionalen Patientenversorgung zu beheben. Seine erfolgreichen Netzwerkelemente haben Übertragungspotenzial auch für unterversorgte, überalterte Regionen. Durch seine Vorreiterrolle als anerkanntes Ärztenetz und die seither gesammelten Erfahrungen gewährt das ÄNEM wichtige Einblicke in die Möglichkeiten und aktuellen Grenzen der erfolgreichen Verstetigung eines regionalen Gesundheitsnetzwerks auch in einer Situation, in der sich bestehende Finanzierungsoptionen wandeln oder wegbrechen. Insbesondere die Vergütungssituation und die fehlende Refinanzierung von erfolgreichen Projekten treten als Hürden hervor.



Steckbrief

Gründung

2003 (Verein), 2013 (KV-Anerkennung)

Rechtsform

ÄNEM e. V., Gesundheitsnetz östliches Holstein Management GmbH als Managementgesellschaft

Status

Einzelne Elemente verstetigt

Schwerpunkt

Ambulante medizinische Versorgung

Gründungsmotivation

Zusammenschluss als Reaktion auf regionale

Entwicklungen (MVZ-Perspektive); Verbesserung der ambulanten medizinischen Versorgung in der Region; Intensivierung der Kooperation zwischen Hausarzt- und Facharztpraxen sowie Kliniken

Typ

Anerkanntes Praxisnetz durch KVSH gem. §87b SGB V

Beteiligung

Mitgliedsbeitrag im Verein

Abdeckung

42 Praxen und 64 Mitglieder, ca. 95% der niedergelassenen Ärzte sind Mitglieder des Netzwerkes

Rolle der Netzwerkorganisation

Fungiert aktuell eher als Interessenvertretung der Ärzteschaft in der Region

Prozesse

Gemeinsam abgestimmte Behandlungspfade für Depression und Wundversorgung (aber mittlerweile ausgelaufene Projektförderungen, nur teilweise weitergenutzte Pfadelemente)

IT-Strategie

Digitale Behandlungspfade und Dokumentensteuerung umgesetzt, aber letztlich zu wenig von der Ärzteschaft in der Praxis genutzt

Region

Die malerischen Städtchen Eutin, Malente und Ahrensböök befinden sich in der Holsteinischen Schweiz in Ostholstein, eingebettet zwischen verbundenen Seen und Mischwäldern, nur wenige Kilometer hinter der Ostseeküste der Lübecker Bucht. Die heimische Wirtschaft wird von klein- und mittelständischen Unternehmen getragen. Handwerk, Handel, Landwirtschaft und der Tourismus prägen neben der Gesundheitswirtschaft die Region, in der etwa 30.000 Menschen leben. Mit einem Durchschnittsalter von 48,8 Jahren und einem Altenquotient von 50,6 zählt Ostholstein heute schon zu den Regionen mit der ältesten Bevölkerung der Bundesrepublik.¹⁰

Hintergrund und regionale Problematik

Das Ärztenetz Eutin-Malente e.V. (ÄNEM) ist ein bereits seit dem Jahr 2003 als Verein existierender Zusammenschluss der niedergelassenen Ärzteschaft in der Region Eutin, Malente und Ahrensböök. Es umfasste zur Gründungszeit sämtliche niedergelassenen Ärzte der Region. Auch heute sind etwa 95 % der Ärzteschaft Mitglieder im ÄNEM. Das Netz sieht seine Aufgaben in der Interessenvertretung seiner Netzwerkmitglieder und in der Zusammenarbeit sowohl untereinander als auch mit Kliniken, Pflegeeinrichtungen

oder Selbsthilfegruppen in der Region. Übergeordnetes Ziel ist die Verbesserung der ambulanten medizinischen Versorgung, insbesondere durch eine intensive Kooperation zwischen Hausarzt- und Facharztpraxen sowie den ansässigen Kliniken.

Gründungsmotivation und Gründung

Anlass für die Gründung des Netzwerkes war der Wunsch nach einem Zusammenschluss der Ärzteschaft als Reaktion auf regionale Entwicklungen. Im Jahr 2010 sahen sich die Mediziner mit der potenziellen Perspektive des Aufkaufens von Hausarztpraxen durch eine örtliche Klinik konfrontiert, die ein eigenes MVZ errichten wollte. Dies veranlasste die niedergelassenen Ärzte, zu intervenieren, um sich eine selbstbestimmtere Zukunft für die Region zu schaffen. Daraufhin wurde die Gesundheitsnetz die Gesundheitsnetz östliches Holstein (GöH) Management GmbH gegründet. Ihre drei Gesellschafter sind der Förderverein Gesundheitsnetz östliches Holstein e.V. (u. a. bestehend aus Mitgliedern des ÄNEM), die SANA Kliniken Ostholstein GmbH (inzwischen AMEOS Klinik) sowie das Pflegenetz im östlichen Holstein e.V. (ein Zusammenschluss zugelassener ambulanter und stationärer Pflegeeinrichtungen). Durch diese Kooperation sollen die medizinischen und pflegerischen regionalen Leistungserbringer sowohl im ambulanten als auch im stationären Bereich in der Region gestärkt sowie eine effiziente und am gesundheitlichen Nutzen orientierte medizinische Versorgung auf- bzw. weiter ausgebaut werden.

Erfolgreiche Versorgungs- und Managementelemente

Die folgenden Versorgungs- und Managementelemente zeichnen die Arbeit im ÄNEM aus:

1. Festlegung gemeinsamer Behandlungspfade für zentrale Indikationen wie Depressionen und chronische Wunden, die stationäre, ambulante und pflegerische Versorgung umfassen. Im Projekt „Wundnetz östliches Holstein“ wurde die häufig unsystematische, unkoordinierte und mit der Verwendung teurer Wundauflagen einhergehende Behandlung bei betroffenen Patienten adressiert. Nach dem Vorbild anderer Wundnetze wurde ein gemeinsamer Dokumentationsstandard festgelegt. Ein digitaler Behandlungspfad, implementiert auf Basis aus dem Netzwerk heraus finanzierter und selbst angepasster Software, bildet den gesamten Verlauf ab und lässt die Einhaltung dokumentieren

und prüfen. Durch ein Case-Management werden die Pfad Einhaltung überwacht und kontrolliert sowie Beginn und Ende der Behandlung festgehalten. Zum aktuellen Zeitpunkt sind die Förderprojekte zur Umsetzung der Behandlungspfade ausgelaufen. Etablierte Elemente wie die Nutzung bestimmter Assessments in der Diagnose halten sich jedoch trotzdem in der Versorgungspraxis.

2. Zur Sicherung der ambulanten Versorgungsqualität im Netzwerk wird das Indikatorensystem „Qualität in Arztnetzen – Transparenz mit Routinedaten“ (QuATRo) der AOK genutzt. Erst kürzlich wurde dem ÄNEM erneut das „Prädikat Gold“ (die höchste Auszeichnung) für exzellente Qualitätsergebnisse verliehen (Stand: 08/2022). Etwa ein Viertel der behandelten Patienten im Netz ist bei der AOK versichert.
3. Über ein Chat-System können die teilnehmenden Praxen zuverlässig und ohne großen Aufwand den direkten „Kontakt von Tressen zu Tressen“ pflegen und so zum Beispiel zügig Termine für zu überweisende Patienten anfragen und vereinbaren.

Finanzierung

Das ÄNEM wurde von der KVSH nach § 87b SGB V als bundesweit erstes Ärztenetz im Oktober 2013 anerkannt. Damit ging die Netzförderung in Höhe von anfangs 100.000 Euro pro Jahr einher, worüber der Verein das Netzwerk organisieren konnte. Zusätzlich wird ein jährlicher Mitgliedsbeitrag erhoben. Das Ärztenetz wird von der GöH Management GmbH unterstützt. Diese hat zwei Geschäftsführer, aber kein fest angestelltes Personal. Die im Ärztenetz fest angestellte Geschäftsführung (in Teilzeit) übernimmt daher ebenso Aufgaben des Netzwerkmanagements. Das Ärztenetz ist im Austausch mit den regional ansässigen Kliniken, bspw. über sektorenübergreifend relevante Themen wie das Aufnahme- und Entlassmanagement oder zur Idee für eine gemeinsame elektronische Plattform zum Austausch von Einweisungs- und Entlassungsdokumenten. Es erhält weiterhin eine Finanzierung als anerkanntes Ärztenetz. Die vom Netzwerk getragenen Verträge nach § 140a SGB V sind inzwischen ausgelaufen und wurden nicht verlängert.

i

Ein Behandlungspfad (auch „Patientenpfad“ genannt) ist ein anerkanntes Instrument zur Beschreibung des idealtypischen Wegs eines bestimmten Patiententyps inklusive der Meilensteine im Versorgungsverlauf und der Aufgaben aller beteiligten Leistungserbringer im interdisziplinären Behandlungsteam eines Versorgungsnetzwerks. Behandlungspfade sollten evidenzbasiert, z. B. basierend auf den Empfehlungen medizinischer Leitlinien, entwickelt werden. Mit dem Einsatz von Behandlungspfaden werden insbesondere folgende Ziele verknüpft:

- Gemeinsam abgestimmte Behandlungsstandards als Grundlage für die Versorgung im Netzwerk
- Effiziente Nutzung von knappen Ressourcen und Vermeidung von redundanten Tätigkeiten im Behandlungsverlauf
- Umsetzung von Leitlinienempfehlungen in die Behandlungspraxis
- Verbesserung der Information, Kommunikation und Abstimmung im interdisziplinären Behandlungsteam und über Sektorengrenzen hinweg

Realität des Netzbetriebs

Das ÄNEM hat viele Fürsprecher gewonnen und durch eine solide Finanzierung eine digitale Infrastruktur aufgebaut. Einzelne Netzprojekte stellten sich jedoch als herausfordernd dar, sodass sie sich nicht langfristig tragen konnten. So wurde die Dokumentation in der extra bereitgestellten Dokumentationsplattform teilweise nicht oder nur mangelhaft geführt oder Regelungen, die im Behandlungspfad vorgesehen waren, wurden missinterpretiert oder nicht befolgt. So wurden Überweisungen, die von Hausärzten und Pflege erfolgen sollten, nicht nach dem vorgesehenen Schema des Behandlungspfades angeordnet. Das Scheitern wird von ärztlicher Seite mit dem angestiegenen bürokratischen Aufwand und einer ausgebliebenen Arbeitserleichterung begründet. Dazu kamen Bedenken, dass Kompetenzen abgegeben werden und so der Eindruck entstünde, man könne Patienten nicht selbst adäquat versorgen. Quintessenz der unzureichenden Nutzung war letztlich der Rückgang der Finanzierung für die vom Netzwerk entwickelten Pfade. Dr. Thomas Schang, einer der Gründer



„Wir brauchen einen Perspektivenwechsel im Gesundheitssystem: von Quantität hin zu gemeinsam erbrachter Netzwerkqualität.“

Thomas Schang,
Gründer des ÄNEM

Zur Übertragung geeignet

- Technologische Infrastruktur für abgestimmte Behandlungspfade und Dokumentenaustausch
- Erfolgreiche Projekte wie Spezialisierte ambulante Palliativversorgung (SAPV), Wundnetz östliches Holstein
- Praxis-Chat-System als niedrigschwelliges Kommunikationsmittel zwischen den Praxen

Hürden der Verstetigung

- Unwille zur Pfadumsetzung, geringe Kooperationsbereitschaft im Netzwerk
- Keine Bereitschaft der Kassen für Verträge nach § 140a SGB V trotz positiver Evaluation
- Einigung in einem großen Verbund auf gemeinsame Standards und deren Einhaltung
- Angst vor „scheinbarem Verlust der Professionalität“, wenn Kompetenzen durch Delegation abgegeben werden

Faktoren des Gelingens

- Interdisziplinäre Vernetzung und regionale Kooperation zwischen niedergelassenen Ärzten, Kliniken und Pflegeeinrichtungen
- Einigung auf gemeinsame Behandlungspfade und Verantwortlichkeiten
- Kontinuierliches, systematisches Qualitätsmanagement zur Qualitätsüberwachung und -verbesserung



des Netzwerks, führt hierfür einen im Gesundheitssystem liegenden Grund an: Es finde aktuell „ein Wettbewerb um Leistungsmengen zwischen dem stationären und ambulanten Bereich statt“, gleichzeitig „[...] gibt es keine Bereitschaft, die eigene Routine zu ändern und auf Augenhöhe zu kooperieren“. Er unterstreicht zudem, „dass es einen Paradigmenwechsel im Gesundheitssystem geben muss“ und „dass der Weg von Quantität hin zu gemeinsam erbrachter Netzwerkqualität geht“.

Weiterentwicklung und Perspektiven

Aktuell befindet sich das ÄNEM in einer Umbruchs- und Aufbruchphase, die vor allem im Generationenwechsel in der Ärzteschaft und in den aktuellen regionalen Entwicklungen begründet liegt. Vordergründig besteht die Absicht, ein MVZ zu gründen und damit insbesondere für eine sichere regionale Gesundheitsversorgung in der Zukunft

vorzusorgen. Zwar zeigt sich in der Region Eutin im hausärztlichen und fachärztlichen Bereich bisher keine Versorgungsnot, jedoch besteht die Sorge, dass Facharztsitze an Kliniken oder Investoren abwandern könnten. Besonders für ältere und wenig mobile Patienten würde dies die Versorgungslage verschlechtern. Dass die fachärztliche Behandlung in den ansässigen Kliniken zwar eine kurzfristige Versorgung, aber keine langfristige, umfassende Betreuung von chronisch erkrankten Patienten sicherstellen kann, hat letztlich viele Zweifler im ÄNEM von der Gründung eines eigenen MVZ überzeugt. Das MVZ soll als Genossenschaft gegründet werden und als Struktur zur Weiterentwicklung der Versorgungsangebote in der Region dienen. Neben ärztlichen Leistungen sind weitere Gesundheitsdienstleistungen wie Ernährungsberatung, Wundmanagement oder Diabeteskurse geplant.

3

HaffNet, das Ärztenetz am Stettiner Haff

Teamarbeit, Innovationskraft und Nachwuchsförderung ziehen Ärztinnen und Ärzte aufs Land



Das HaffNet ist ein regionales Ärztenetz in Mecklenburg-Vorpommern, welches gegründet wurde, um der ärztlichen Unterversorgung in der Region zu begegnen und die vorhandenen Ressourcen besser zu nutzen. Es wurde als Beispiel ausgewählt, weil es aufzeigt, wie sich dank des persönlichen Engagements Einzelner sowie einer gezielten Koordinierung der Versorgung auf Basis von Behandlungspfaden ein erfolgreiches, regionales Praxisnetz von Haus- und Fachärzten etablieren lässt – in diesem Fall mit einer solchen Strahlkraft, dass es zum attraktivitätssteigernden Magneten der Region selbst wurde.



Steckbrief

Gründung

2001 (GbR), 2005
(Management GmbH)

Rechtsform

HaffNet GbR & HaffNet
Management GmbH

Status

Verstetigt, tragfähiges
Geschäftsmodell

Schwerpunkt

Ambulante medizinische
Versorgung

Gründungsmotivation

Sicherung und Verbesserung
der medizinischen Versorgung
im ländlichen Raum in der
Versorgungsregion, bessere
Arbeits(ver)teilung unter den

ärztlichen Leistungserbrin-
gern und effiziente Einbin-
dung aller regionalen
medizinischen und pflegeri-
schen Leistungserbringer

Typ

Durch KBV anerkanntes
Praxisnetz gem. § 87 SGB V,
Vollversorgungsnetz basierend
auf Verträgen nach § 140a SGB V
sowie SAPV nach § 37b SGB V

Beteiligung

Mitgliedsbeiträge

Abdeckung

64 Haus- und Fachärzte,
15 nicht ärztliche Mitglieder
(Stand 07/2023), Kooperatio-
nen mit Pflegediensten und
stationären Einrichtungen

Rolle der Netzwerkorganisation

Koordinierung der Verbund-
leistungen, Strukturierung der
Zusammenarbeit, Vertragsab-
stimmung mit Kostenträgern,
strategische Weiterentwick-
lung der Netzwerkangebote

Prozesse

Strukturierung der Versorgung
im Netzwerk über Behand-
lungspfade für häufige, insb.
chronische Krankheitsbilder

IT-Strategie

Bisher keine einheitliche IT-
Infrastruktur (freie Wahl des
Praxisverwaltungssystem-
Anbieters, PVS), aber einzelne
Digitalisierungs-Pilotprojekte

Region

Das HaffNet hat seinen Namen vom Stettiner Haff, dem Binnengewässer kurz vor den Ostseeinseln Usedom und Wollin. Es liegt im äußersten Nordosten Mecklenburg-Vorpommerns an der polnischen Grenze im Mündungsbereich der Oder, der Peene und der Uecker. Das Seebad Ueckermünde bildet das touristische Zentrum und ist an der Südseite des Haffs gelegen. Die Region ist stark land- und forstwirtschaftlich geprägt: Biobauernhöfe, Kleingewerbe und touristische Angebote machen die dünn besiedelte Region attraktiv für Besucher und Einwohner. Das Durchschnittsalter liegt bei 47,7 Jahren, der Altenquotient bei 47,3.¹⁰

Gründungsmotivation

Das HaffNet ist ein freiwilliger Zusammenschluss von hausärztlichen und fachärztlichen Praxen in der Region Vorpommern-Greifswald. Es wurde im Jahr 2001 von 17 Haus- und Fachärzten sowie einem Gründer mit kaufmännischem Hintergrund als Gesellschaft bürgerlichen Rechts (GbR) gegründet. Fünf von ihnen bilden den Vorstand des Ärztenetzes. Die Gründungsinitiative entwickelte sich aus einem gut organisierten Stammtisch der Gründungsmitglieder heraus und war durch das gemeinsame Ziel motiviert, die medizinische Versorgung

im ländlichen Raum der Versorgungsregion durch eine bessere Arbeits(ver)teilung unter den ärztlichen Leistungserbringern und durch eine effiziente Einbindung aller regionalen medizinischen und pflegerischen Leistungserbringer zu verbessern. Der nicht monetäre und vorrangige Anreiz, die Versorgung so zu organisieren und zu verteilen, dass es für die beteiligten Ärzte mit einem spürbaren Gewinn an Lebens- und Arbeitsqualität, insb. in Form von gewonnener Zeit, einhergeht, stand dabei im Vordergrund.

Managementgesellschaft und Geschäftsführung

Im Jahr 2005 wurde aufgrund des Wunsches einer verbindlicheren Strukturierung der Leistungsflüsse und zur Ermöglichung von Vertragspartnerschaften, insbesondere mit Kostenträgern und anderen Beteiligten im Gesundheitswesen, die HaffNet Management GmbH von 16 Mitgliedern des Ärztenetzes gegründet. Zwischen HaffNet GbR und HaffNet Management GmbH besteht ein Geschäftsbesorgungsvertrag, in welchem die gegenseitigen Rechte und Pflichten festgeschrieben sind und insb. das Management der Versorgungsverträge an die Managementgesellschaft delegiert wird. Die Aufgaben der Management GmbH gliedern sich heute in die Bereiche hausärztliche und fachärztliche Versorgung – besetzt durch einen ärztlichen Geschäftsführer – sowie Versorgungsmanagement und kaufmännische Leitung, die ebenso durch je einen Geschäftsführer bzw. eine Geschäftsführerin vertreten sind. Die Geschäftsführung wird von drei Assistentinnen unterstützt. Darüber hinaus beschäftigt die HaffNet Management GmbH zwei Care-Koordinatoren und einen Arzt für die Spezialisierte ambulante Palliativversorgung (SAPV).



Care-Koordinatorinnen, wie hier Jennifer R., unterstützen Demenzkranke und ihre Angehörigen in der Häuslichkeit.

Netzwerkmitglieder und Versorgungsabdeckung

Das oberste Organ des Netzwerkes ist die Netzkonferenz, sodass die Entscheidungs- und Beschlusskraft (bei einfacher Mehrheit) stets bei den Mitgliedern des Ärztenetzes liegt. Heute ist der Großteil der Ärzte in der Region im Netzwerk organisiert. Die reale Versorgungsabdeckung durch Netzwerkleistungen erreicht eine noch höhere Relevanz, weil auch Ärztinnen und Ärzte, die nicht Mitglieder des HaffNets sind, ganz eng in den Versorgungsablauf der Patientinnen und Patienten mit einbezogen werden. Der Verbund ist damit offen für Nichtmitglieder. Perspektivisch möchte das HaffNet diese Ärztinnen und Ärzte ebenfalls als Mitglieder des Netzwerkes gewinnen.

Akzeptanz und Vertrauen durch das Netzwerkmanagement

Das Management „von innen heraus“ unter Beteiligung kaufmännischer Mitarbeiter ohne ärztlichen Hintergrund wird vom Netzwerk selbst als essenzieller Erfolgsfaktor benannt, da es – im Vergleich zu ausschließlich ärztlichem oder extern eingekauftem Management – zu einer besseren Akzeptanz und mehr Vertrauen bei den Mitgliedern des Ärztenetzes führte. Darüber hinaus kam diese Art der kostengünstigen Netzwerkführung den begrenzten finanziellen Möglichkeiten des Ärztenetzes nach dessen Gründung stark entgegen.

Startfinanzierung durch „Herzblut“ und Engagement

Die ersten Jahre nach der Gründung war das HaffNet auf das hohe persönliche Engagement und „Herzblut“ der Geschäftsführer angewiesen. Deren Arbeit war ideell motiviert und erfuhr kaum unmittelbaren finanziellen Ausgleich. Über den erhobenen Mitgliedsbeitrag in Höhe von zu Beginn 100 Euro jährlich (mittlerweile 150 Euro) konnte der Finanzbedarf bei Weitem nicht gedeckt werden. Diese finanzielle Hürde der Verstetigung konnte das HaffNet durch den Abschluss von Verträgen nach § 140a SGBV zu dedizierten Indikationen (z. B. zur Behandlung chronischer Wunden, zur interdisziplinären und fachübergreifenden Zusammenarbeit sowie zur SAPV) und Patientengruppen meistern. Darüber hinaus wurde die Industrie bei der Durchführung von Netzwerkkonferenzen und öffentlichen Veranstaltungen durch Sponsorenverträge (z. B. regionale Sanitätshäuser, Krankenkassen und Pharmaunternehmen) mit eingebunden. Durch diese Finanzmittel konnte die Netzarbeit aktiviert und in den ersten Jahren nach der Gründung kontinuierlich am Laufen gehalten werden. Den Durchbruch (im Sinne einer substantiellen Verste-

tigung des Netzwerkes) erreichte das HaffNet mit der Entscheidung, Vertragspartner aller gesetzlichen Krankenkassen in Mecklenburg-Vorpommern hinsichtlich der SAPV gemäß § 37b SGB V zu werden. Auf diese Weise konnte das Netzwerk wachsen und die Hausärzte durch das Fachkräfteteam in der häuslichen Palliativversorgung massiv entlasten. Der gängige Weg der Finanzierung von Infrastrukturen, der Investitionen und neuer Versorgungsformen sind seither deren Initialisierung über Projekte (z. B. Innovationsfondsprojekte, gefördert vom Gemeinsamen Bundesausschuss) sowie die anschließende Refinanzierung und Überführung in Verträge mit den Krankenversicherungen.

Besondere Rolle der Kassenärztlichen Vereinigung

Das HaffNet hatte stets einen starken regionalen Unterstützer an seiner Seite, mit dem es seine Vorhaben abstimmt – die Kassenärztliche Vereinigung Mecklenburg-Vorpommern (KVMV). So wurden beispielsweise die vertraglichen Vereinbarungen mit den Kostenträgern zur SAPV über die KVMV getätigt. Auch in anderen Verhandlungen mit den Krankenkassen sowie bei Fragen des Berufsrechts unterstützte die Kassenärztliche Vereinigung des Landes substantiell. Dies ersparte die Suche und Finanzierung von Rechtsberatung bei den Verhandlungen zahlreicher Verträge. Die Unterstützung durch die KVMV wird auch heute noch als ein wichtiger Beitrag, der kaum monetär aufgewogen werden kann, von der Geschäftsführung der HaffNet Management GmbH betont.

Erfolgreiche Elemente der Netzwerkversorgung

Im Zuge seiner Verstetigung wurden im Ärztenetz unter anderem folgende Maßnahmen etabliert, die über die klassischen Elemente der Regelversorgung hinausgehen und zum Netzwerkerfolg essenziell beitragen:

1. Systematische Entwicklung von Behandlungspfaden zur Definition und Beschreibung der gewünschten Abläufe und Überleitungspunkte zwischen hausärztlicher, fachärztlicher und stationärer Versorgung für häufige Patiententypen (insb. mit chronischen Erkrankungen) sowie zur besseren Strukturierung der regionalen Versorgung und Zusammenarbeit der Beteiligten unter gezielter Ansprache und Einbeziehung der notwendigen Akteure (Haus- und Fachärzte sowie Kliniken) zur Mitwirkung im Netzwerk. Dabei gilt die Maxime „ambulant vor stationär“.

Bei der Entwicklung bezieht das Netzwerk auch Partner des Uniklinikums Greifswald ein, um die Pfade möglichst leitlinienkonform zu gestalten. Prinzipiell unterscheiden die Behandelnden des HaffNets nicht nach Versichertenzugehörigkeit, da man sich unabhängig von den IV-Verträgen mit einzelnen Kassen auf die Behandlungspfade einigen konnte. Dennoch werden die Behandlungspfade auch mit den beteiligten Kassen abgestimmt. Die Behandlungspfade werden vom Netzwerk selbst als zentrales Element des Netzwerkerfolgs benannt.

2. Einbindung der großen Pflegedienste der Region als Kooperationspartner des Netzwerkes, z. B. durch § 140a SGB V über die Behandlung von Versicherten mit chronischen Wunden in einer spezialisierten Wundpraxis. In Zuge dessen wurden 48 Pflegekräfte aus Praxen und Pflegediensten zu zertifizierten Wundexperten (Initiative Chronische Wunden e.V., ICW) ausgebildet, die vom Netzwerk in Wundpraxen eingesetzt werden.
3. Einsatz von Telemedizin in Form telemedizinischer Konsile in der Dermatologie. Da es sich abzeichnet, dass die Stellen der bisher ansässigen Dermatologen in der Region nicht nachbesetzt werden können, werden Hausärzte und Gynäkologen in die Lage versetzt, die Ergebnisse eines bildgebenden Verfahrens an die Experten der Dermatologie der Universität Greifswald zu senden.

Von dort gibt es binnen weniger Tage die Therapieempfehlung zurück. Bei Bedarf kann eine schnelle Überweisung in die Hochschulambulanz veranlasst werden. Die Finanzierung dieses Projektes während der initialen Phase im ersten Jahr übernimmt das HaffNet selbst.

Weitere Bestrebungen zur digitalen Vernetzung

Das HaffNet nimmt auch die elektronische Vernetzung seiner Mitglieder in den Fokus. Es war beispielsweise Pilotregion für das AOK-Gesundheitsnetzwerk – ein Projekt, das gemeinsam von HaffNet, der AOK Nordost, der KVMV und AMEOS durchgeführt wurde. Im Fokus des Projektes stand das Testen einer elektronischen Patientenakte im sektorenübergreifenden Versorgungsgeschehen. Dies umfasste den Dokumentenaustausch zwischen Kliniken und niedergelassenen Ärzten im Zuge des Aufnahme- und Entlassmanagements sowie einen digitalen Medikationsplan. Das Digitalisierungsprojekt blieb jedoch, infolge des Votums des Gesundheitsministeriums des Landes Mecklenburg-Vorpommern für die Nutzung eines anderen Systems, im Pilotstatus und wurde in der Praxis nicht verstetigt, da die Einführung der bundeseinheitlichen elektronischen Patientenakte bereits in Aussicht stand.

Zur Übertragung geeignet

- Definition von Behandlungspfaden zur besseren Zusammenarbeit von Ärzten und Kliniken
- Kooperation mit regionalen Einrichtungen wie Pflegediensten
- Trennung von Ärztenetz (GbR) und Managementgesellschaft (GmbH). Zwischen beiden besteht ein Geschäftsbesorgungsvertrag.
- Mischung aus medizinischer und kaufmännischer Qualifikation auf Führungsebene fördert Akzeptanz.

Hürden der Verstetigung

- Finanzielle Tragfähigkeit lange nicht gegeben („Pro-bono-Arbeit“ durch den Vorstand in den ersten Jahren)

Faktoren des Gelingens

- Kontinuierlich hohes Engagement von Vorstand und Management-GmbH
- Spürbare Entlastung und Synergien durch Netzwerkleistung für Mitglieder
- KVMV als unterstützender Kooperationspartner
- Attraktivität des Netzwerkes mit Sogwirkung für die Region und das Netzwerk selbst



Früh gebunden: Studierende bleiben nach der Facharzt-ausbildung in der Region und arbeiten im Netzwerk.

Ein Prinzip des HaffNets ist es, nicht in die Praxishoheit seiner Mitglieder einzugreifen. Somit besteht für jeden Arzt weiterhin freie Wahl hinsichtlich des eigenen Praxisverwaltungssystems. Für eine bessere digitale Vernetzung zwischen seinen Mitgliedern und den Patienten setzt das HaffNet daher auf die bundesweite elektronische Patientenakte sowie die Telematikinfrastruktur.

Stellenbesetzung und Nachwuchsgewinnung

Die Netzwerkaktivitäten und -erfolge halten nicht nur bestehende Haus- und Fachärzte in der Region, sondern sind auch ausschlaggebender Anreiz für neue Ärztinnen und Ärzte, sich im ländlichen Raum niederzulassen. Die Nachwuchsgewinnung nimmt dabei für das HaffNet eine wichtige Stellung ein. Es unterstützt beispielsweise ausgewählte Medizinstudenten an der Universität Greifswald mit 400 Euro pro Monat im Physikum in der Regelstudienzeit, wenn diese sich bereit erklären, nach ihrer Facharztausbildung in der Versorgung in der Region tätig zu bleiben und im Netzwerk zu arbeiten. Neue Kolleginnen und Kollegen werden von Anfang an in die Verbundstruktur des HaffNets integriert. Ausgehend von der initialen Zielstellung, mit der ärztlichen Unterversorgung in der Region umzugehen und bestehende Ressourcen besser zu nutzen, hat das HaffNet im Laufe der Zeit eine Sogwirkung entwickelt, sodass zum aktuellen Zeitpunkt der geplante Bedarf durch verfügbare ärztliche Stellen gedeckt ist. Konkret war die Region in den Jahren 2014 und 2015 unterversorgt. Inzwischen konnte durch die Neubesetzung von 5 Hausarztsitzen sowie 4 Facharztsitzen dieser Mangel gedämpft werden. Dabei helfen auch Kooperationen mit

der Landesärztekammer, der KVMV und dem regionalen Krankenhausverbund, mit denen gemeinsam ein Vertrag zur Verbundweiterbildung geschlossen wurde.

Erfolgsfaktoren und Blick in die Zukunft

Generell braucht es zur Erreichung der Netzwerkziele laut Aussagen des Vorstandes „einen harten Kern, der treibt“, sowie ein Team, das der Dreh- und Angelpunkt aller Aktivitäten ist und einen Dienstleistungsgedanken verinnerlicht hat. In diesem Zusammenhang eher zurückhaltend agierende Netzwerkmitglieder lassen sich – entsprechend den Erfahrungen des HaffNets – am besten über projektbezogene Arbeit wie in Innovationsfondsprojekten aktivieren, die den Ärzten einen unmittelbaren Mehrwert bieten, sie im besten Fall zeitlich und vor allem bei administrativen Tätigkeiten entlasten. Durch strategische Partnerschaften und die Generierung eines spürbaren Mehrwertes für die Mitglieder hat sich das HaffNet über die Jahre zu einem Magneten mit hoher Anziehungskraft für die Region entwickelt. Das HaffNet übernimmt damit eine aktive Rolle in der Sicherstellung der regionalen Versorgung im ländlichen Raum. So wurde es zum Beispiel mit dem „Johannes-Stelling-Preis 2022“ für das Engagement im Rahmen der Impfkampagnen im Versorgungsgebiet ausgezeichnet. Der Fokus zukünftiger Entwicklungen des Netzwerkes wird auf einer engeren Verzahnung ambulanter und stationärer Versorgung (aktuell zum Beispiel im Bereich Pädiatrie) sowie dem Ausbau von Telemedizinlösungen liegen. Beispielsweise ist eine Übertragung der telemedizinischen Lösung in der Dermatologie auch auf andere Bereiche wie die Radiologie denkbar.

4

prosper/proGesund – Modell der Knappschaft

Managed Care mit regionaler Verankerung im Ruhrpott

prosper | pro GESUND

Die prosper/proGesund-Gesundheitsnetze sind ein deutschlandweit einzigartiges Erfolgsmodell, in welchem die KNAPPSCHAFT als gesetzliche Krankenversicherung die Verbesserung der regionalen Versorgung ihrer Patientinnen und Patienten in acht Regionen Deutschlands selbst in die Hand genommen hat – und das bereits seit dem Jahr 1999. Die Motivation zur Gründung der prosper/proGesund-Netze resultierte aus den Bedarfen der Knappschaftsversicherten, die aus Beschäftigten im klassischen Bergbau und deren Familien bestand. Angesichts des hohen Durchschnittsalters, der hohen Krankheitslast, erhöhter Morbiditätsraten sowie Pflegebedürftigkeit unter ihren Versicherten sah sich die KNAPPSCHAFT mit der Notwendigkeit konfrontiert, frühzeitig neue Wege zu gehen. Die prosper/proGesund-Netze zielen auf eine ressourcenschonende, intersektorale Versorgung zwischen Haus- und Fachärzten, Krankenhäusern und Rehabilitationseinrichtungen ab. Damit soll ein wirtschaftlicher Umgang mit der gegebenen Krankheitslast der Knappschaftsversicherten in den jeweiligen Regionen erreicht und die Versorgung effizienter gestaltet werden. Prävention wird auf verschiedene Weise systematisch im ärztlichen Handeln verankert.



Steckbrief

Gründung

1999 (erstes prosper-Netz in Bottrop)

Rechtsform

Grundlage und Betrieb der Netze durch die KNAPPSCHAFT

Status

Verstetigt, acht Netze bundesweit

Schwerpunkt

Populationsbezogene integrierte Versorgung

Gründungsmotivation

Ungünstige Morbiditäts- und Kostenentwicklung unter Versicherten Mitte der 1990er-Jahre, da die KNAPPSCHAFT eine geschlossene,

berufsständische Versicherung des klassischen Bergbaus war (Versicherte mit hohem Durchschnittsalter, vielen Erkrankungen, erhöhter Sterberate)

Typ

Modellnetze nach § 140a-d SGB V (da Gründung aller Netze bis 2015)

Abdeckung

Jeweils circa 1.000 niedergelassene Haus- und Fachärzte, 20 Netzkrankenhäuser bzw. Beteiligungsgesellschaften, 2 Rehakliniken (über die 8 Netze hinweg)

Rolle der Netzwerkorganisation

Hohe regionale Autonomie jedes einzelnen Netzes, KNAPPSCHAFT als Managed-Care-Organisation, Steuerung der sektorenübergreifenden Versorgung über Anreizsysteme

Prozesse

Disease-Management-Programme, klare Rollen und Zuständigkeiten der Akteure im Netz

IT-Strategie

Keine netzweite IT-Strategie, keine sektorenübergreifende digitale Vernetzung

Region

Eng verzweigt mit dem Steinkohlebergbau, ist das nördliche Ruhrgebiet die geografische Kernregion der KNAPPSCHAFT. Jahrzehntlang hatte der Bergbau die Wirtschaft vorangetrieben. An vielen Orten gab es Zechen, die mittlerweile alle geschlossen sind. Mit dem Strukturwandel verlor die Montanindustrie an Bedeutung. Heute gelten Teile des mit ca. 1.200 Einwohnern pro km² dicht besiedelten Ruhrgebiets als strukturschwach. Hinzu kommt eine schlechte Finanzlage von Städten wie Gelsenkirchen, Recklinghausen oder Bottrop, die Spielräume extrem einschränkt. Im Unterschied zu anderen Regionen ist das Ruhrgebiet jung: Das Durchschnittsalter in Gelsenkirchen liegt bei 43,3 Jahren, der Altenquotient bei 35,4. Die entsprechenden Werte für Bottrop liegen bei 45,5 bzw. 39,5.¹⁰



Die KNAPPSCHAFT nimmt in der GKV-Landschaft eine Sonderrolle ein und kann als Vorreiter erfolgreicher Managed-Care-Organisationen in Deutschland bezeichnet werden. Die Grundlage bildet das knappschaftliche Verbundsystem: Über eigene Kliniken und Ärztenetze (Knappschafts-krankenhäuser bzw. Beteiligungsgesellschaften, Reha-Kliniken, sozialmedizinischer Dienst, Knappschaftsarztssystem) tritt sie sowohl als Anbieter und Abrechnungsstelle für die dort erbrachten medizinischen Leistungen auf als auch als Kostenträger für ihre Versicherten. Neben der Kranken- und Pflegeversicherung gehört auch die Rentenversicherung zur KNAPPSCHAFT. Außerdem macht sich die Sonderrolle positiv in der Vergütung der ambulanten Arztleistungen bemerkbar. Darüber hinaus übernimmt das Knappschaftsarztssystem die Funktion der Kassenärztlichen Vereinigung.

Hintergrund und Gründungsmotivation

Die KNAPPSCHAFT kann als ältester Versicherungsträger Deutschlands bezeichnet werden, mit Wurzeln, die bis ins Mittelalter zurückreichen. In der geschlossenen Krankenversicherung wurden bis zu ihrer Öffnung für alle gesetzlichen Krankenversicherten im Jahr 2007 ausschließlich Beschäftigte des Bergbaus, deren Familienangehörige sowie Knappschaftsangestellte versichert. Aufgrund der unfallträchtigen Tätigkeit im Bergbau übernahmen spezielle Knappschaftsärzte – neben ihren ärztlichen Tätigkeiten in einer Kassenärztlichen Vereinigung – zusätzlich besondere Verpflichtungen wie zum Beispiel die Bereitschaft, bei Grubenunglücken vor Ort zu helfen und unter Tage Verletzte zu versorgen. Neben der hohen Unfallquote zeichnete sich der Versichertenbestand aufgrund der Arbeit im Bergbau weiterhin durch häufig erkrankte, multimorbide männliche Patienten aus. Der durchschnittliche Versicherte war 10 Jahre älter als bei anderen gesetzlichen Krankenkassen. Noch heute sieht sich die KNAPPSCHAFT den Herausforderungen von dreimal mehr Pflegebedürftigen und einer etwa doppelt so hohen Sterblichkeitsrate ihrer Versicherten gegenüber, wengleich der Versichertenanteil von Männern und Frauen mittlerweile fast paritätisch verteilt ist. Infolge dieser Herausforderungen sah sich die KNAPPSCHAFT früher als andere Versicherungsträger gezwungen, neue Wege der Versorgung zu beschreiten.

Gründung und Status quo

Das erste prosper-Netz wurde bereits im Jahr 1999 in Bottrop gegründet – kurz vor der gesetzlichen Verankerung der Integrierten Versorgung mit der Gesundheitsreform im Jahr 2000. Mittlerweile existieren acht prosper/proGesund-Vollversorgungsnetze, in denen sich aktuell rund 2.000 niedergelassene Haus- und Fachärzte sowie die Ärzte der 20 Netzkrankenhäuser für eine wirtschaftliche, ressourcenschonende und qualitativ hochwertige Gesundheitsversorgung von etwa 230.000 teilnehmenden Knappschaftsversicherten – bei circa 1,4 Millionen Versicherten insgesamt – engagieren. Bei den Netzkrankenhäusern handelt es sich größtenteils um ehemals knappschaftseigene Einrichtungen, die mittlerweile in Krankenhaus-Beteiligungsgesellschaften umgewandelt wurden und an denen die KNAPPSCHAFT Anteile zwischen 50% und 100% innehat. Die prosper/proGesund-Netze sind regional klar abgegrenzte Vollversorgungsnetze auf vertraglicher Grundlage des § 140a-d SGB V in seiner damals geltenden Fassung, da alle Netze vor dem Jahr 2015 gegründet wurden.

Ausschlaggebend für die Netzgründung ist jeweils eine möglichst hohe Anzahl an Versicherten der KNAPPSCHAFT in einer Region. Das erste, in Bottrop gegründete, prosper-Netz wurde aus dem Kreis der regional ansässigen Knappschaftsärzte heraus gegründet, die selbst bereits regelmäßig in Stammtischen und Qualitätszirkeln mit Blick auf die Verbesserung der Versorgung in der Region zusammenkamen. Damit umfasst das prosper-Netz Bottrop exklusiv Knappschaftsärzte, was die ersten Schritte der Netzgründung, -testung und des Netzmanagements vereinfachte. Nachfolgend gegründete prosper/proGesund-Netze umfassen neben Knappschaftsärzten auch Ärzte der Kassenärztlichen Vereinigungen. Mit der Gründung des prosper-Netzes in der Lausitz entstand weiterhin ein Netz, das vier Krankenhäuser ohne Beteiligung der KNAPPSCHAFT sowie ausschließlich Ärzte, die mit der Kassenärztlichen Vereinigung Brandenburg abrechnen, umfasst. Dies resultiert daraus, dass in den neuen Bundesländern kein Knappschaftsarztssystem existierte, auf das zurückgegriffen werden konnte.

Vergütung, Netzfinanzierung und Erfolgsbeteiligung

Die Knappschaftsärzte rechnen die Leistungen an Knappschaftspatienten direkt mit der KNAPPSCHAFT ab. Damit erhalten sie ein zusätzliches Budget neben dem Budget der Gesetzlichen Krankenversicherung, über welches sie alle gesetzlich versicherten (GKV-)Patienten abrechnen. Dies ist ein gut funktionierendes monetäres Anreizsystem für die Ärzteschaft. Darüber hinaus werden alle Netzärzte, also Knappschaftsärzte und Ärzte der KV, durch ein effizienzorientiertes Anreizsystem am Netzerfolg beteiligt. Der Netzerfolg für eine Netzpopulation wird auf Basis der eingesparten Kosten für die Netzversicherten einer Region zu einer in Alters- und Morbiditätsstruktur übereinstimmenden, also risikogleichen Referenzgruppe von nicht im Netz eingeschriebenen Versicherten aus einer vergleichbaren Region ermittelt. Auch wenn der Netzerfolg jährlichen Schwankungen unterliegt, verursachen prosper/proGesund-Versicherte nachweislich geringere Kosten im Vergleich zur Regelversorgung – die Einsparungen liegen zwischen 70 und 165 Euro je Versicherten. Damit sparen die prosper/proGesund-Netze gemeinsam jährlich zwischen 25 und 40 Millionen Euro an Leistungsausgaben ein. Hieran partizipieren die Netzteilnehmer spürbar, denn sie werden über eine aufwandsbasierte Erfolgsausschüttung an diesen Einsparungen beteiligt.



Woher kommt der Name prosper/proGesund?

„Prosperieren“, d. h. sich günstig entwickeln, gut gedeihen, gut vorankommen – genau das wollten die Knappschaftsnetze erreichen. Außerdem war in Bottrop – der Region des ersten prosper-Netzes – bis zum 21.12.2018 das Bergwerk Prosper-Haniel aktiv und damit ebenso verantwortlich für die Namensgebung. Mittlerweile heißt das System der Knappschaftsnetze prosper/proGesund, um insbesondere in der Region Recklinghausen die Namensrechte des Prosper-Hospital Recklinghausen, das selbst keine Krankenhaus-Beteiligungsgesellschaft der KNAPPSCHAFT ist, nicht zu verletzen.

Kennzahlenbasierte Performance-Messung

Die Performance der teilnehmenden Haus- und Fachärzte wird anhand klar definierter Kennzahlen gemessen. Dazu werden vier Bereiche betrachtet, die mit unterschiedlicher Gewichtung in die Berechnung der Gesamtleistung einfließen:

- Anzahl behandelter Knappschaftsversicherter (zu 25%)
- Krankenhauseinweisungen (zu 40%), unter Betrachtung der Anzahl entstandener Krankenhausfälle, gleich verteilt auf alle an einem Fall beteiligten Ärzte und unter Berücksichtigung der Zuweisung zu Netzkrankenhäusern (sofern notwendige Fachkompetenz vorhanden ist) oder Nichtnetzkrankenhäusern
- Volumen der Medikationsverordnungen (zu 25%), als morbiditätsgewichtete Medikationskosten
- Netztreue (zu 10%), für die regelmäßige Teilnahme von Praxen an Netzkonferenzen (mindestens zwei pro Jahr)

Jene Praxen, die auf eine kostenbewusste Verordnung von Medikamenten und auf medizinisch erforderliche Krankenhauseinweisungen von Patienten achten, erhalten eine Erfolgsbeteiligung. Da Krankenhausfälle für die KNAPPSCHAFT weiterhin um die 40% aller Ausgaben

Zur Übertragung geeignet

- Krankenversicherung als Initiator und Träger neuer regionaler Versorgungslösungen im Netzverbund
- Ressourcenschonung und Effizienzsteigerung durch Maxime „ambulant vor stationär“
- Kennzahlenbasierte Performance- und Qualitätsbewertung und Prämienausschüttung
- Direkte Patientenbeteiligung

Hürden der Verstetigung

- Mangelnde Akzeptanz einiger regionaler Akteure (auch in der Ärzteschaft)
- Zuschnitt und Begrenzung auf Versicherte der KNAPPSCHAFT

Faktoren des Gelingens

- Traditionelles knappschaftliches Verbundsystem als Grundlage für die Entwicklung der prosper/proGesund-Netze
- Regionen mit hoher Anzahl an Knappschaftspatienten
- Hohe regionale Autonomie der einzelnen Netze
- Erfolgreiches monetäres Anreizsystem für die Netzarbeit der Ärzteschaft (extrabudgetäre Vergütung)

verursachen, schlagen sich diese auch als wichtigste Stellschraube in der Performanceberechnung nieder. Durch das monetäre Anreizsystem gelingt es, unnötige Krankenhausfälle durch gezielte ärztliche Behandlung oder auch durch einen zusätzlichen Hausbesuch am Wochenende zu vermeiden und damit Kosten zu sparen. Dazu sind mit den Haus- und Fachärzten sowie den Netzkrankenhäusern zahlreiche zusätzliche Pflichten vertraglich vereinbart.

Patientennutzen und -beteiligung

Neben der prozentualen Ausschüttung des jährlichen Netzerfolgs an ärztliche Netzteilnehmer und Krankenhäuser erhalten auch Knappschaftspatienten Prämien, wenn sie konsequent die vorhandenen Versorgungsangebote nutzen und notwendige medizinische Leistungen so in Anspruch nehmen, dass eine abgestimmte Versorgung innerhalb des Netzes möglich ist. Dafür erhalten sie eine Treueprämie in Höhe von 40 Euro pro Jahr, wenn sie im ambulanten Bereich versorgt werden, und zusätzlich 60 Euro, falls auch eine Krankenhausbehandlung notwendig ist und diese im Netzkrankenhaus erfolgt. Dies steigert die Kundenbindung: Die teilnehmenden Knappschaftspatienten haben eine um 60 % reduzierte Wahrscheinlichkeit, ihre Krankenkasse zu kündigen. Mit Prämienzahlung reduziert sie sich sogar um 90%. Dies spiegelt eine hohe Kundenzufriedenheit von Knappschaftspatienten in prosper/proGesund-Netze wider.

Netzmanagement und -organisation

Die insgesamt acht prosper/proGesund-Netze werden vom Bereich Versorgungsmanagement der KNAPPSCHAFT moderiert. Dennoch besitzt jedes Netz weiterhin eine hohe Autonomie und einen eigenen Vorstand, in dem häufig auch der Vorsitzende des lokalen Knappschaftsarztverbandes vertreten ist. Die KNAPPSCHAFT selbst ist ebenfalls Teil des Vorstands und stellt pro Netz einen Netzkoordinator. Das Management der Netze wird nicht zentral organisiert, sondern ist regional angepasst. Die Netzvorstände treffen sich alle 6–8 Wochen. Zudem finden pro Jahr mindestens zwei Konferenzen statt, in denen alle Beteiligten – d. h. Haus- und Fachärzte, Krankenhäuser und Netzvorstand – in den interdisziplinären, sektorenübergreifenden Erfahrungsaustausch treten, die aktuelle regionale Zusammenarbeit im Netz reflektieren oder sich zu aktuellen medizinischen Themen austauschen. Die Netzkonferenzen fungieren damit als „Parlament“ eines Netzes.

Sektorenübergreifende, qualitätsorientierte Netzarbeit

Die prosper/proGesund-Netze verbinden die eingeschriebenen Versicherten, niedergelassenen Netzärzte und Netzkrankenhäuser miteinander. Neben den Netzkonferenzen forcieren Schnittstellen-Arbeitsgruppen, Arzneimittel-Arbeitsgruppen und Fallkonferenzen die sektorenübergreifende Zusammenarbeit. Das gemeinsame Ziel

ist es, dadurch die transsektorale Zusammenarbeit und Kommunikation sicherzustellen und zu verbessern und letztlich eine wirtschaftliche, patientenorientierte und qualitativ hochwertige Versorgung zu ermöglichen.

Die Qualität der Versorgung in prosper/proGesund-Netzen wird regelmäßig gemessen und ausgewertet. Dazu wird ein Instrument genutzt, das auf QISA-Indikatoren (Qualitätsindikatorensystem für die ambulante Versorgung, entwickelt vom AOK-Bundesverband und dem aQua Institut) sowie auf Indikatoren der Disease-Management-Programme beruht und damit insbesondere chronische Erkrankungen umfasst. Identifizierte Ansatzpunkte zur Verbesserung der Versorgungsqualität werden auf Netzebene verbindlich zwischen den Netzteilnehmern vereinbart. Ein gutes Beispiel für das Qualitätsmanagement sind Maßnahmen in der Arzneimittelversorgung und zur Erhöhung der Arzneimittelsicherheit. Arzneimittel-Arbeitsgruppen erarbeiten gemeinsame Empfehlungen für häufige Indikationen und erstellen Substitutionslisten oft verordneter Wirkstoffe für die Netze. Sie sichern so ein gemeinsames sowie nebenwirkungsarmes, wirtschaftliches und wirksames Ordnungsverhalten im ambulanten und stationären Bereich. Im Ergebnis ist beispielsweise die Poly-medikation – in diesem Fall fünf und mehr dauerhaft nebeneinander verordnete Arzneimittel – bei über 65-jährigen Knappschaftspatienten in prosper/proGesund-Netzen deutlich geringer.

Hürden

„Gesundheit wird von Menschen gemacht“ – dieser Grundsatz gilt auch für ein erfolgreiches Gesundheitsnetz. Obwohl zum Beispiel die Gründung des ersten prosper-Netzes in Bottrop aus der Region heraus großen Zuspruch erfuhr, wurden von manchen, sich nicht am Netz beteiligenden, Praxen Bevormundung der Patienten und Knebelverträge vorgeworfen. Einige Praxen nahmen deshalb nicht am Netz teil, weil sie keine Überweisungen tätigen wollten. Auch Patienten waren skeptisch, sich an Netzkrankenhäuser zu binden. Für sie ist auch die regionale Abgrenzung der Netze vereinzelt problematisch, beispielsweise wenn der eigene Hausarzt nicht Teil des prosper/proGesund-Netzes ist.

Perspektiven

Bisher existieren keine Bestrebungen, weitere prosper/proGesund-Netze in anderen Regionen Deutschlands zu gründen. Stattdessen sind regionale Zuschnitte bestehender Netze denkbar. Darüber hinaus wird die digitale Transformation im Gesundheitswesen als große Chance für eine positive Weiterentwicklung, Effizienzsteigerung und Ressourcenschonung in den prosper/proGesund-Netzen verstanden. Zum derzeitigen Stand werden keine einheitlichen digitalen Anwendungen zur sektorenübergreifenden Vernetzung der Akteure, z. B. denkbar für das Entlassmanagement, eingesetzt. Hier leistet immer noch das Fax seinen Dienst. Bisherige Vorstöße zur Digitalisierung in prosper/proGesund-Netzen fanden aus Gründen fehlender Praktikabilität und Interoperabilität keine langfristige Umsetzung. Man setzt auf die Vorteile der etablierten Netzstrukturen, um digitale Lösungen sukzessive zu ergänzen, sofern deren Nutzen für die Anwender – Ärzte und Patienten – gegenüber dem Status quo deutlich spürbar ist.



Managed Care ist ein Steuerungsmodell im Gesundheitswesen, das darauf abzielt, die Kosten zu kontrollieren und die Qualität der Versorgung durch Koordination von Gesundheitsdiensten und Anreize für Gesundheitsdienstleister und Verbraucher zu verbessern. Managed-Care-Organisationen schließen zur Versorgung ihrer Mitglieder Verträge mit Gesundheitsdienstleistern wie Krankenhäusern und Ärzten, ab auch in Verbindung mit Disease-Management-Programmen. Managed Care soll umfassende und kostengünstige Gesundheitsdienste bei hoher Versorgungsqualität für Verbraucher bereitstellen.¹⁴

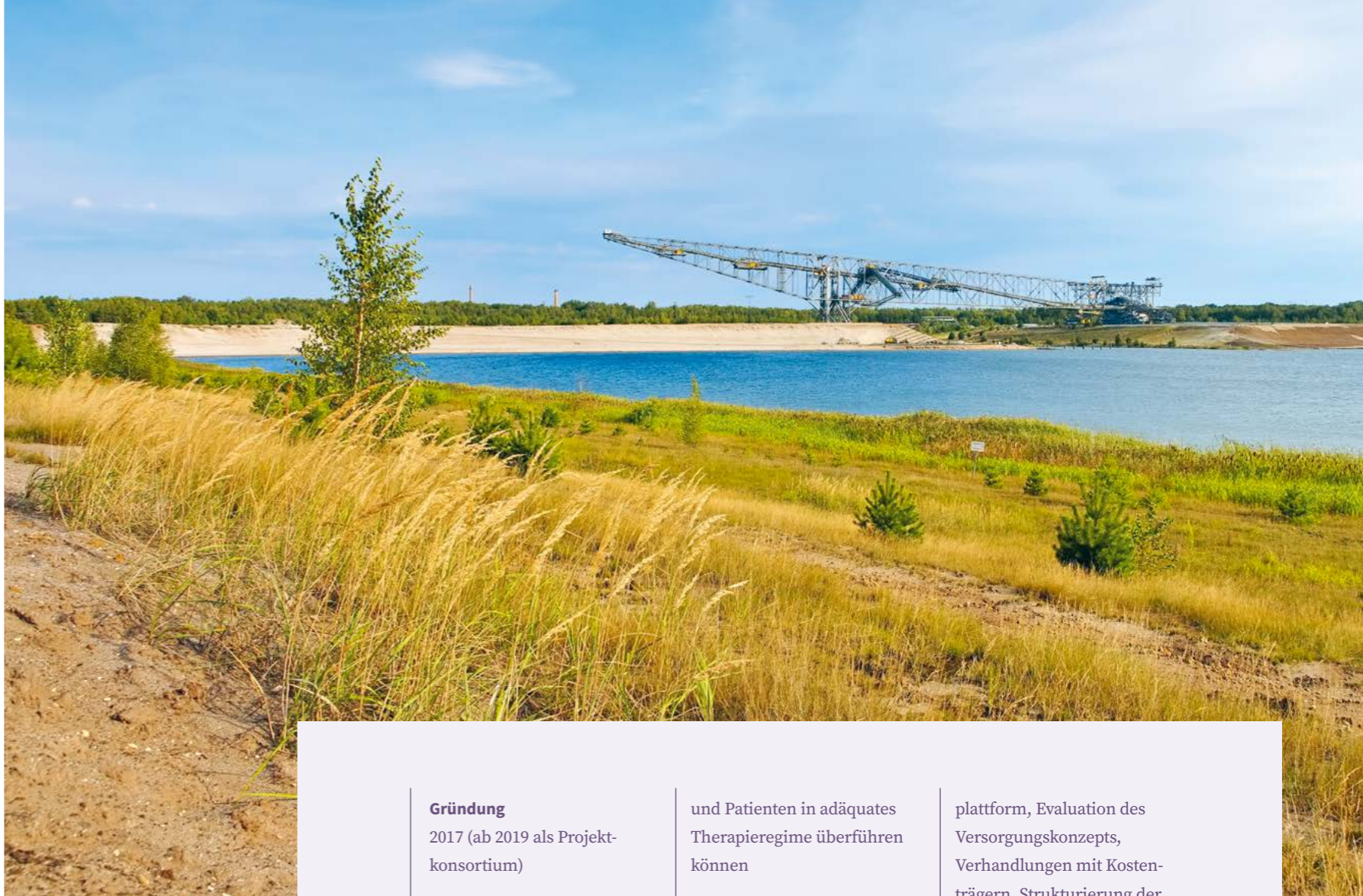
5

PANOS Ostsachsen

Durch frühzeitige Therapie und abgestimmte Prozesse knappe Ressourcen besser nutzen



Das ParkinsonNetzwerk Ostsachsen wurde als Beispiel herangezogen, da es eine junge Netzwerkinitiative ist, die speziell die kritische Versorgungssituation bei Parkinsonpatienten im ländlichen Bereich adressiert. Das Beispiel illustriert neben einem konkreten Lösungsansatz für die Parkinson-Versorgung auch Herausforderungen, welche die Weiterentwicklung und Verstetigung von jungen Verbundinitiativen blockieren können. Darüber hinaus spiegelt die prekäre Versorgungslage für Parkinson-Patienten auch die grundsätzlichen Herausforderungen der Gesundheitsversorgung in Regionen mit schwacher Infrastruktur wider. Das Beispiel steht stellvertretend für die gefährliche Dynamik bei Versorgungsengpässen, die sich in strukturschwachen Regionen entwickeln kann. Dieses Phänomen kann auf andere Indikationen übertragen werden: Es mangelt an Spezialisten und Hausärzten, die in der Lage sind, Erkrankungssymptome bei ihren Patienten bereits frühzeitig zu erkennen und die entsprechende Therapie einzuleiten. Rechtzeitig aktiv zu werden ist, aber ist erforderlich, um den Krankheitsprozess zu verlangsamen sowie zusätzliches Leid und unnötige Krankheitsfolgekosten zu vermeiden.



Steckbrief

Gründung

2017 (ab 2019 als Projektkonsortium)

Rechtsform

Projektkonsortium (drittmittelgefördert)

Status

Initiierung

Schwerpunkt

Integrierte medizinische Versorgung

Gründungsmotivation

Versorgungsmangel im Bereich der Parkinson-Versorgung in einer strukturschwachen, ländlichen Region; Mangel an Spezialisten und Hausärzten, die Erkrankungssymptome frühzeitig erkennen

und Patienten in adäquates Therapieregime überführen können

Typ

Indikationsspezifisches Netzwerk zur integrierten Parkinson-Versorgung

Abdeckung

3 Parkinson-Zentren, 12 Hausärzte, 23 Neurologen in Ostsachsen (Stand: 12/2021)

Rolle der Netzwerkorganisation

Koordinierung des Verbundes, Qualifizierungskonzept für Parkinson-Lotsen und Patientenschulen, Entwicklung und Bereitstellung intersektoraler elektronischer Arbeits- und Dokumentations-

plattform, Evaluation des Versorgungskonzepts, Verhandlungen mit Kostenträgern, Strukturierung der Zusammenarbeit und Projektimplementierung

Prozesse

Strukturierung der Versorgung im Netzwerk über gemeinsamen Behandlungspfad, Einsatz von Lotsen zur Steuerung der Patienten entlang des Behandlungspfades

IT-Strategie

Digitale Behandlungspfade und Dokumentensteuerung umgesetzt, aber letztlich von Netzwerkteiligten zu wenig genutzt

Region

Die im äußersten Ostsachsen an den Grenzen zu Polen und Tschechien liegende Oberlausitz ist vom Strukturwandel besonders betroffen. Der Ausstieg aus der Braunkohleverstromung konfrontierte die Region mit gravierenden strukturellen Veränderungen. Ehemalige Tagebaue wurden geflutet und zu Naherholungsgebieten umgebaut. Im Rahmen der Wirtschaftsförderung arbeitet die Landesregierung daran, wie die Lausitz als Energie- und Industrieregion mit ihren hochwertigen Industriearbeitsplätzen erhalten werden kann. Zusätzlich wird die historisch und landschaftlich attraktive UNESCO-Welterbe-Region mehr und mehr touristisch entdeckt. Etwa eine halbe Million Menschen wohnen in den Landkreisen Görlitz und Bautzen, die heute zu den am stärksten gealterten Regionen in Deutschland zählen. Das Durchschnittsalter in Görlitz liegt bei 49,6 Jahren, der Altenquotient bei 58,5. Die Werte für Bautzen liegen bei 48,5 und 53.¹⁰

Indikationsspezifische Gründungsmotivation

Netzwerkinitiativen sind in Deutschland vermehrt in Form indikationsspezifischer Versorgungsverbünde zu finden, die sich dedizierten Versorgungsempfängern bestimmter Patientengruppen widmen. Das ParkinsonNetzwerk Ostsachsen ist eines von 19 organisierten ParkinsonNetzwerken in Deutschland. Abseits von Ballungsräumen mangelt es an Parkinson-Experten und auf das Krankheitsbild sensibilisierten Hausärzten, die in der Lage sind, bereits frühzeitig typische Symptome zu erkennen und die Weichen für eine adäquate Diagnose- und Therapielaufbahn zu stellen. In der Region Ostsach-

sen liegt bereits heute eine prekär hohe Notfalleinweisungsquote von Parkinsonpatienten vor. Dies bindet stationäre Ressourcen, führt zu unnötigen Krankheitsfolgekosten und erhöht das Leid bei den Patienten. Dabei ist Parkinson – als zweithäufigste neurodegenerative Erkrankung – im Gegensatz zu anderen neurologischen Erkrankungen wie Alzheimer-Demenz bei adäquater und frühzeitiger Diagnose und Einstellung gut therapierbar.

Projektinitiative und -elemente

Vor dem Hintergrund dieses Versorgungsmangels verständigte sich im Jahr 2017 eine Gruppe von drei klinisch ambulant und stationär tätigen Neurologen in Ostsachsen, die Parkinson-Versorgung umzugestalten. Wesentlicher Leitgedanke war dabei, dass es aus fachlicher Sicht klare Standards und Regeln der Zusammenarbeit sowie ein

klares Rollenverständnis aller beteiligten Akteure braucht. Es gelang den initiierten Neurologen, Akteure der Selbstverwaltung (Kassenärztliche Vereinigung Sachsen [KVS]) sowie Betroffene an einen Tisch zu holen und ein neuartiges Versorgungskonzept für Parkinsonpatienten zu entwickeln. Bis zu diesem Zeitpunkt erfolgte die Arbeit weitgehend ehrenamtlich und mit hohem Engagement. Das erarbeitete Konzept beruht auf folgenden Elementen:

1. Abstimmung von Versorgungsabläufen zwischen Ambulanzen, Hausärzten und Rehabilitationseinrichtungen anhand eines gemeinsamen Versorgungskonzepts, basierend auf der Festlegung eines Patientenpfades zur Standardisierung der Versorgungswege von der Erstdiagnose bis zur Nachbetreuung
2. Aufbau eines sektorenübergreifenden und dauerhaften Case-Managements durch Parkinson-Lotsen, die das sektorenübergreifende Fallmanagement unterstützen, Ansprechpartner für Betroffene sind und deren Angehörige schulen. Die Lotsen sind Mitarbeiter mit Hintergrund im Gesundheitsmanagement bzw. in der Pflege, welche die Zusatzqualifikation zum Pflegeberater abgelegt haben.
3. Schaffung einer einheitlichen technischen Infrastruktur zum Austausch von medizinischen Falldaten (intersektorale elektronische Arbeits- und Dokumentationsplattform)
4. Digital gestütztes Symptom-Monitoring zur Entlastung fachärztlicher Spezialdiagnose
5. Aufbau eines strukturierten professionellen Fort- und Weiterbildungskonzepts für Fach- und Hausärzte
6. Aufbau eines kontinuierlichen Qualitätsmanagements

Projektorganisation

Mithilfe von Fördermitteln des Landes Sachsen und des Bundes konnte im Jahr 2019 mit der Umsetzung des Projektes „ParkinsonNetzwerk“ begonnen werden. Die Förderung war damals in zwei Tranchen für jeweils zwei Jahre ausgelegt, womit sich das Projekt auf 4 Jahre erstrecken sollte. Die Gesamtprojektleitung übernahm das Institut für Angewandte Informatik e.V. (InfAI), Leipzig, wel-

„Die Zukunft der medizinischen Versorgung bedeutet Digitalisierung, gerade wenn Patienten mit einer so komplexen Erkrankung wie Parkinson gemeinschaftlich behandelt werden sollen.“

Dr. Peter Themann,
Mitbegründer des
PANOS-Netzwerkes



ches gleichzeitig die zentralen technischen Komponenten realisierte und zur Verfügung stellte. Neben dem Deutschen Zentrum für Neurodegenerative Erkrankungen e.V. am Standort Dresden beteiligten sich noch drei neurologische Kliniken der Region als Parkinson-Zentren, welche durch eine Reihe assoziierter Partner bei der Konzeptumsetzung unterstützt wurden. Die KVS konnte ebenso als Projektpartner gewonnen werden, sodass bereits frühzeitig Vergütungspauschalen für den Netzwerkeinschluss beschlossen werden konnten.

Spannungsfeld zwischen Studie und Versorgungsrealität

Das ParkinsonNetzwerk Ostsachsen ist angewiesen auf Ärzte in der Region, die den Ansatz unterstützen, sich weiterbilden und ihre Patienten gemäß den Versorgungs- und Dokumentationsstrukturen behandeln. Während der regelmäßigen Netzwerktreffen und Diskussionen zeigten sich unter den niedergelassenen Kassenärzten jedoch erkennbare Vorbehalte, sich dem Konzept des Netzwerkes anzuschließen und Patienten einzuschreiben. Es wurden beispielsweise hohe Einschränkungen in der individuellen Behandlungsfreiheit durch vorgegebene Standards befürchtet. Zudem lag die Rekrutierungsphase in der dramatischen Coronasituation zwischen 2020 und 2021, in der nicht notfallbedingte Arzt-Patienten-Kontakte auf ein Minimum reduziert wurden. Die durch das Studienprotokoll

i

Bei der unheilbaren Parkinson-Erkrankung fehlt der Botenstoff Dopamin im Gehirn, der für die Feinsteuerung von Bewegungen gebraucht wird. Dadurch werden Bewegungen langsamer und kleiner. Durch die Gabe spezieller Medikamente lassen sich die motorischen Probleme meist lange Zeit gut behandeln. Die Herausforderung ist, dass der therapeutische Bereich im Laufe der Jahre immer enger wird. Um sowohl Unter- als auch Überbeweglichkeit zu vermeiden, sind eine Feinsteuerung und die regelmäßige Anpassung der Medikation erforderlich. Für die komplizierte und individuelle Therapie ist eine enge ärztliche Begleitung in spezialisierten Zentren unabdingbar. Es braucht eine gute Koordination aller beteiligten Ärzte und Spezialisten. Bei optimaler Therapie lassen sich Notfälle sowie Krankenhausaufnahmen vermeiden und sogar die Sterblichkeit senken.

Bei fortgeschrittener Parkinson-Erkrankung können Medikamentenpumpen das Therapieergebnis enorm verbessern.



tion für das Parkinson-Netzwerk benannt. Vom Patienten waren umfangreiche Fragebögen auszufüllen, darunter die Auskunft zur Klinik (13 Fragebögen zur Aufnahme, 6 Fragebögen zum quartalsweisen Monitoring), zum persönlichen und sozialen Status (6 Fragebögen zur Aufnahme und 4 Fragebögen zum Halbjahres-Monitoring) sowie zu Handlungskompetenzen und Wissen (3 Fragebögen und 1 Fragebogen zum Halbjahres-Monitoring). Die Rücklaufquote war entsprechend gering; häufig musste nachgefasst werden. Die mit der Evaluation verbundenen Aufwände waren zu zeitaufwendig und im eng getakteten Praxisalltag nicht leistbar.

Kampf um die Verstetigung

Die Etablierung des Netzwerkes war in den ersten 2 Jahren geprägt von einer noch nicht vorhandenen bzw. noch nicht einsatzfähigen

digitalen Dokumentations- und Austauschplattform, welche die Patienteneinschreibung enorm erschwerte und das „Hochlaufen“ des Netzwerkes verzögerte. Nachdem der Projektstart wegen technischer Schwierigkeiten mehrfach verschoben worden war, begann man zunächst mit einer papierbasierten Dokumentation. Die Bögen wurden an das Universitätsklinikum Dresden gesendet und dort durch das Zentrum für Evidenzbasierte Gesundheitsversorgung ausgewertet. Bis zum Jahr 2022 konnten über das Projektteam hinaus 12 Hausärzte und 23 Neurologen beteiligt sowie insgesamt 128 Patientinnen und Patienten in den Parkinsonpfad eingeschlossen werden. Die Aufnahme erfolgte nach Einwilligung und individuellem Assessment unabhängig von der Kassenzugehörigkeit. Ein Bruchteil, wenn man die Prävalenz in der Region Ostsachsen mit circa 15.000 Parkinson-Betroffenen vor Augen hat. Die Studienziele sahen vierstellige Einschusszahlen vor. In der Zwischenbilanz verfehlt das

Zur Übertragung geeignet

- Definition eines Behandlungspfades für Parkinson-Patienten zur Standardisierung der Zusammenarbeit im Netzwerk sowie Implementierung eines einheitlichen Screenings, um eine frühzeitige Therapie in der Fläche zu stärken und so das Progredieren der Krankheit zu bremsen
- Nutzung eines sektorenübergreifenden und dauerhaften Case-Managements durch Parkinson-Lotsen zur Unterstützung der Koordination der Versorgung
- Integration von Patientenschulungen zur Stärkung der physischen, psychischen und kognitiven Fähigkeiten der Betroffenen zum Umgang mit der Erkrankung

Hürden der Verstetigung

- Berufsständische Akzeptanz der Netzwerkleistung
- Aufwendige technische Neuentwicklung und Betreuung der Austauschplattform
- Zu erbringende Wirksamkeitsnachweise schon in frühen Projektphasen
- Mangelhafte Integrationsfähigkeit des Systems in den Praxisalltag gefährdet Akzeptanz von Netzen; durch monetäre Anreize nicht kompensierbar

- Hohe Einführungs- und Entwicklungskosten
- Fehlende Möglichkeiten für die Finanzierung der Querschnittsaufgaben der Lotsen
- Übergang von der Projektarbeit in eine regelfinanzierte Betriebsstruktur

Faktoren des Gelingens

- Hohes Eigenengagement der Gründer als Schlüssel zur Anschubfinanzierung und Überzeugung von Kostenträgern
- Belastbare Evidenz zur problematischen Versorgungssituation und zum bestehenden Versorgungsmangel



„5 Jahre lang habe ich gebraucht, ehe die richtige Therapie gefunden wurde. Jetzt habe ich wieder ein selbstbestimmtes Leben.“

Patientin aus dem Parkinson-Netzwerk Ostsachsen

Patientenzentriertheit als Schlüsselement

Positiv zu bewerten ist, dass die Patienten- und Angehörigenschulungen (im Umfang von 7 Modulen a 1,5h) von den Betroffenen sehr geschätzt wurden. Die Schulungen wurden von den beteiligten Parkinson-Zentren angeboten, kommuniziert und virtuell sowie in Präsenz durchgeführt – mit dem Ziel, die Therapieadhärenz zu erhöhen. Jedoch stützt sich die Finanzierung der Personalkosten weitgehend auf die befristete Projektfinanzierung, obwohl die angestellten Parkinson-Lotsen einen zentralen Mehrwert für die Begleitung und

Koordination der Betroffenen haben. Eingesetzt werden immer medizinische Fachkräfte mit einer entsprechenden Zusatzqualifikation als Patienten-Lotse. Perspektivisch sollten die Lotsen in der gesamten Fläche verfügbar sein, z. B. angestellt bei einer Managementgesellschaft des ParkinsonNetzwerkes, wodurch auch die Nähe zu den Patienten und deren Angehörigen wesentlich besser gegeben wäre.

Perspektive und Resümee

Das Netzwerk wird aktuell durch eine Projektgesellschaft getragen, die durch einen Kooperationsvertrag begründet wurde. Die Überführung in eine eigenständige Rechtsform war für die zweite Projektphase ab dem Jahr 2023 vorgesehen, welche bis dato immer noch in der Schwebe ist, da entsprechende Förderrichtlinien erst implementiert werden. Das Netzwerk befindet sich damit – vergleichbar mit vielen anderen geförderten Projekten – am Scheideweg. Positive Signale kommen jedoch inzwischen aus der Region Hoyerswerda, in der eine Netzwerkkörper-Organisation aufgebaut und Elemente von PANOS implementiert werden sollen. Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass insbesondere die zeitlich begrenzte Projektfinanzierung, der fehlende Patientenzulauf und die verzögerte technische Reife der digitalen Dokumentations- und Austauschplattform das Projekt vor große Herausforderungen stellten. Zudem zeigt sich, dass die Implementierung eines Gesundheitsnetzwerkes wie des Parkinson-Netzes mit hohen technischen und organisatorischen Kosten verbunden ist. Aus der bisherigen Projektumsetzung bestätigt sich, dass die zeitliche Abhängigkeit des Versorgungsbeginns von technischen Entwicklungsprozessen ein zu großes Verzögerungspotenzial für die Nachweisführung des Netzwerkerfolgs birgt.

Netzwerk damit zum aktuellen Zeitpunkt die ambitionierten Ziele des Patienteneinschlusses und kämpft um die Möglichkeiten der Verstetigung. Die Nachweisführung über den Nutzen der Intervention ist bei so komplexen Vorhaben innerhalb der ersten zwei Jahre der Projektlaufzeit kaum möglich. Die Folgefinanzierung wurde trotz initialer Zusage (2 + 2 Jahre) nicht nahtlos ermöglicht und ließ das Projektteam bis ca. 6 Monate nach Ende der ersten 2 Jahre in der Schwebe. Seitens der Selbstverwaltung standen die Landesärztekammer, die KVS, die AOK PLUS und auch die IKK classic im regelmäßigen Austausch mit dem Projektteam, ließen sich jedoch vor dem Hintergrund der Coronapandemie sowie der geringen Einschusszahlen und unzureichenden Studienergebnisse nicht überzeugen, in die selektivvertraglichen Verhandlungen zu gehen. Für eine solide Evaluation auf Basis einer ausreichend großen Zahl eingeschlossener, im Netzwerk versorgter Patientinnen und Patienten hätte bereits in der Frühphase des Projektes die Datenerhebung beginnen müssen. Dazu waren die notwendigen Strukturen jedoch noch nicht vollständig implementiert. Neben dem klassischen Problem der Fristentreue von IT-Projekten war insbesondere die Konstellation von 2 + 2 Förderjahren schädlich, da von einem „Aufholen“ der Einschusszahlen nach Bereitstellung der technischen Plattform in den letzten zwei Förderjahren ausgegangen wurde. Dies ließ sich nicht realisieren. So wurde die Evaluation zu weit auf das Ende der ersten Förderperiode geschoben – zu spät für die Datenauswertung und darauf basierende Verhandlungen über Versorgungsverträge.

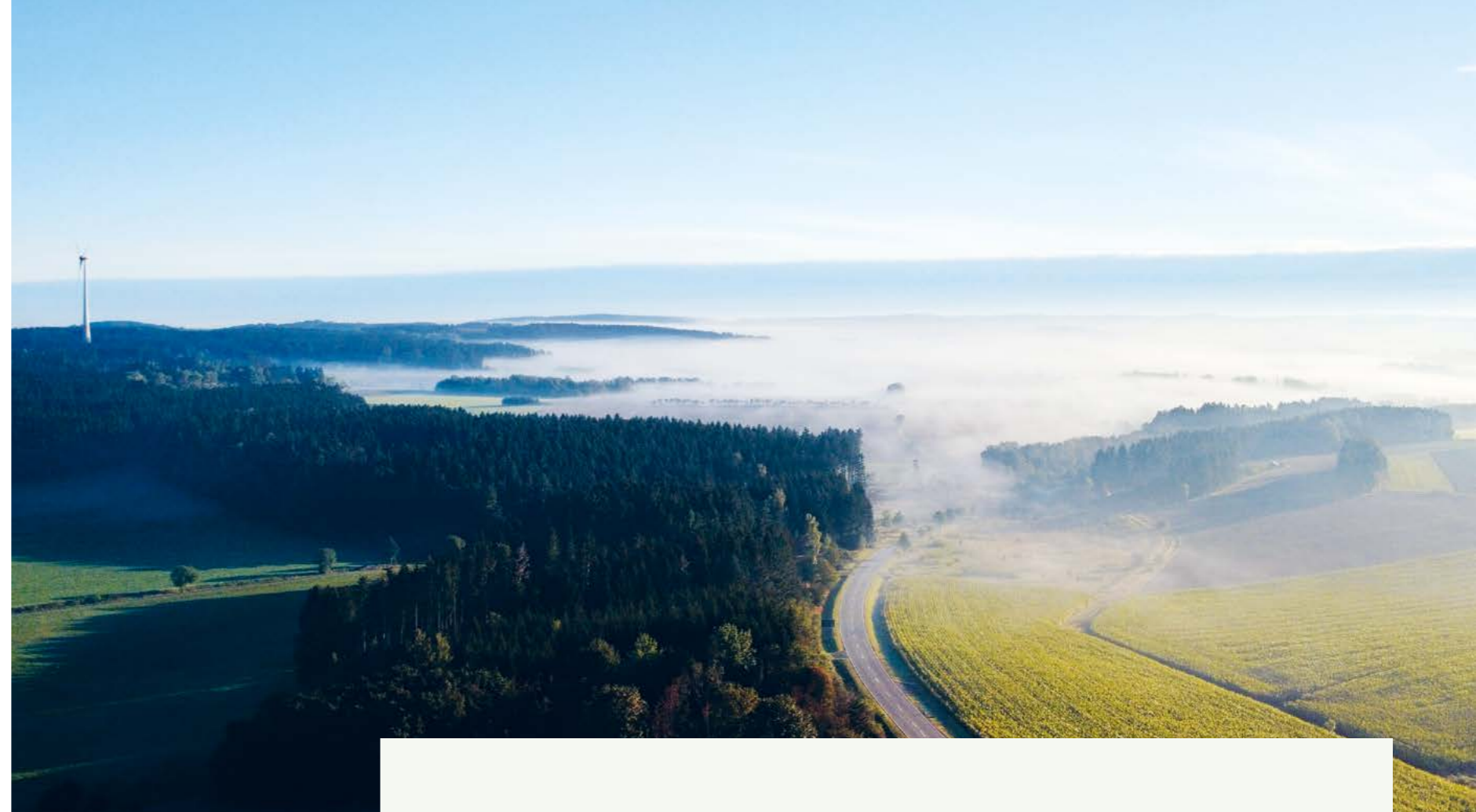
6

Unternehmung Gesundheit Hochfranken (UGHO)

eNurse schafft Versorgungsbrücken in die häusliche Umgebung



Das regionale Ärztenetz Unternehmung Gesundheit Hochfranken (UGHO) wurde vor dem Hintergrund eines Versorgungsmangels gegründet und ist inzwischen fest etabliert. Heute gehört es zu den größten Gesundheitsnetzen in Bayern. Es verfügt über einen Verbund von Haus- und Fachärzten, die auf Basis gemeinsam definierter Behandlungspfade kooperieren. Die Netzwerkorganisation wurde in eine professionelle Management- und Trägerstruktur überführt. Zentrale Leistungen der Qualifikation und Weiterbildung, der Vertragsabstimmung, der Personalakquise und des IT-Supports wurden an die Managementgesellschaft übertragen und dadurch die Netzwerkpartner unmittelbar entlastet. Innovative Lösungsansätze wie die eNurse haben entscheidenden Anteil am Erfolg des Projektes, mit dem die Patientensicherheit erhöht und gleichzeitig ärztliche Ressourcen zielgerichteter eingesetzt werden. Die eNurse ist eine Nicht-ärztliche Praxisassistentin, an welche ärztliche Leistungen delegiert und eine telemedizinisch gestützte Vor-Ort-Betreuung der Patienten in deren häuslicher Umgebung sichergestellt werden.



Steckbrief

Gründung

2009

Rechtsform

GmbH & Co. KG (aus e. V. hervorgegangen)

Status

Verstetigt, tragfähiges Geschäftsmodell

Schwerpunkt

Ambulante medizinische Versorgung

Gründungsmotivation

Versorgungsmangel (insb. Ärztemangel) und die daraus resultierende Notwendigkeit einer langfristigen Sicherung der ambulanten ärztlichen Versorgung in der Region Hochfranken

Typ

Vollversorgungsnetzwerk, basierend auf § 140a SGB V, anerkanntes Praxisnetz durch Kassenärztliche Vereinigung Bayern (KVB) gem. § 87 SGB V

Beteiligung

Mitglieder als Mitgesellschafter, Erhebung eines Grundbeitrags

Abdeckung

33 Hausärzte, 38 Fachärzte (Stand: 03/2022), d. h., 1/3 der regionalen Ärzteschaft ist in der UGHO organisiert

Rolle der Netzwerkorganisation

Koordinierung der Verbundleistungen, Vertragsabstimmung mit Kostenträgern und Bereitstellung von Netzwerkleistungen für Mitglieder (Qualifikation, Personal, IT)

Prozesse

Gemeinsame Entwicklung von Behandlungspfaden für die Versorgung der wichtigsten Krankheitsbilder im Netzwerk

IT-Strategie

Konsens über die Verwendung eines einheitlichen Praxisverwaltungssystems, dadurch Abbau von Schnittstellenproblemen und verbesserte Abstimmung zwischen den Netzwerkmitgliedern

Region

Hochfranken, auch als Nordostoberfranken bezeichnet, liegt am äußersten Nordostzipfel Bayerns und grenzt an die Bundesländer Thüringen und Sachsen sowie an Tschechien. Etwa 215.000 Menschen leben hier. Geprägt durch die ehemalige Randlage an der innerdeutschen und tschechischen Grenze, war die Region lange durch Abwanderung geprägt, wobei die Wirtschaft in den Nachwendejahren einen starken Strukturwandel in Richtung Logistik, Dienstleistungen und innovativere verarbeitende Industrie erlebt hat. Das Durchschnittsalter im Landkreis Hof liegt bei 47,9 Jahren, der Altenquotient bei 45,8. Der Landkreis Wunsiedel kommt auf die Werte 47,9 und 47,0.¹⁰

Gründungsmotivation und aktuelle Situation

Die Gesundheitswirtschaft Hochfrankens ist stark von den Auswirkungen des demografischen Wandels betroffen. Jeder Zweite der insgesamt in der UGHO arbeitenden 35 Haus- und 38 Fachärzte im Landkreis Hof wird in den kommenden 5 Jahren in den Ruhestand gehen. Etwa ein Drittel der Ärztinnen und Ärzte haben sich im Netz zusammengeschlossen, ebenso die beiden regionalen Kliniken Hochfranken mit den Standorten in Münchberg und Naila. Es sind Häuser der Grund- und Regelversorgung mit zusätzlichen Schwerpunkten in den Bereichen Orthopädie und Kardiologie.

Kernelement eNurse

Eine Besonderheit der UGHO ist der Einsatz von mobil arbeitenden medizinischen Fachangestellten oder Helferinnen (eNurses), die Hausbesuche durchführen, wenn kein direkter Arztkontakt notwendig ist bzw. bei denen der Arzt per Video hinzugezogen werden kann. eNurses sind medizinische Fachangestellte mit einer Weiterbildung zur Nicht-ärztlichen Praxisassistentin (NäPa). Sie sind direkt bei der UGHO angestellt. Der Auftrag erfolgt über ein „Hausbesuchsformular“, das vom Arzt mit Datum, Maßnahme und Patientennamen ausgestellt und an die UGHO-Geschäftsstelle übermittelt wird. Der Einsatz erfolgt als Delegation ärztlicher Leistungen mit Tätigkeiten von Diagnostik (z. B. Blutabnahme, EKG oder Lungenfunktionstest),



„Ob Blutabnahmen, Wundversorgung, EKG oder Spirometrie: Wir haben die wichtigsten Utensilien immer dabei, wenn wir zu den Patienten fahren.“

Bettina R.,
eNurse im UGHO-Projekt

Wundversorgung, Verbandswechsel oder die Initiierung einer Videosprechstunde mit dem behandelnden Arzt. Aufgabenumfang und Einsatz der eNurses sind dabei auf Basis einer Delegationsvereinbarung und zusätzlicher direkter Abstimmung mit der Landesärztekammer und dem ärztlichen Kreisverband definiert und genehmigt worden. Etwa die Hälfte der Praxen (zum aktuellen Zeitpunkt 18) nutzen das Angebot regelmäßig. Die eNurses besuchen pro Tag üblicherweise zwischen 6 und 10 bis hin zu maximal 15 Patienten – je nach Aufwand und Entfernung der Wohnorte.

Management und Organisation

Das Netz geht auf die Initiative und das Engagement einzelner Ärzte der Region zurück. Der erste Zusammenschluss erfolgte im Jahr 2006 noch als Verein unter dem Namen „Praxisnetz Hochfranken e.V.“. Im Jahr 2009 kam es zur Überführung in eine Managementgesellschaft als Unternehmung Gesundheit Hochfranken GmbH & Co. KG. Das Netz erhebt einen Mitgliedsbeitrag im Sinne einer Verwaltungspauschale. Jedes Mitglied des Verbundes ist zudem Gesellschafter in der Rolle eines Kommanditisten und mit einer Einlage direkt an dem Un-

ternehmen beteiligt. Die Entscheidungsverantwortung obliegt dem Aufsichtsrat der UGHO. Zwei Vollzeitmitarbeiterinnen (Gesundheitsökonomie, Pfliegewirtschaft) kümmern sich heute um das Netzwerkmanagement, weitere drei Medizinische Fachangestellte sind als eNurses tätig (Vollzeit, Teilzeit, Springerin). Wichtige Erfolgsfaktoren sind Einsatzbereitschaft und die Selbstverpflichtung jedes Mitglieds in Hinblick auf vereinbarte Ziele und Spielregeln des

Ärztetzes. Dies wird bereits zum Zeitpunkt der Aufnahme in den Verbund geprüft und über die direkte Einbindung in die Gesellschaft sichergestellt. Die Gesellschafterversammlung ist durch dieses Konstrukt oberstes Organ des Netzwerkes, sodass letztlich die beteiligten Ärztinnen und Ärzte für das Gelingen des Netzwerkes verantwortlich sind.

KV-Anerkennung, Kosten

Die UGHO ist ein von der Kassenärztlichen Vereinigung Bayern (KVB) nach § 87b SGB V anerkanntes Praxisnetz auf Basisstufe und Stufe I. Dadurch erhält ein Teil der Ärzte eine Art Bonuszahlung in Höhe von ca. 30 Euro im Quartal durch die KVB für die Arztnetzzugehörigkeit, welche de facto jedoch keine Relevanz für die Entscheidung von Ärzten zur Teilnahme am Netzwerk hat. Vielmehr unterstreicht die Anerkennung durch die KV die Qualität und Professionalität des Netzwerkes, was wiederum positiv von Kooperations- und Vertragspartnern wahrgenommen wird.

Finanzierung

Finanzierung und Qualitätsmessung basieren auf einem Vertrag nach § 140a SGB V mit der AOK Bayern. Dadurch konnte eine eigene Abrechnungsziffer für die Leistungen der eNurses fixiert werden. Die Qualität der medizinischen Regelversorgung aller Patien-

ten, auch der Versicherten anderer Kassen, bleibt davon unverändert. Versicherte der AOK Bayern als größter GKV in der Region profitieren von zusätzlichen Leistungen wie der Notfallüberweisung zum Facharzt binnen 48 Stunden. Hausärztliche Leistungen werden über einen fixen Betrag pro AOK-Bayern-Versicherten vergütet. eNurses werden bei Bedarf im Hausbesuch aller Patienten eingesetzt, unabhängig vom Versicherungsstatus. Mit der AOK Bayern wird die Einsatzpauschale der eNurse für eigene Versicherte direkt abgerechnet. Bei anderen Kassen und Privatpatienten geht die anfragende Praxis zunächst in Vorleistung und verrechnet anschließend mit der jeweiligen Kasse bzw. dem Patienten. Infrastrukturkosten für die eNurse (u. a. Telemedizin-Koffer, Fahrzeug) wurden zu großen Teilen durch das Bayerische Staatsministerium für Gesundheit und Pflege und die KVB im Rahmen von Förderprojekten finanziell unterstützt.

Vorteile für Netzwerketeiligte

Kommunikation und Austausch der beteiligten Praxen untereinander werden großgeschrieben – je besser man sich kennt, umso besser gelingt die Verbundarbeit. Kern der Arbeit im Netzwerk ist es, eine koordinierte und kooperative Versorgungsstruktur aufzubauen, die Ressourcen effizient nutzt und für die Bürger vor Ort ein Leistungsangebot schafft. Dazu hat das Ärztenetz UGHO unter anderem folgende Maßnahmen umsetzen und im Netzwerk etablieren können, die über die klassischen Elemente der Regelversorgung hinausgehen:

- 1. Qualitätsmanagement und Patientenbegleitung:** Definition von Versorgungsabläufen und Überleitungsszenarien an Fachärzte und Gesundheitsfachberufe mittels netzinterner, leitlinienbasierter Behandlungspfade anhand der für die einzelnen Patienten vorliegenden personen- und krankheitsbezogenen Symptomatik (z. B. koronare Herzkrankheit und Hypertonie, Diabetes mellitus Typ II, Asthma, COPD). Notfallüberweisungen von Haus- zu Facharzt sind binnen 48 Stunden in dringenden Fällen möglich, um Lücken in der Versorgung zu verhindern und eine schnelle Anschlussbehandlung sicherzustellen. Diese Leistungen sind in der Anzahl auf 10 pro Quartal und Hausarzt begrenzt, jedoch flexibel unter Kollegen übertragbar. Zur Analyse und Transparenz sowie zum Benchmarking der medizinischen Versorgungsqualität unter den beteiligten Praxen wurde

Lessons Learned

Zur Übertragung geeignet

- Delegation von ärztlichen Leistungen an Nicht-ärztliche Praxisassistenten
- Qualifikation und Einsatz von eNurses als eine NÄPa für den telemedizinisch gestützten Hausbesuch
- Koordination durch Netzwerk-Managementgesellschaft
- Ressourcenschonender Ansatz für ein bedarfsgerechtes und intelligentes hausärztliches Versorgungskonzept, bei dem Versorgungslotsen (in Form der eNurses) und Telemedizin eine Schlüsselrolle spielen

Hürden der Verstetigung

- Berufsständische Akzeptanz der Delegationsleistungen der eNurses (hinsichtlich Genehmigung der Leistungen seitens Landesärztekammer und durch ärztlichen Kreisverband)
- Zeitliche Begrenzung der eNurse-Leistungen auf die Praxiszeiten der Ärzteschaft
- Passende Förderformate und Unterstützung für Netzwerkinvestitionen und Neu-/Ersatzanschaffungen fehlen.
- Ausweitung der Zusatzleistungen des Netzwerkes auf andere Kassen und Versichertengruppen

Faktoren des Gelingens

- Hohes Eigenengagement der Gründer als Schlüssel zum langfristigen Netzwerkerfolg
- Grundfinanzierung der Schritte der Initialisierung weitestgehend über Eigenmittel (Mitgliedsbeiträge) gedeckt
- Netzwerkleistungen sukzessive erweitert, sodass sie echten Mehrwert für die Versorgung liefern und Mitgliedschaft im Netzwerk attraktiv machen

ein zentrales Netzwerk- und Qualitätsmanagement eingerichtet. Die Praxen werden bei dessen Einführung, Etablierung und Zertifizierung durch das Netzwerkmanagement unterstützt.

- 2. Entlastung der Ärzteschaft:** Reduzierung physischer Arzt-Patienten-Kontakte bei gesichertem Versorgungsniveau durch die Delegation von ärztlichen Leistungen. Da der Hausbesuch einer eNurse nur zu den Geschäftszeiten des delegierenden Arztes bzw. seines Vertreters erfolgen darf, kann im Bedarfsfall der behandelnde Arzt hinzugeschaltet werden. Die Daten werden zur Auswertung zeitgleich in die Praxissoftware übertragen und ggf. mittels Videorücksprache zwischen eNurse beim Patienten und dem behandelnden Arzt abgeklärt. Der Arzt muss dadurch die Praxis nur noch in dringenden Notfällen verlassen und kann sich mit den geschaffenen Freiräumen seinen Patientinnen und Patienten in der Praxis besser zuwenden.
- 3. Elektronische Vernetzung:** Beteiligte Leistungserbringer im Ärztenetz verwenden eine einheitlich gewählte Praxisverwaltungssoftware (PVS) zum Austausch von patientenbezogenen

Falldaten (elektronische Aktenlösung) untereinander. Die Nutzung von Videosprechstunden (in der Wahl des Videotelefonie-Dienstes sind die Anwender frei) und telemedizinischer Verbindung zwischen eNurses und Arztpraxis ermöglicht den direkten Datenaustausch sowie die Kommunikation mit dem Arzt. Voraussetzung für den reibungslosen Datentransfer zwischen den Leistungserbringern ist ein Rahmenvertrag, den das Netzwerk bereits im Jahr 2012 mit einem Softwareanbieter abgeschlossen hat. Teil dieses Rahmenvertrages ist die Umsetzung einer herstellereigenspezifischen Schnittstelle, die den Datenaustausch zwischen den jeweiligen Systemen in den verschiedenen Praxen zulässt. Ist der Patient aufgeklärt und die Einwilligung erteilt, werden seine Daten direkt aus dem Praxisverwaltungssystem des überweisenden an das System des weiterbehandelnden Arztes übertragen. Im Rahmen der Netzwerkarbeit hat sich die UGHO-Ärzteschaft hierzu auf einen minimalen und standardisierten Datensatz (u. a. Diagnose, aktueller Befund, Anamnese) geeinigt, wodurch die Anzahl von Rückfragen zwischen den Ärzten stark reduziert werden konnte. Ein wesentlicher Anreiz für das Ausrollen und die Nutzung der gemeinsamen Schnittstelle

war und ist der Umstand, dass das Netzwerk die monatlichen Kosten in Höhe von knapp 10 Euro für die Nutzung der Schnittstelle für die UGHO-Ärzte trägt. Einzig der Einschluss neuer Praxen in das Netzwerk wird etwas erschwert, wenn nicht auf die gemeinsame IT-Lösung zurückgegriffen wird oder diese wegen laufender anderer Verträge nicht kurzfristig realisiert werden kann. Führte dies in der Vergangenheit zur Ablehnung, scheint für die Zukunft die Kommunikation über den KIM-Standard (KIM = Kommunikation im Medizinwesen im Rahmen der Telematikinfrastruktur) eine mögliche und vielversprechende Alternative.

- Bei Personalengpässen von Netzwerkmitgliedern hilft das Netzwerk durch eine flexible Regelung der **Arbeitnehmerüberlassung** durch die UGHO („Leihschwester“). Hierzu besteht die Möglichkeit, dass die beim UGHO angestellten NÄPas (eNurses) stunden- oder tageweise in einer Praxis, in der ein Personalmangel auftritt, aushelfen. In einem solchen Fall wenden sich die betroffenen Ärzte an das Netzwerkmanagement und eine Arbeitnehmerüberlassung wird vereinbart. Als Vorteil erweist sich dabei, dass die Personen durch ihre Tätigkeiten als eNurse die Ärzte meist schon kennen und dass fast alle Netzwerkmitglieder die gleiche Praxisverwaltungssoftware nutzen und mit der Nutzung vertraut sind.
- Angebot von **Fortbildungsprogrammen, Gesundheitsaktionen und Qualitätszirkeln** für alle Beteiligten am Ärztenetz (Ärzteschaft, Medizinische Fachangestellte, Netzwerkmanagement)

Hürden und Hemmnisse

Bei Aufbau und Betrieb des UGHO-Netzwerkes gab es einige Hemmnisse, welche die Akteure Kraft, Zeit und Geld gekostet haben. Zum Teil sind sie historisch bedingt und konnten mittlerweile gelöst werden, zum Teil liegen auch system- und strukturimmanente Ursachen zugrunde, die auf Ebene der Selbstverwaltung oder der Gesetzgebung zu regeln wären. Die wesentlichen Hürden sind:

- 1. Definition der delegationsfähigen Leistungen bei der eNurse:** Zum Leistungsumfang gab es lange Verhandlungen mit der Bayerischen Landesärztekammer, die sich in der Auslegung restriktiver verhält als die Kassenärztliche Bundesvereinigung. Einige Leistungen, darunter das „Abhören aus der Ferne“ (d.h. das Abhören durch eNurses vor Ort und die ärztliche Fernauswertung)

wurden nicht als Delegationsleistung anerkannt und nicht bewilligt. Dieser Prozess wurde als sehr kraftraubend und aufwendig beschrieben. Die hohen bürokratischen Hürden hätten ohne professionelle juristische Unterstützung nicht überwunden werden können. In der Folge können heute die eNurses ihr Potenzial noch nicht voll entfalten, die Ärzte noch nicht voll entlastet werden.

- 2. Investitionskosten für mobile eNurse-Geräte:** Für Investitionen in Neu- und Ersatzanschaffung der mobilen Koffer gibt es keine standardisierten Wege. Daher ist man wiederum auf geeignete Förderformate und Zugeständnisse der Kostenträger angewiesen.
- 3. Keine Ausweitung über AOK hinaus:** Bisherige Versuche, die Leistungen des Netzwerkes (wie Notfallüberweisungen) durch weitere Verträge nach § 140a SGB V auf andere Kassen und Versichertengruppen auszuweiten und damit direkt abrechenbar zu machen, scheiterten an vergleichsweise geringen Versicherungszahlen für die Region.
- 4. Mangelnde Akzeptanz technischer Lösungen:** Aufgrund der Altersstruktur der Bevölkerung und der damit einhergehenden eher geringen Technikaffinität einer großen Zahl der Patienten ließen sich bisher nicht alle digitalen Services erfolgreich etablieren. So wird beispielsweise die angebotene Möglichkeit zur Online-Terminvereinbarung insbesondere von älteren Patienten nur sehr wenig wahrgenommen.
- 5. Weitere Entwicklungen:** Mit der Gründung eines Medizinischen Versorgungszentrums (MVZ) in Rehau hat die UGHO zum Januar 2023 einen weiteren wichtigen Schritt getätigt, um die ärztliche Versorgung in der Region langfristig sicherzustellen und attraktive Angebote für Ärztinnen und Ärzte zu schaffen. Vorteile für die Ärzte: Eine Arbeit in Anstellung ist möglich, ebenso Teilzeit-Tätigkeit und ein gleitender Übergang in den Ruhestand für die ausscheidenden Kolleginnen und Kollegen. In Zukunft soll es noch weitere MVZ-Filialen im Netzwerk geben. Darüber hinaus ist die UGHO mittlerweile selbst Ausbilder von eNurses bzw. NÄPas. Sie ist mit der Berufsakademie Plauen eine Kooperation eingegangen und ist Ausbildungsbetrieb für den Studiengang Physician Assistants. Diese können innerhalb der UGHO bzw. im UGHO-MVZ eingesetzt werden und somit die ambulante medizinische Versorgung weiterhin sichern.

Wie Prävention hilft, Pflegebedürftigkeit zu verhindern



Im Bereich regionaler Versorgungsnetzwerke ist der Verbund „Gesundes Kinzigtal“ gemeinhin als DAS Leuchtturmprojekt bekannt. Mit allein 25 gelisteten Publikationen in der wissenschaftlichen Fachdatenbank Pubmed unter dem Schlagwort „Gesundes Kinzigtal“ wurde es vielfach beschrieben und zitiert. Es ist das erste in Deutschland aufgebaute und betriebene populationsorientierte Versorgungsnetz, welches über ein eigenes Budget aus realisierten Effizienzgewinnen verfügt. Die Gründung folgte eher den Motiven der Qualitätssteigerung und Effizienzverbesserung und weniger dem Druck der allgemeinen Versorgungssicherung. Durch die stärkere Förderung von Vorsorgeangeboten, die Fokussierung auf Patienten (Patienteninformation und -teilhabe) und eine vernetzte Versorgung konnte eine signifikante Reduktion der Krankheits- und Pflegelast erzielt und nachgewiesen werden. Für andere Regionen zeigt das Gesunde Kinzigtal vor allem, wie die Verschränkung von Leistungsangeboten aus Gesundheitsförderung und Krankheitsbehandlung dazu führen kann, bestehende Ressourcen optimal einzusetzen und durch stärkere Eigenverantwortung und gelebtes Miteinander Versorgung neu zu strukturieren und Prävention zu incentivieren.



Steckbrief

Gründung

1999 (Medizinisches Qualitätsnetz Ärzteinitiative Kinzigtal e. V.), 2005 (Gesundes Kinzigtal GmbH)

Rechtsform

GmbH

Status

Verstetigt, tragfähiges Geschäftsmodell

Schwerpunkt

Populationsorientierte integrierte Vollversorgung

Gründungsmotivation

Unzufriedenheit mit Arbeitsbedingungen und gesundheitspolitischen Zwängen sowie Spannungen mit der KV; initialer Fokus auf Verbesserung ambulanter medizinischer Versorgung

Typ

Basierend auf § 140a SGB V, anerkanntes Praxisnetz nach § 87b (2014), erstes Praxisnetz in Deutschland, das die nächste Anerkennungsstufe erhielt (2015)

Beteiligung

Mitgliedsbeitrag im Verein (500 Euro pro Jahr zzgl. einmalige Aufnahmegebühr)

Abdeckung

48 ärztliche und physiotherapeutische Partner in 31 Praxen mit ca. 8.000 eingeschriebenen Patienten (bezogen auf 33.000 AOK-Versicherte in der Region; Stand: 2021)

Rolle der Netzwerkorganisation

Verwaltung des Budgets und Vergütung von Leistungen, Qualitätsmanagement, Netzwerkkoordination, Schulungen

Prozesse

Gemeinsam abgestimmte Behandlungspfade, interdisziplinäre Fallkonferenzen, Qualitätszirkel, vereinbarte Informationsstandards

IT-Strategie

Einheitliche IT-Systeme, leistungserbringerübergreifende, digitale, arztgeführte, zentrale Akte

Zur Übertragung geeignet

- Regionale, populationsbasierte Vergütung, in der Präventionsleistungen einen besonderen Schwerpunkt haben (insbesondere Vermittlung von Gesundheitskompetenz und damit verbundene Verhaltensänderungen)
- Ärzte delegieren an Gesundheitslotsen, die beim Gesunden Kinzigtal angestellt sind, und werden so entlastet.
- Zertifizierte Präventionsangebote (nach Zentraler Prüfstelle für Prävention, ZPP) und drittmittel-finanzierte Leistungen stehen allen GKV-Versicherten offen.

Hürden der Verstetigung

- Vertrag gilt für AOK- und BKK-Versicherte, dadurch sind Versicherte anderer Kassen außen vor, sofern sie nicht als Selbstzahler auftreten.
- Regionalisierungsfaktor im Morbi-RSA führt zu monetären Fehlanreizen, insbesondere bei erfolgreicher Prävention.

Faktoren des Gelingens

- Hohe Motivation aufseiten der Leistungserbringer selbst
- Professionalisierung der Netzwerkarbeiten durch Einbindung von Gesundheitslotsen
- Wandlungs- und Drittmittel-fähigkeit sowie kontinuierliche Weiterentwicklung

Regionale Einbindung

Das Kinzigtal im Schwarzwald ist eine ländlich geprägte, aber nicht strukturschwache Region von 18 Gemeinden mit ca. 71.000 Einwohnern, davon circa 33.000 AOK-Versicherte. Das Durchschnittsalter im Ortenaukreis liegt bei 44,3 Jahren, der Altenquotient bei 36,6.¹⁰ Ärztinnen und Ärzte sind im Durchschnitt älter als die übrige Bevölkerung im Landkreis: Etwa 60% sind über 55 Jahre alt.

Gründungsmotiv und Problemlage

Das Gesunde Kinzigtal existiert seit den frühen Neunzigerjahren. Zurzeit sind 48 ärztliche und physiotherapeutische Partner aus 31 Praxen am Netz beteiligt, bei denen ca. 8.000 AOK-Versicherte eingeschrieben sind. Die Gründung geht auf die beiden Hausacher Ärzte Dr. Detlev Geßner und Dr. Rainer Landgraf zurück, die mit den Arbeitsbedingungen und den damaligen gesundheitspolitischen Zwängen unzufrieden waren. Nach dem Motto „Schimpfen bringt nichts, wenn man nichts ändert“ gründeten sie die Ärzteinitiative Kinzigtal, welche im Jahr 1993 in den Verein Medizinisches Qualitätsnetz Ärzteinitiative Kinzigtal e.V. (MQNK) über-

führt und inzwischen durch die „Gesundes Kinzigtal GmbH“ bei der Umsetzung des Versorgungsmodells abgelöst wurde. Das MQNK fungiert heute als Gesellschafter der „Gesundes Kinzigtal GmbH“ und bringt seine Expertise durch den ärztlichen Beirat ein.

Philosophie

Die Philosophie des Netzes ist getragen von einem starken Miteinander der Leistungserbringer untereinander sowie zwischen Patienten und Behandelnden. Einen hohen Stellenwert nehmen Gesundheitsvorsorge und Prävention ein. Die Versicherten werden aktiv in die Versorgung eingebunden und durch Angebote zur Stärkung ihrer Gesundheitskompetenz unterstützt. Dies führt zu besserer medizinischer Qualität, senkt die Kosten und wirkt sich positiv auf die Zufriedenheit der Patienten und Leistungserbringer aus.

Organisation und Management

Einen wichtigen Schritt hat das Netzwerk im Jahr 2005 nach gut zehn Jahren gemacht. Es entschied sich, gemeinsam mit der OptiMedis AG die Gesundes Kinzigtal GmbH zu gründen, um die Arbeit

im Netzwerk weiter zu professionalisieren. Seither übernimmt die GmbH das Management der Versorgungsleistungen inklusive der Kontrahierung der Leistungserbringer in der Region und vereinbart die entsprechenden Verträge mit den Kassen. Dabei hält das MQNK 66,6% und die OptiMedis AG 33,4% der Anteile an der Gesellschaft.

Versorgungsansatz: Populationsbezogen, regional

Maßgeblich für diese Entscheidung und die weitere Entwicklung des Netzwerkes war der mit der AOK Baden-Württemberg avisierte und im Jahr 2016 geschlossene, unbefristete Versorgungsvertrag, der eine bevölkerungsbezogene Vergütung im Netzwerk vorsieht. Kern der Kooperation ist ein populationsbezogener Versorgungsansatz mit einem innovativen Vergütungsmodell, das im Wesentlichen auf einem Einsparkontrakt basiert. Dieser honoriert eine überdurchschnittliche Netzwerkleistung (d.h. die effiziente Absenkung der Morbidität in der Versichertengruppe), indem er die Vergütung der Leistungen an der Kostenentwicklung einer Vergleichsgruppe orientiert. Liegt das Netzwerk durch gutes Patienten- und Leistungsmanagement unter den Kosten der Vergleichsgruppe, honoriert der Vertrag diese Effizienzsteigerung, indem er den positiven Differenzbetrag dem Netzwerk zur Verfügung stellt. Die so freigesetzten Mittel werden zur Weiterentwicklung des Versorgungs- und Präventionsangebotes sowie zur Aufwertung der Netzwerktätigkeit verwendet. Damit entsteht ein unmittelbarer Anreiz in der Region, Versorgung wirtschaftlich und bedarfsorientiert auszurichten, abzustimmen und auch den Aspekt Prävention stärker in das Lebensumfeld der Bürger mitzutragen. Entgegen typischen IV-Verträgen stellt der Vertrag mit dem Kinzigtal nicht auf einzelne in den Vertrag eingeschriebene Versicherte ab, sondern bezieht über einen bevölkerungsbezogenen Ansatz alle AOK-Versicherten ein, die in der definierten Postleitzahl-Region leben. Eine Einschreibung des Versicherten und ggf. weitere hausärztliche oder fachärztliche Verträge sind nicht erforderlich.

Bedarfsgerechte Angebote – in Versorgung und Vorsorge

Das „Ziel vieler Aktivitäten im Kinzigtal waren und sind – neben der verbesserten Vernetzung und Information der Partner in der Behandlungskette – die allgemeine Gesundheitsförderung und die Optimierung der Versorgung bei schon aufgetretenen chronischen Erkrankungen und damit im Endeffekt die zeitliche Verschiebung des Auftretens bzw. der Progression von Erkrankungen“¹⁵, lautet es

auf den Webseiten des Netzes. Eines der Prinzipien ist es, die Gesunderhaltung zu fördern, um die Krankheitslast in der Region zu senken und dadurch frei werdende Ressourcen für eine bestmögliche Versorgung im Krankheitsfall bereitstellen zu können. Neben Schulungs- und Qualifikationsangeboten für Leistungserbringer bietet das Gesunde Kinzigtal ebenso Angebote zur Aktivierung und Qualifikation der Patienten. Zum Beispiel werden zur Sekundärprävention individuelle Zielvereinbarungen mit den Patienten erarbeitet. Die Zusammenarbeit der Leistungserbringer (auch mit anderen Heilberufen) wird durch gemeinsam entwickelte Behandlungspfade, interdisziplinäre Fallkonferenzen, Qualitätszirkel, vereinbarte Informationsstandards etc. gewährleistet. Die Dokumentation erfolgt bereits seit dem Jahr 2013 übergreifend für verschiedene Leistungserbringer in einer digitalen, arztgeführten, zentralen Akte. Im Jahr 2021 fand eine Systemumstellung statt: Seitdem haben alle Ärzte, die in einem Quartal mit einem Patienten betraut sind, Zugang zur zentralen Fallakte, sondern werden insbesondere auch bei der Patientensteuerung und Auswahl der optimalen Behandlung unterstützt. Darüber hinaus wird ebenso die gesamte Verwaltung der teilnehmenden Patientinnen und Patienten über die Software administriert. Auch die Abrechnung der außerhalb der Regelversorgung erbrachten Leistungen erfolgt automatisiert über dieses Tool.

Evaluation

Die Evaluation der Leistungen des Gesunden Kinzigtals konnte bereits erstaunliche Resultate liefern. So konnten eine signifikante Verzögerung des Eintritts in die Langzeitpflege (bis zu 4 Jahre Differenz zur Kontrollgruppe bei langfristigem Einschluss ins Netzwerk), eine Verringerung des Sterberisikos um 19%, der regelmäßige Nachweis von Einsparungen der Gesundheitsausgaben, eine regelmäßig geringere Einweisungsquote für stationäre Aufenthalte (bspw. 7% weniger Einweisungen im Jahr 2019) sowie sehr gute Ergebnisse in den Bereichen Patientensicherheit, Impfquoten sowie bei der Verfügbarkeit und Inanspruchnahme von Vorsorgeangeboten im Vergleich zur Kontrollgruppe nachgewiesen werden. Heute gilt das Netzwerk als eines der am besten evaluierten Netzwerke und auch im internationalen Vergleich als Paradebeispiel integrierter Netzwerktätigkeit.

Angesichts der positiven Evaluationsergebnisse kann man fragen, welche Erkenntnisse das Kinzigtal für andere Regionen liefert und ob sich die Ansätze übertragen lassen.



i

Morbi-RSA

Der morbiditätsorientierte Risikostrukturausgleich (kurz: Morbi-RSA) ist ein Verteilungsmechanismus der gesetzlichen Krankenkassen, um die Kosten einer ungleichen Versichertenstruktur auszugleichen, z. B. in Bezug auf das Einkommen, das Alter und den Gesundheitszustand. Nachdem der Morbi-RSA im Jahr 1994 eingeführt wurde, hat er mehrere Novellierungen erfahren. Die letzten Anpassungen im Jahr 2021 gehen auf das „Fairer-Kassenwettbewerb-Gesetz“ (GKV-FKG) zurück. Seitdem werden in einem Vollmodell alle Krankheiten (statt vorher 80) erfasst. Hochkostenfälle ab 100.000 Euro werden über einen Risikopool ausgeglichen, und für Präventionsleistungen (z. B. Impfungen, Muttersorge) gibt es eine Vorsorgepauschale pro Versicherten.¹⁶

Weiterentwicklung

Vor dem Hintergrund der positiven Evaluation überrascht, dass der bestehende Versorgungsvertrag mit der AOK Baden-Württemberg im Jahr 2021 mit Wirkung zum 31. Dezember 2023 gekündigt wurde. Laut AOK sollte aufgrund der veränderten politischen und ökonomischen Rahmenbedingungen der bestehende Vertrag neu verhandelt und damit zukunftssicher gemacht werden.¹⁹ Wesentliches Motiv für diese Richtungsänderung ist eine im Kern plausible Änderung im morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich der gesetzlichen Krankenkassen (Morbi-RSA), wonach regional unterschiedliche Versorgungskosten vom Finanzausgleich abgedeckt werden. Dies führt zu Nachteilen bei Kassen, die in ländlichen Regionen vertreten sind und eine vergleichsweise gute Risikostruktur mit geringerer Krankheitslast und höheren Einkommen aufweisen.

Übertragungspotenzial

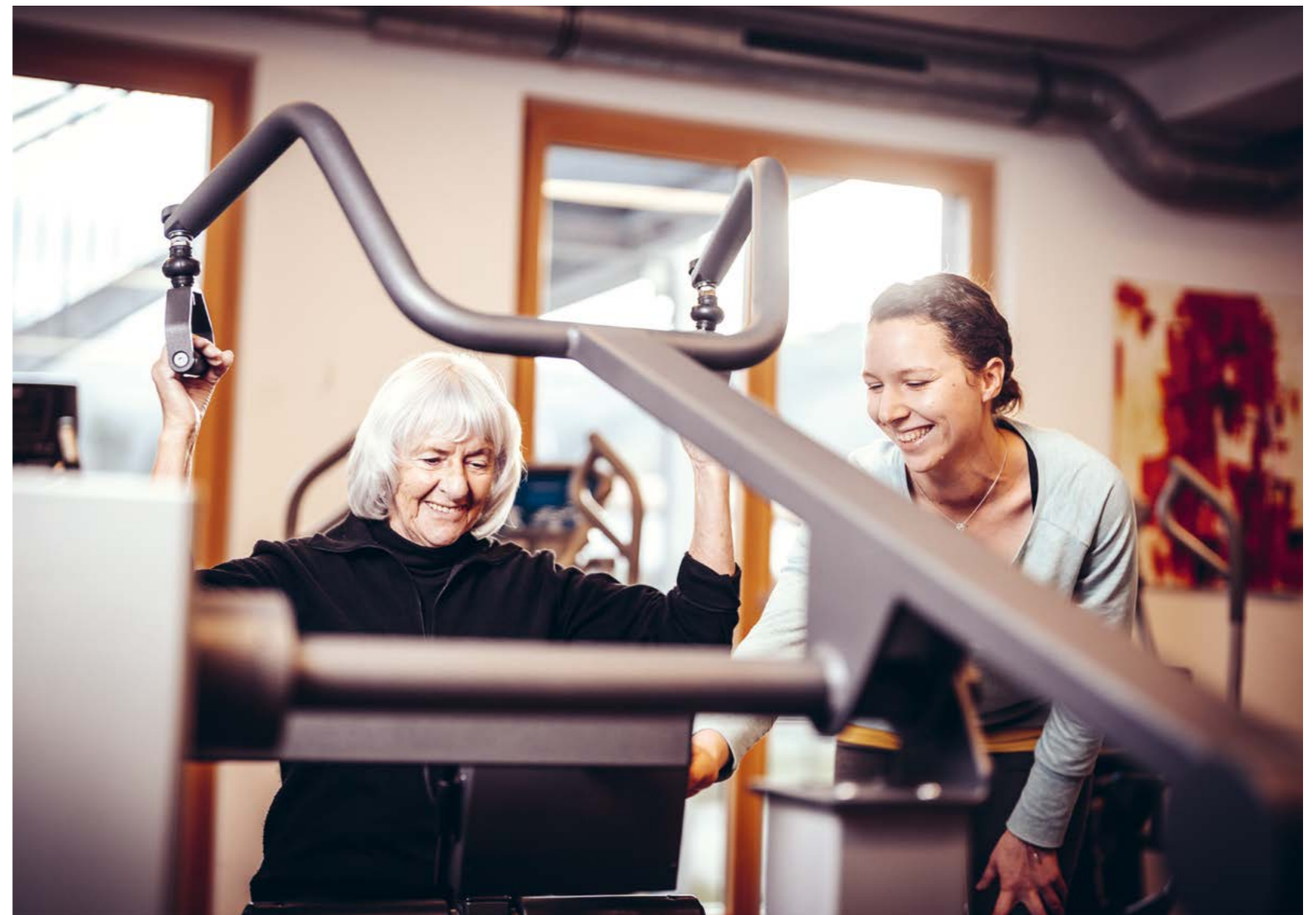
Das Gesunde Kinzigtal und die MQNK arbeiten seit der Gründung eng mit der OptiMedis AG zusammen, welche sich selbst als „Marktführer in der Entwicklung und Umsetzung innovativer Versorgungsformen“ positioniert. Durch die hohe Aufmerksamkeit, die das Gesunde Kinzigtal in Deutschland erfahren hat, unterstützt die OptiMedis AG auch andere Regionen beim Aufbau von ähnlichen Versorgungsnetzwerken inklusive entsprechender Managementstrukturen. Die Grundphilosophie sind dabei vor allem die Stärkung und Incentivierung der Gesunderhaltung, gezielte Prävention und eine bestmögliche, effiziente Versorgung im Krankheitsfall. Als Beispiel werden hier die Netzwerke Gesunder Schwalm-Eder-Kreis+ und Gesunder Werra-Meißner-Kreis genannt, die sich wiederum auf integrierte Versorgungsverträge mit den jeweils vor Ort stark vertretenen Betriebskrankenkassen stützen (BKK B. Braun Aesculap und BKK Werra-Meißner).

Jedoch muss attestiert werden, dass entgegen der beachtlichen Ergebnissen des Gesunden Kinzigtals die Übertragung seiner Erfolge bisher eher zögerlich ist und keinesfalls als flächendeckende „Lösungsschablone“ verwendet wird – insbesondere nicht in strukturschwachen Regionen. Es stellt sich somit die Frage: „Wie kann mit den Möglichkeiten strukturschwacher Regionen durch eine intelligente Ver-

knüpfung von Vorsorge und Versorgung eine Reduzierung der Krankheitslast erreicht werden?“ Zum einen sollten sich Kostenträger und Politik auch bewusst sein, dass der Umbau der Versorgungslandschaft ökonomische Anreize benötigt, welche Engagement und Erfolg honorieren. Zum anderen sind entsprechende Anschubfinanzierungen nötig. Diese wurden beispielsweise für das Kinzigtal auf ca. 4 Millionen Euro für die ersten zwei Jahre eines Netzwerkes beziffert. Gleichzeitig sollte man sich bewusst sein, dass die Effekte guter Netzwerkarbeit erst ab dem dritten Jahr messbar sind.

Die Antwort zur Anschlussfähigkeit des Modells für unterversorgte Regionen kann gegebenenfalls im thüringischen Unstrut-Hainich-Kreis gegeben werden. Dort entsteht gerade unter der Beteiligung

der OptiMedis AG und der Stiftung Landleben ein neues Gesundheitsnetzwerk. Kernelement sind sogenannte Gesundheitskioske, die durch die Stiftung Landleben für vier Gemeinden in der Region angedacht sind. Sie sind als zentrale Anlaufstelle für Gesundheitsfragen in der Region konzipiert und sollen die Menschen vor Ort bei der Vor- und Nachbereitung von Arztbesuchen unterstützen. Perspektivisch sollen diese Kioske im Zentrum einer abgestimmten und auf die Gesunderhaltung ausgerichteten Versorgungslandschaft stehen, welche neben Facharztsprechstunden per Video auch Online-Beratungen durch Apotheken anbietet. Im Kiosk beraten Gemeindefrauen des Landesprojektes „Agathe“, die ebenso Hausbesuche durchführen und den Menschen vor Ort in medizinischen, pflegerischen und sozialen Belangen weiterhelfen.



„Das Modell ist auf nahezu alle Regionen in Deutschland übertragbar.“

Interview mit Dr. h. c. Helmut Hildebrandt (OptiMedis AG) zur Übertragbarkeit des integrierten Versorgungssystems im Kinzigal und zur Rolle der Kommunen

Ausstrahlung auf unterversorgte Gebiete

Das Gesunde Kinzigal gehört zu den ältesten und etablierten Projekten der integrierten Versorgung in Deutschland. Es ist in einer wirtschaftlich starken Region mit ausreichender Ärztezahl und guter Infrastruktur entstanden und hatte vorrangig das Ziel der Optimierung und Qualitätsverbesserung. Kann es damit beispielhaft für unterversorgte Gebiete mit gealterter Bevölkerung sein? Anders gefragt: Welche Lehren lassen sich aus dem Kinzigal-Projekt für Regionen ziehen, in denen es an Ärzten und Pflegekräften mangelt?

Meine Motivation für die Beteiligung im Kinzigal war von Anfang an sehr stark durch die Idee getrieben, Gesundheitsförderung und -erhaltung ebenso als Teil eines Gesundheitssystems zu begreifen, wie es auch die Krankheitsversorgung ist. Eng damit verbunden war die Frage: Wie baut man ein resilientes Gesundheitssystem auf, welches nachhaltig ist und vielmehr Gesundheit produziert, anstatt die Verdienstmöglichkeiten durch Krankheiten zu steigern? Das Kinzigal konnte durch die Incentivierung von Versorgungseffizienz und Krankheitsminimierung in den letzten knapp 17 Jahren zeigen, dass eine Änderung der Anreizstrukturen sehr positive Effekte auf die Gesundheit haben kann. Ein Beispiel: Die Versicherten, die an den Projektaktivitäten teilnahmen, konnten ihre stationäre Pflegebedürftigkeit gegenüber einer Zwillingsgruppe um 4 Jahre nach hinten verschieben. Übrigens zu Ihrer Frage zurück: Auch das Kinzigal bekommt inzwischen den Mangel an Fachkräften zu spüren. Mit einem genossenschaftlich von einigen der Ärzten getragenen MVZ begegnen wir diesem Mangel aber aktiv und erfolgreich.

Wenn man nachweisen will, dass solche Systeme in Deutschland grundsätzlich funktionieren, dann muss sich das Modell auch in anderen Regionen bewähren, die möglichst konträr zum Kinzigal sind. Daher hat sich die OptiMedis AG in 2019 für das Projekt

Billstedt-Horn in Hamburg entschieden, welches ganz ähnlich zum Kinzigal intendiert ist, jedoch in einer prekären Zielgruppe und strukturschwächeren Umgebung. Daher bestand, anders als im Kinzigal, zunächst die Frage, wie die mögliche Unterversorgung gedeckt werden kann, bevor überhaupt über Effizienzgewinne gesprochen werden kann. Ein wesentliches Element in Billstedt-Horn sind die sogenannten Gesundheitskioske, die letztendlich vergleichbar mit der Gesundheitswelt im Kinzigal sind. Die Kioske fungieren zunächst als Anlaufstelle für Gesundheitsfragen und können sukzessive ausgebaut werden. Anders als im Kinzigal wurde jedoch die Umsetzung des Projektes durch eine 3-jährige Förderung aus dem Innovationsfonds realisiert und sollte dann wiederum in einen ähnlich dem Kinzigal-Modell gestalteten direkten Vollversorgungsvertrag mit einer Refinanzierung durch Effizienzgewinne überführt werden. Dieser ursprüngliche Plan konnte leider nicht umgesetzt werden, da mit den Kassen andere Vertragsmodelle gewählt wurden.

Das OptiMedis-Modell, wie es u. a. im Kinzigal umgesetzt wird, ist aus meiner Sicht in nahezu alle Regionen Deutschlands übertragbar. Wir bearbeiten heute schon Anfragen aus allen Himmelsrichtungen. Konkret arbeiten wir zum Beispiel mit dem Werra-Meißner-Kreis (Nordhessen), Lörrach (Baden-Württemberg), Urleben (Thüringen), Heringen (Hessen), Wattenscheid (Nordrhein-Westfalen), Görlitz, Leipzig-Grünau (Sachsen) und Greifswald (Mecklenburg-Vorpommern) zusammen. Lediglich in Regionen, die durch eine hohe Mobilität der Bewohnerinnen und Bewohner geprägt sind, ist die Realisierung von Effizienzgewinnen problematisch. Das erleben wir beispielsweise in studentisch geprägten Vorstädten. Dort würden die Investitionen in die Gesundheit der Bevölkerung vor Ort in andere Regionen getragen und könnten nicht zum Aufbau und Betrieb der Strukturen eingesetzt werden.

Prävention

Eine Besonderheit im Kinzigal ist die starke Betonung von Prävention, Gesundheitsförderung und öffentlicher Gesundheit. Was raten Sie Kommunen und Landkreisen, die ebenso nach Lösungen suchen, wie sie den demografischen Wandel besser bewältigen können?

Aus meiner Sicht beginnen Kommunen und Landkreise, zunehmend ihre Rolle und die Dimension der künftigen Problemlage zu verstehen. Durchschnittliche Landkreise zahlen beispielsweise schon heute 20–25 Mio. Euro „Hilfe zur Pflege“ und müssen sich das Geld großteils aus der Kommunalumlage holen. Es ist daher auch für Kommunen interessant, die Pflegebedürftigkeit der Bevölkerung durch gute Präventionsangebote hinauszuzögern sowie Gesundheitskioske und Kinzigal-ähnliche Modelle dafür umzusetzen. Eine Herausforderung ist die schon heute oft erlebte Überforderung der kommunalen Akteure mit so vielfältigen Aufgaben. Daher sehe ich ihre Rolle v. a. im Bereich der Aufsicht und Initiierung von Versorgungslösungen und nicht so sehr im Betrieb der Netzwerke. Das sollten sie lieber von Profis machen lassen.

Empfehlungen

Welche Empfehlungen würden Sie heutigen Akteuren geben? Was sollte man heute noch genauso machen, was sollte man ändern?

Es ist kaum zu übersehen, dass sich die Kassen in Deutschland noch schwertun, Gesundheitsförderung und Krankheitsversorgung integrierter zu sehen und diese letztendlich auch durch entsprechende Vergütungsanreize zu verbinden. Eine Möglichkeit, die Verhandlungsposition einzelner Akteure zu stärken, sind regionale Vertragsgemeinschaften, die gemeinschaftlich gegenüber den Kassen auftreten können. Regionale Entwicklungskonferenzen (als potenzielle



„Kommunen sollten als Ideen- und Impulsgeber stärker aktiv werden.“

Helmut Hildebrandt (OptiMedis AG)

Erörterungs- und Entwicklungsräume für die Übernahme regionaler Versorgungsverantwortung) tragen zudem dazu bei, alle Akteure an einen Tisch zu bekommen. Kommunen sollten als Ideen- und Impulsgeber stärker aktiv werden. Das Aufbauen und Betreiben von Gesundheitsnetzen sollte externen Gesellschaften übertragen werden, die wiederum im Wettbewerb zueinanderstehen. Krankenhäuser, Ärztenetze und MVZs, die schon gute Organisationsstrukturen haben und betriebswirtschaftliches Know-how mitbringen, könnten dafür die Initiatoren sein.

Man sollte jedoch nicht der Illusion anheimfallen, dass sich allzu schnell etwas grundsätzlich in unseren Finanzierungs- und Anreizsystemen ändert. Das gegenwärtig leistungsbezogene Finanzierungsmodell ist sehr dominant, obwohl alle sehen, dass dadurch massive Fehlanreize entstehen, die Orientierung an Leistungsmengen über den effizienten Einsatz der Strukturen zu stellen. Eine Änderung ist nötig, auch um Krankheitslasten zu reduzieren. Ebenso agieren die Kassen meines Erachtens viel zu zurückhaltend. Sie glauben, das System doch irgendwie zu beherrschen und die einzelnen Sektoren steuern zu können. Tatsächlich sind sie heute aber eher Getriebene der Fehlanreize und des demografischen Wandels.

„Gesundheitskioske sind soziale Verbindungs- und Informationsstellen.“

Interview mit Christopher Kaufmann, Geschäftsführer Gesundes Landleben GmbH, zur Rolle von Vernetzungs- und Informationsangeboten für einen leichteren Zugang zur Gesundheitsversorgung in ländlichen Regionen

Der erste Gesundheitskiosk in Thüringen hat im Jahr 2022 in der Gemeinde Urleben eröffnet. Der zweite folgte in Kirchheiligen. Insgesamt sind vier Gesundheitskioske in den ländlichen Regionen Thüringens geplant. Welche konkrete regionale Versorgungslücke schließt der Verein „Landengel“ mit den Gesundheitskiosken?

Mit unserem Projekt „Landengel“ und den Gesundheitskiosken schließen wir regionale Versorgungslücken im ländlichen Raum Thüringens, wo es aufgrund der Zentralisierung des Angebotes von Gesundheitsdienstleistungen in Städten wie Mühlhausen oder Erfurt insbesondere für ältere Menschen nahezu keine Zugänge mehr gibt. Beispielsweise sind kaum mehr Fachärzte in den ländlichen Regionen vor Ort und die Menschen müssen bis zu 1 Stunde Anfahrtszeit in Kauf nehmen. Wir übernehmen die Koordinierung und Abstimmung mit 40 Ärzten in der Region und die Terminvergabe mit Fahrdiensten zu weiter entfernten ansässigen Praxen oder Kliniken. So bieten wir telemedizinische Videosprechzeiten zur Gesundheitsvorsorge mit der Uniklinik Jena an und bündeln Patientenfahrten zur weiteren diagnostischen Abklärung für Personen ohne eigenes Auto. Bis zu 40 Patienten pro Tag transportieren die Fahrdienste und legen dabei gut 800 Kilometer Strecke zurück. Insgesamt geht es aber um wesentlich mehr als die ärztliche Versorgung allein. Die Gesundheitskioske stellen die Schnittstellen dar, die den Menschen im ländlichen Raum überhaupt erst einen Zugang zur Gesundheitsversorgung ermöglichen und somit einen Anfang zur sektorenübergreifenden Versorgung bieten. Die Versorgung in ländlichen Regionen ist sehr komplex, da hier viele Aspekte des Lebens zusammenkommen. Oft haben die Menschen nicht nur ein Gesundheitsproblem, sondern auch ein Mobilitätsproblem, Pflegeproblem, Wohnungsproblem und mit noch weiteren Hürden wie finanziellen Schwierigkeiten oder sozialer Einsamkeit zu kämpfen. Der Begriff „Kiosk“ greift vor dem Hintergrund dieser umfassenden Funktion als „regionaler Kümmerer“ eigentlich zu kurz. Mit dem Betrieb der Gesundheitskioske als zentrale Anlauf-

Mittler- und Informationsstellen geht es uns um soziale Verbindungen, Information der regionalen Bevölkerung, die Identifikation von individuellen Versorgungsbedarfen sowie das Schaffen und Koordinieren des Zugangs zu Versorgungsangeboten. Diese Aufgaben übernehmen die Fachkräfte im Kiosk. Damit ermöglichen sie eine schnellere, bedarfsgerechte Versorgung der Patienten vor Ort.

Wenn Sie auf den Weg von der Idee bis zur Eröffnung der Gesundheitskioske zurückblicken – mit welchen Schritten und eventuellen Schwierigkeiten sahen Sie sich dabei konfrontiert?

Die Idee für den ersten Gesundheitskiosk entstand in offenen Dorfgesprächen mit den Bewohnern der gesamten Region. Den Bau des Kiosks konnten wir über den Verein „Landengel“ und zu drei Viertel durch Mittel des Thüringer Landesamtes für Landwirtschaft und Ländlichen Raum finanzieren. Die Finanzierung erfolgt damit nicht über die Krankenkassen, sondern überwiegend aus Landesmitteln, was zwar prinzipiell positiv ist, aber eben auch zusätzliche finanzielle Herausforderungen mit sich bringt. Wir arbeiten eng mit den Kommunen zusammen, die oft auch als finanzieller Unterstützer oder personell tätig wurden. Der Bau dauerte insgesamt zwei Jahre und stellte während der Coronapandemie eine besondere und unerwartete Herausforderung dar. Wir haben in Zusammenarbeit mit der Gemeinde einen Pachtvertrag mit dem Verein „Landengel“ geschlossen, um die alte Bushaltestelle abzureißen und als Gesundheitskiosk mit integrierter Bushaltestelle neu aufzubauen. So haben wir eine neue regionale Infrastruktur und den zentralen Zugang zum Kiosk schaffen können. Außerdem haben wir für eine Glasfaseranbindung und WLAN im Kiosk gesorgt. Es gibt weiterhin in vielen Regionen noch Probleme mit der Digitalisierung – Dörfer als „Tal der Ahnungslosen“ ohne Mobilfunkempfang oder Internetanbindung. Mit den Gesundheitskiosken wollen wir den Menschen auf einfache Weise zeigen, was Digitalisierung bedeutet. An den Kiosken sind Bildschirme („Landplausch“)



Die Stiftung Landleben ... mit dem angeschlossenen Verein „Landengel“ und der im Jahr 2022 neu gegründeten Gesundes Landleben GmbH sorgt seit 2017 für die Vernetzung der medizinischen, therapeutischen, pflegerischen und sozialen Leistungen im Unstrut-Hainich-Kreis in Thüringen. Mit der Einrichtung und Betreuung von Gesundheitskiosken in kleineren Orten schafft sie niedrigschwellige Zugänge und pragmatische Lösungen für die regionale Gesundheitsversorgung und übernimmt gleichzeitig eine wichtige Rolle der Daseinssicherung und Daseinsvorsorge im ländlichen Raum.

für das Anzeigen von Fahrplänen und Dorfnachrichten angebracht. Darüber hinaus sollen telemedizinische Sprechstunden angeboten werden. Das gibt es bisher noch in keinem Gesundheitskiosk in Deutschland. Mit Videosprechstunden kann der Fahrtaufwand für Patienten und Fahrer reduziert werden, was letztlich auch der Umwelt zugutekommt und Ärzte entlastet. Doch das Ganze hat keinen Nutzen, wenn man nicht von Anfang an und kontinuierlich die Menschen vor Ort mit-

nehmen und sensibilisieren kann. Dazu ist es wichtig, die Bedürfnisse der Bevölkerung in der Region zu kennen, sie bei Planung und Umsetzung des Projektes zu Wort kommen zu lassen und ihre Wünsche bei der Weiterentwicklung zu berücksichtigen. Aus diesem Grund betreiben wir seit jeher intensive Kommunikationsarbeit. Die Notwendigkeit und Wirkung von ehrenamtlichen Unterstützern in der regionalen Versorgung ist essenziell und sollte nicht vernachlässigt werden. Nur mit einer aktiven Beteiligung der Menschen vor Ort können ein Projekt wie der „Landengel“ und Gesundheitskioske gelingen.

Mit einem Blick in die Zukunft: Welche Wünsche haben Sie an die politische Unterstützung von regionalen Versorgungsinitiativen?

Die politische Unterstützung regionaler Versorgungsinitiativen muss dringend angepasst und ineffiziente Überregulierung im Gesundheitswesen abgebaut werden. Und das strikte Denken und Handeln der Professionen in den Sektoren der Sozialgesetzbücher muss aufgebrochen werden. Eine wichtige Rolle kann dabei der Gesundheitskiosk als regionaler Kümmerer der Daseinsversorgung und -sicherung sein. Hierzu müssen die entsprechenden gesetzlichen Grundlagen geschaffen werden. Der Ausbau der ambulanten Versorgung ist zwingend vonnöten und sollte öffentlich mitfinanziert werden. Auch telemedizinische Maßnahmen können unterstützen. Ein weiterer Wunsch ist die Gründung eines kommunalen MVZ zur Versorgungssicherung. In unserer Region gibt es hierfür bereits interessierte Ärzte. Auch sozialer und altersgerechter Wohnungsbau sowie die Verwaltung von altersgerechten Wohnungen sollten regional organisiert und angeboten werden. Alle diese Maßnahmen erfordern politische Unterstützung und Anpassungen im Gesundheitssystem.

i

Gesundheitskiosk

Der Begriff „Gesundheitskiosk“ ist nicht fest definiert. In Thüringen gleicht er einer „Praxis ohne Arzt“, einer soziokulturell-medizinischen Begegnungsstätte für die Dorfbewohnerinnen und Bewohner mit telemedizinischer Anbindung, die unter pflegerischer Leitung steht. Völlig anders ist die Situation in Hamburg oder im Ruhrgebiet, wo es ebenfalls Gesundheitskioske gibt. Dort sind sie zumeist in Stadtbezirken zu finden, die als soziale Brennpunkte gelten. Die Beratung findet mehrsprachig statt, hilft den Menschen bei der Orientierung durch den Dschungel des Gesundheits- und Sozialwesens und vermittelt in verschiedene Präventionsangebote. Gemeinsam ist den Kiosken, dass sie einen niedrigschwelligem Ansatz haben, also prinzipiell für jede und jeden offen sind, und dass in ihnen sektorenübergreifend sowohl zum Gesundheits- als auch zum Pflege-, Sozial- oder Rentensystem beraten wird.

Lehren aus der Praxis

Gestaltungsprinzipien für die medizinische Versorgung in strukturschwachen Regionen

Leitprinzipien, Erfolgsfaktoren und Hürden

Die präsentierten Praxisbeispiele stehen stellvertretend für eine vielfältige Palette regionaler Netzaktivitäten in Deutschland. Obwohl sich ihre Ausrichtung unterscheidet, verfolgen die meisten Beispiele das Ziel, die vorhandenen Ressourcen innerhalb einer Region zu bündeln und die Versorgung für alle Patienten oder für spezifische Krankheitsbilder effizienter zu gestalten. Die Gründung der Netzwerkiniciativen erfolgte aus unterschiedlichen Motivationslagen, meist jedoch mit dem Anliegen, Fehl- oder Unterversorgung zu vermeiden und vorhandene Ressourcen wirtschaftlich einzusetzen. Die Praxisbeispiele zeigen, dass erfolgreiche Initiativen stark auf dem Engagement und der Vorreiterarbeit einzelner regionaler Akteure beruhen. Nur in seltenen Fällen entstehen Versorgungsnetze aus der Initiative einzelner Kostenträger oder privatwirtschaftlicher Investoren.

Aus den Praxisbeispielen können wichtige Erkenntnisse für die (Weiter-)Entwicklung regionaler Gesundheitslösungen zur Bewältigung von Versorgungslücken infolge des demografischen Wandels abgeleitet werden: gewissermaßen als empiriebasierte Leitprinzipien für eine bessere Koordination der Versorgung und effizientere Nutzung von knappen Ressourcen, die sich auf andere Regionen mit vergleichbaren Herausforderungen übertragen lassen.

Leitprinzipien für eine bessere Koordination der Versorgung und effizientere Nutzung knapper Ressourcen:

1. Einbindung nicht ärztlicher Ressourcen in die medizinische Versorgung: Die effektive Nutzung nicht ärztlicher Kräfte kann dazu beitragen, die Verfügbarkeit von knappen ärztlichen Ressourcen zu verbessern und die Gesundheitsversorgung in der Region zu optimieren. Ein Beispiel ist die Delegation von ärztlichen Leistungen an Nicht-ärztliche Praxisassistenten (NäPas), um bei Hausbesuchen zu unterstützen, einfache Untersuchungen und Behandlungen durchzuführen sowie Verordnungen in Rücksprache mit dem Arzt anzupassen. Die Konzentration ärztlicher Leistung auf die unmittelbare medizinische Versorgung

einerseits und die Entlastung bei Querschnittsfunktionen (siehe Praxisbeispiel Büsum) sowie die Delegation von Leistungen, verknüpft mit telekonsiliarischer Begleitung, andererseits müssen systematisch, logisch wie zeitlich zusammengedacht werden (siehe Praxisbeispiel UGHO).

- 2. Nutzung digitaler Infrastrukturen und Telemedizin:** Die Integration von digitalen Technologien in den regionalen Versorgungskontext und die Schaffung digital gestützter Versorgungsprozesse haben ein enormes Potenzial, Kooperation und Koordination regionaler Akteure zu verbessern sowie die Effizienz und Qualität der Versorgung zu erhöhen. Beispiele sind die Nutzung von digitalen Plattformen zum Informations- und Datenaustausch zwischen Leistungserbringern oder die Integration und Steuerung von Delegationsaufgaben, wie sie z. B. NäPas erbringen können. Telemedizin-Lösungen können zudem die Vor-Ort-Betreuung von Patienten im häuslichen Umfeld sicherstellen.
- 3. Zusammenarbeit auf Basis von Behandlungspfaden:** Die Zusammenarbeit und Koordination von Versorgungsleistungen über Fachdisziplinen und ambulante und stationäre Leistungsanbieter hinweg ist notwendig, um eine effektive Versorgungssteuerung von Patienten zu ermöglichen. Dazu zählt beispielsweise die Zusammenarbeit eines Ärztenetzes mit Pflegediensten und stationären Einrichtungen der Region. Die Untersuchung der Praxisbeispiele hat gezeigt, dass in 6 von 7 Netzwerken standardisierte Prozesse und Absprachen zur Überleitung von Patienten implementiert wurden. Exemplarisch seien Behandlungspfade für Schwerpunkterkrankungen wie koronare Herzkrankheit, Hypertonie und Diabetes mellitus Typ II genannt, deren Einsatz positive Auswirkungen auf die Zusammenarbeit der Beteiligten und die Festigung einer gemeinsamen Identität im Netzwerk hat. Vielerorts wurde damit auch ein Rückgang stationärer Einweisungen erreicht (siehe Praxisbeispiele prosper/proGesund und Gesundes Kinzigtal). Durch Qualitätszirkel, Netzwerktreffen und Weiterbildungsangebote konnten die Prozesse beraten, implementiert und gefestigt werden.

- 4. Professionalisierung der Gesundheitsnetze:** Eine Netzwerk-Managementgesellschaft ist verantwortlich für die Organisation und Koordination der Netzarbeit. Häufig wird sie aus dem Netzwerk heraus gegründet und besetzt. Die Beteiligung von ärztlichem und kaufmännisch geschultem Personal im Management kann die Akzeptanz und die Umsetzung der Netzwerkziele fördern. In den Praxisbeispielen (siehe Gesundes Kinzigtal und HaffNet) konnte belegt werden, dass die Managementgesellschaften einen wesentlichen Beitrag zur Fokussierung und Entlastung ärztlicher Ressourcen leisten konnten. Zudem konnten zusätzliche Themen wie die Entwicklung von Verträgen mit den Krankenkassen, Präventionsprogramme, Weiterbildungsmaßnahmen oder die Akquise von Drittmitteln dort gebündelt werden. Letztendlich entstand damit auch eine Schnittstelle der ambulanten Versorgung zu den stationären Einrichtungen in der Region sowie zu den Bereichen Pflege und Ehrenamt (siehe Büsum und HaffNet).



Verträge nach § 140a SGB V (Besondere Versorgung) bieten Krankenkassen die Möglichkeit, gemeinsam mit interessierten Leistungserbringern neue oder spezielle Versorgungskonzepte zu entwickeln. Die Intention des § 140a ist die Schaffung einer Grundlage für besondere vertragliche Versorgungsformen, die die Regelversorgung ergänzen oder modifizieren können. Ziel ist es, eine patientenorientierte, qualitätsgesicherte und wirtschaftliche Versorgung zu ermöglichen, die über die Regelversorgung hinausgeht. Für den Vertragsschluss spielen Fragen der Qualitätssicherung und Wirtschaftlichkeit eine elementare Rolle. Der § 140a SGB V richtet sich die gesetzlichen Krankenkassen und die Leistungserbringer (Einzelpersonen wie Ärzte und Physiotherapeuten oder auch an Zusammenschlüsse von Leistungserbringern wie medizinische Versorgungszentren oder Ärztenetze). Vor allem lassen sich über diese Verträge Kooperationen verschiedener Fachdisziplinen und Leistungssektoren aufbauen und finanzieren.

- 5. Direkte Beteiligung der Patienten:** Die direkte Patientenbeteiligung kann dazu beitragen, eine bedarfsgerechte Versorgung und eine höhere Patientenzufriedenheit zu erzielen. Beispiele hierfür sind die Integration von Case Managern in indikationsspezifischen Netzwerken zur Unterstützung der Koordination der Versorgung, das Angebot von Patientenschulungen, regelmäßige Patientenbefragungen oder Bonuszahlungen bei der Inanspruchnahme von Leistungen im Gesundheitsnetz. Das Gesunde Kinzigtal oder das Gesundheitszentrum Büsum zeigen, wie durch das Netzwerk Patientenvertreter und ehrenamtliche Ressourcen vor Ort an der Versorgungssteuerung beteiligt werden und Prävention sowie Adhärenz für medizinische Empfehlungen wesentlich gestärkt werden können.

Die Analyse der Entwicklung der Praxisbeispiele verdeutlicht zudem, dass sich neue Gesundheitsnetze in der Regel entlang dreier Phasen (Initialisierung, Festigung und Verstetigung) entwickeln. Die Entwicklung beginnt typischerweise mit einer eher losen Zusammenarbeit unabhängiger Akteure mit dem gemeinsamen Ziel der Verbesserung der regionalen Versorgung (Initialisierung; vgl. Praxisbeispiel PANOS). Ihr folgt eine tiefere Integration und Koordination hin zu einem formell definierten und institutionalisierten Gesundheitsnetz, das gemeinsam Verantwortung für Leistungserbringung, Ressourcen und Finanzierung übernimmt (Festigung). Erreichen die Netzwerke eine regionale Strahlkraft, wirtschaftliche Robustheit und breite Integration in die Versorgungslandschaft, handelt es sich um eine Verstetigung der Netzwerke. Spätestens in dieser Phase sollte das Netzwerk nicht mehr von Einzelpersonen abhängig sein.

Nach dem heutigen Stand atmen bestehende Gesundheitsnetze häufig den Geist des § 140a SGB V (Besondere Versorgung), des § 87b SGB V (Vergütung der Ärzte; Honorarverteilung, insb. bezogen auf Praxisnetze) und/oder spezifischer Projektförderungen. Ein geringer Teil der Finanzierung der Netzwerkarbeit stützt sich auf Mitgliedsbeiträge, die von der Höhe aber eine untergeordnete Rolle spielen. Durch direktvertragliche Vereinbarungen mit einzelnen Kassen nach § 140a SGB V kann eine stabile, aber zeitlich befristete Finanzierung erreicht werden. Trotzdem zeigt sich, dass Gesundheitsnetze nach wie vor Schwierigkeiten bei der Verstetigung haben. Gerade der Übergang zur Langfristigkeit von Finanzierung und Betrieb bereitet erhebliche Hürden. Auf Basis der Erfahrungen in den untersuchten Praxisbeispielen lassen sich die folgenden Faktoren als essenzielle Hürden für die Umsetzung regionaler Gesundheitsnetze im ländlichen Raum ableiten:

- **Finanzielle Unsicherheit.** Fehlende tragfähige Refinanzierungsperspektiven sowohl für Kernaufgaben als auch für Querschnittsfunktionen und Infrastrukturinvestitionen eines Netzwerkes behindern seine Weiterentwicklung. Der Übergang von einer initialen Projektfinanzierung in eine regelfinanzierte Betriebsstruktur erweist sich als besonders herausfordernd. Beispielsweise sind Verträge nach § 140a SGB V zeitlich befristet und erfordern hohes Engagement in der Vorbereitung und Umsetzung.
- **Mangelnde Akzeptanz und Kooperation.** Vorurteile und Misstrauen bei den Netzwerkakteuren und potenziellen Partnern in der Region können zu Widerständen, fehlender Beteiligung und letztlich mangelnder Kooperation im und mit dem Netzwerk führen. Praxisnetze nach § 87b SGB V setzen zudem mind. 20 Vertragsärzte voraus, die sich vor Gründung bereits organisiert haben. Dafür braucht es bisher ein hohes persönliches Engagement in einer Zeit, in der weitestgehend ohne Finanzierung und sonstige Anreize ausgekommen werden muss. Zudem ist die Dichte möglicher Akteure gerade in strukturschwachen Regionen gering und damit die Gründung neuer Netze wenig aussichtsreich.
- **Begrenzung auf einzelne Versichertengruppen.** Die Verstetigung von Netzwerken kann durch die Beschränkung des Leistungsangebotes auf einzelne Versichertengruppen durch die Kostenträger behindert werden. Beispielsweise werden Verträge der besonderen Vergütung (§ 140a) häufig nur für bestimmte Versicherungsgruppen geschlossen.
- **Engagierte und aktive Akteure.** Langfristiges Engagement gilt es zu fördern, denn die Netzwerkgründer sind ein wesentlicher Faktor für das Gelingen. Ebenso ist die Motivation der Leistungserbringer essenziell – ohne ihr Engagement kommen Netzwerke nicht voran.
- **Spürbare Vorteile.** Wenn die Netzwerkarbeit für ihre Mitglieder einen erkennbaren Mehrwert schafft – wie mehr Freizeit, effizientere Abläufe, reduzierte Dokumentation, monetäre Anreize –, ist dies ein wesentlicher Erfolgsfaktor für regionale Verbundlösungen. Dies gilt für den individuellen und gemeinsamen Nutzen der Netzwerktätigkeiten.
- **Evidenz.** Die Schaffung von Evidenz zur Identifizierung von Versorgungsmängeln und -bedarfen ist wesentliche Voraussetzung dafür, passgenaue und bedarfsgerechte – und damit mit höherer Wahrscheinlichkeit erfolgreiche – regionale Versorgungslösungen zu gestalten. Der Nachweis des Netzwerkmerkmals und -erfolgs unterstützt darüber hinaus seine Finanzierungswürdigkeit.
- **Starke Partner.** Die Unterstützung durch Partner außerhalb eines Netzwerkes kann helfen, Hürden bei dessen Implementierung und Verstetigung zu reduzieren. Die Unterstützung und Akzeptanz durch die Kassenärztliche Vereinigung des Landes oder beispielsweise Berufsverbände stärken ein Netzwerk, fördern seine Akzeptanz von innen und außen und können dabei helfen, bürokratische und administrative Hürden zu bewältigen.
- **Infrastruktur und Zusammenarbeit.** Optimal auf Zusammenarbeit ausgerichtete räumliche (z. B. gemeinsame Anmeldung) und technologische Infrastruktur (z. B. einheitliches Praxisverwaltungssystem, Patientenakten) unterstützen eine effiziente Netzwerkarbeit und Kommunikation zwischen den Leistungserbringern.

Das Ziel für die Politik sollte demnach der Abbau solcher hemmenden Faktoren und das Kreieren einer positiven, netzwerkfördernden Umgebung sein. Die Ergebnisse aus der Analyse der Praxisbeispiele legen hierfür die folgenden Erfolgsfaktoren als Stellschrauben für einen erfolgreichen Aufbau und die Entwicklung von Gesundheitsnetzen für den ländlichen Raum nahe:

	Initialisierung	Festigung	Verstetigung
Ausrichtung	Thematisch spezifisch (häufig medizinisch ambulante Vernetzung)	Zusätzliche Vernetzung mit der stationären Versorgung	Zusätzliche Vernetzung mit anderen Disziplinen, insb. Pflege, sowie Einbindung Prävention, Ehrenamt und Patienten-Selbstmanagement
Finanzierung	Individuelles Investment	Projektfinanzierung, ggf. Anschubförderung	Geregelte Finanzierung
Institutionalisierung	Interessensgemeinschaft, ehrenamtliches Engagement	Institutionalisiert, juristische Person (z. B. Verein, Managementgesellschaft)	

Ausweitung des Ressourcenbegriffs

Entwicklungsperspektiven für die neuen Gesundheitsnetze in Kontexten der Knappheit

In seiner historischen Genese verdankt sich das Leitmotiv des Gesundheitsnetzes häufig nicht Mangelsituationen, sondern Kontexten des Ressourcenüberflusses und zielt auf eine Vollversorgung, inklusive spezialisierter Versorgung, aber eben ohne Über- und Fehlversorgung. Die neuen Gesundheitsnetze in strukturschwachen Regionen sind methodisch legitime Erben der alten, insofern sie sich eine Effizienzsteigerung durch sektorenübergreifende Koordination und Kooperation versprechen. Zugleich betreten sie Neuland und agieren unter fundamental unterschiedlichen Rahmenbedingungen, da sie in einem Kontext von Versorgungslücken eine Bündelung extrem knapper Ressourcen anstreben, um Unterversorgung zu vermeiden bzw. deren Auswirkungen zu dämpfen. Ihr Maximalziel ist die Aufrechterhaltung einer medizinischen Grundversorgung.

Demografie- und strukturbedingte Lücken in der klassischen Versorgungslandschaft werden sich in strukturschwachen Regionen aber nicht einfach durch Vernetzung schließen lassen, sondern müssen durch neue funktionale Arrangements vorhandener Ressourcen überbrückt werden. Das bedeutet, dass es dabei nicht ohne neue Kooperationsmodelle gehen wird, die die tradierten, sektoral aufgeteilten und berufsständisch definierten Versorgungsregime transformieren. In einem Kontext von Ärzteknappeit und verwaisten Arztstühlen stellen sich die Fragen nach der Rolle von Pflegekräften und Telemedizin, aber auch nach Prävention, Patientenkompetenz und individueller Gesundheitsverantwortung in der Versorgung völlig neu. Sie werden zu unverzichtbaren Ressourcen des Minimums.

In anderen Worten: Transformative, aus der Ressourcenknappheit geborene Versorgungslösungen werden umso stabiler sein, je mehr sie in einem umfassenden Sinn die vorhandenen Ressourcen auch nutzen bzw. aktivieren, d. h. nicht nur die knappen medizinischen und pflegerischen Angebote mit Unterstützung digitaler und telemedizinischer Instrumente in Diagnostik, Therapie und Betreuung koordinieren, sondern auch die physischen, psychischen und kognitiven Ressourcen der Patienten, Pflegebedürftigen und Pflegenden

selbst durch entsprechende Präventionsangebote erhalten und stärken. Der Erfolg oder Misserfolg der neuen Gesundheitsnetze hängt davon ab, ob es ihnen gelingt, dieses Paradigma des doppelten Ressourcenansatzes in der medizinischen und pflegerischen Versorgung umzusetzen.

Dieser doppelte Ressourcenansatz bezieht in einem Kontext der Versorgungslücken, in dem klassische Arzt-Patienten-Kontakte knapp, selten und häufig recht spät sind, systematisch alle Zugänge zu Patienten, Pflegebedürftigen und ihren Angehörigen sowie zur älteren Bevölkerung ein und integriert das zur Verfügung stehende Leistungsangebot. Er richtet sich auf alle Säulen der Versorgung und schließt dementsprechend medizinische, pflegerische und präventive Versorgungsangebote sowie ehrenamtliche Angebote ein. Insofern besteht zwischen dem doppelten Ressourcenansatz und einem Vier-Säulen-Modell der Versorgung eine intrinsische Verbindung:

1. Säule Überbrückung medizinischer Versorgungsdefizite durch Vernetzung

Neue Kooperationsmodelle sind allein zur Entlastung der weniger werdenden Ärztinnen und Ärzte unumgänglich, damit diese sich auf ihre jeweiligen Kernkompetenzen konzentrieren können. Dies wird auch mit neuen Rollen der nichtärztlichen Berufe einhergehen müssen. So sollte mehr Delegation/Substitution ärztlicher Leistungen an Assistenzkräfte erfolgen und deren Weiterqualifikation und Aufwertung (finanziell wie auch mit Blick auf das Aufgabenspektrum) vorangetrieben werden. Die Potenziale der Telemedizin zur Überbrückung räumlicher Distanzen und von Telekonsilen zum Austausch von Leistungserbringern sind ebenfalls bei Weitem nicht ausgeschöpft. Der Grundsatz der Beteiligung aller Leistungserbringer am koordinierten Versorgungsverbund statt sektoraler oder persönlicher Abgrenzung stößt allerdings immer noch auf massive berufsständische wie individuelle Vorbehalte.

Auf einen Blick: Doppelter Ressourcenansatz

1. Vorhandene medizinische und pflegerische Ressourcen einer Region in einem Neuarrangement (Kooperation, Kommunikation, Versorgungsverbund) aufeinander abstimmen. Bei der Koordination kann der Funktion eines „Lotsen“ (z. B. Community Health Nurse, Physician Assistant, Case-Manager) besondere Verantwortung zukommen. In jedem Fall dürfte die Nutzung digitaler und telemedizinischer Instrumente in Diagnostik und Therapie für einen möglichst effizienten Einsatz unabdingbar sein.
2. Physische, psychische und kognitive Ressourcen der Bevölkerung, insb. von Patientinnen und Patienten, pflegebedürftigen und pflegenden Personen, durch Prävention und Gesundheitsförderung erhalten und stärken.

2. Säule Rolle der Pflege im Versorgungsverbund

Nicht nur mit Blick auf internationale Standards, sondern auch in den mit Ressourcenmangel konfrontierten strukturschwachen Regionen Deutschlands deutet sich empirisch bereits eine neue Schlüsselfunktion der Pflegeberufe an. Sie übernehmen nicht nur – wie unser Beispiel UGHO gezeigt hat – Verantwortung für die notwendige Pflege, sondern wachsen als verlängerter Arm des Arztes zunehmend in eine autonome Versorgungsrolle hinein, die im klassischen Sektorschema nicht abgebildet ist. Der regelmäßige Kontakt von Pflegekräften mit Pflegebedürftigen sowie den Menschen in ihrer häuslichen Umgebung in einem Kontext mangelnder Kontakte zwischen Patienten und Leistungserbringern ist in mehr als nur einer Dimension heilsam: Er ist eine ungemein wertvolle Ressource für die Früherkennung von Handlungsbedarfen im gesamten Umfeld des Pflegebedürftigen. Diese Ressource sollte durch entsprechende Schulungen ausgebaut werden. Die knappe Ressource der Pflege wird ihre Schlüsselfunktion aber nur erfüllen können, wenn sie ihrerseits vom Versorgungsverbund profitiert. Ob dies der Fall sein wird, hängt auch davon ab, ob es gelingt, Prävention als Leitgedanken auf allen Ebenen der Versorgung zu verankern.

„Es ist notwendig, eine Verbundkultur zu etablieren und die Angst vor scheinbarem Verlust der eigenen Professionalität und Kompetenz (beim Abgeben von Aufgaben an Netzwerkpartner) auszuräumen. Gemeinsam müssen Behandlungsstandards gesetzt und ihre Einhaltung sichergestellt werden.“

Thomas Schang, Gründe Ärztenetz Eutin-Malente e. V.

3. Säule Einbeziehung der Prävention

Die Angebote der Verhaltens- und Verhältnisprävention sind als Teil einer integrierten Versorgungsstrategie systematisch einzubeziehen, um Versorgungslasten, die gerade in strukturschwachen Gebieten mit der Alterung der Bevölkerung zunehmen werden, zu reduzieren. Ohne diese dritte Säule wäre das Konstrukt des medizinisch-pflegerischen Versorgungsverbundes nicht tragfähig.

Hier kann gezielt auf im SGB V und SGB XI verankerte und durch die Kranken- und Pflegeversicherungen finanzierte Strukturen zurückgegriffen werden, z. B. die aufsuchende Pflegeberatung, die im häuslichen Umfeld Aufgaben des Versorgungsmanagements übernimmt und Pflegebedürftige und Angehörige berät, wie sie ihren Alltag und ihre Umgebung präventiv gestalten können, um eine Zunahme von Pflegebedürftigkeit zu vermeiden; die Schulung pflegender Angehöriger bzw. Zugehöriger, die auch in Zukunft die Schlüsselressource in der pflegerischen Versorgung sein werden; und schließlich Programme der Verhaltens- und Verhältnisprävention gerade mit Blick auf das Alter. Die Förderung der Health Literacy sowie der digitalen Health Literacy wäre ein weiteres Element dieser Säule.

4. Säule Ehrenamt, soziale/zivilgesellschaftliche Ressourcen

Versorgungsnetzwerke sollten über professionelle Akteure hinausgehen und um regionale zivilgesellschaftliche/soziale Ressourcen ergänzt werden: Präventionssportgruppen der Kommune, Kirche, des Sportvereins; lokale Allianzen für Menschen mit Demenz sowie kommunal organisierte Nachbarschaftshilfen. Auch wenn es an solchen Angeboten in strukturschwachen Regionen ebenfalls mangelt, müssen entsprechende Ressourcen, soweit vorhanden, für das Netzwerk mitgedacht und erschlossen werden.

„Was fehlt, ist eine Förderung von bestehenden Projekten, die ihren Nutzen schon gezeigt haben und zum Teil ein fester Bestandteil der Versorgung geworden sind.“

Alexandra Eichner, Geschäftsführerin
Unternehmung Gesundheit Hochfranken

i

Die Regelungen zur **Anerkennung und Vergütung von Praxisnetzen nach § 87b SGB V** sehen vor, dass **Kassenärztliche Vereinigungen Praxisnetze anerkennen dürfen, sofern diese bestimmte Kriterien erfüllen. Es sollte sich beispielsweise um mindestens 20 und höchstens 100 Vertragsärzte und Psychotherapeuten handeln. Darüber hinaus muss ein Versorgungsvertrag mit der Kassenärztlichen Vereinigung bestehen und es müssen konkrete Ziele und Aufgaben des Praxisnetzes im Vertrag festgelegt sein. Die Kassenärztlichen Vereinigungen können für Praxisnetze gesonderte Vergütungsregelungen vorsehen. Die Vergütung kann sowohl für die interdisziplinäre Zusammenarbeit als auch für die wohnortnahe Versorgung gezahlt werden. Für die Reife der Praxisnetze werden drei Anerkennungsstufen definiert: Basisstufe, Stufe I und Stufe II. Sie beschreiben einen möglichen Entwicklungspfad des Netzwerkes, wobei mit jeder Stufe auch Anforderungen an Qualitätsmanagement, Institutionalisierung und Tiefe der Zusammenarbeit gefordert sind.**

Die in Kapitel 3 dargestellten Praxisbeispiele implizieren sowohl den doppelten Ressourcenansatz als auch die Vier-Säulen-Strategie, indem sie Elemente davon verwirklichen: neue Akteursrollen in der Versorgung; digitale Versorgungsbrücken; effiziente Integration knapper Ressourcen durch Behandlungspfade und Netzwerkbildung; Reduktion von Versorgungslasten durch Prävention. Gleichzeitig stoßen sie aber auch an rechtliche, finanzielle und berufsständische Grenzen; Grenzen, die eine systematische Entfaltung des Versorgungsverbundes in Richtung eines alle vier Säulen nutzenden Gesundheitsnetzes behindern.

An dieser Stelle muss daher abschließend auch an die Gestaltungsverantwortung der Politik für die Rahmenbedingungen der Versorgung erinnert werden. Zumindest für strukturschwache Regionen ist versorgungspolitischer Strukturkonservatismus kein gutes Rezept. Es bedarf gerade hier neuer Spielräume für unorthodoxe Versorgungsarrangements, um knappe Ressourcen bestmöglich zu integrieren und für Patienten verfügbar zu machen. Ressourcenorientierung muss die Leitplanke für einen entsprechenden gesetzlichen Rahmen sein.

Gewiss sind bestimmte Leitmotive der neuen Gesundheitsnetze auch auf der bundespolitischen Agenda angekommen. Beispielsweise, wenn im Entwurf für ein Gesundheitsversorgungsstärkungsgesetz von Gesundheitskiosken die Rede ist, die unter Leitung einer Pflegefachkraft nicht nur medizinische Behandlungen vermitteln, sondern auch medizinische Routineaufgaben durchführen und sektorenübergreifende Netzwerke bilden sollen. Oder beispielsweise, wenn Primärversorgungszentren gegründet werden sollen, in denen berufsgruppenübergreifend zusammengearbeitet wird, unter besonderem Einsatz nichtärztlicher Fachkräfte. Unbefriedigend an dieser bundespolitischen Agenda ist freilich, dass eine integrierte Versorgungsstrategie, welche die Kooperation und Koordination vorhandener Akteure und Angebote stärkt und im Sinne der Vier-Säulen-Strategie die verfügbaren Ressourcen vernetzt, nach wie vor nicht zu erkennen ist. Stattdessen sollen neue Institutionen geschaffen werden. Doppelstrukturen indes sind kein geeigneter Umgang mit knappen Ressourcen, insbesondere wenn auch ihre nachhaltige Finanzierung nicht gesichert ist.

Es ist höchste Zeit für ein Reset der versorgungspolitischen Agenda. Denn bei der Versorgungssicherung auf dem Land geht es mit Blick auf die kommenden demografischen Herausforderungen nicht mehr um gleiche Lebensverhältnisse in ganz Deutschland. Was auf dem Spiel steht, ist das Minimum an medizinischer und pflegerischer Versorgung. Verlieren wir weiter Zeit, verfehlen wir das Minimum.

Literaturverzeichnis

¹ Kassenärztliche Bundesvereinigung (Hrsg. 2023): Sicherstellungsmaßnahmen der kassenärztlichen Vereinigungen. www.kbv.de/html/sicherstellungsatlas.php [02.08.2023]

² Bundesärztekammer (Hrsg. 2023): Ärztestatistik zum 31. Dezember 2022. Bundesgebiet gesamt. www.bundesaeztekammer.de/fileadmin/user_upload/BAEK/Ueber_uns/Statistik/AErztstatistik_2022_09062023.pdf [02.08.2023]

³ Statistisches Bundesamt (Hrsg. 2023): 2035 werden in Deutschland 4 Millionen mehr ab 67-Jährige wohnen. www.destatis.de/DE/Presse/Pressemitteilungen/2022/12/PD22_511_124.html [02.08.2023]

⁴ Robert-Bosch-Stiftung (Hrsg. 2023): 2035 fehlen in Deutschland rund 11.000 Hausärzte – Experten empfehlen den Aufbau von Gesundheitszentren. www.bosch-stiftung.de/de/presse/2021/05/2035-fehlen-deutschland-rund-11000-hausaerzte-experten-empfehlen-den-aufbau-von [02.08.2023]

⁵ Kassenärztliche Bundesvereinigung (Hrsg. 2023): Niedergelassene Ärztinnen und Ärzte werden immer älter. <https://gesundheitsdaten.kbv.de/cms/html/16397.php> [02.08.2023]

⁶ ebenda

⁷ Barmer Pflegereport 2021 (Hrsg. 2023): Zahl Pflegebedürftiger steigt stärker als angenommen. www.barmer.de/presse/infothek/studien-und-reporte/pflegereport/pflegereport-2021-1059412 [02.08.2023] Zum zusätzlichen Stellenbedarf in der Pflege vergleiche die aktuelle Hochrechnung auf www.generationenge-rechte-pflege.de

⁸ Kassenärztliche Bundesvereinigung (Hrsg. 2023): Regionale Verteilung der Ärztinnen und Ärzte in der vertragsärztlichen Versorgung. <https://gesundheitsdaten.kbv.de/cms/html/16402.php> [02.08.2023]

⁹ Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (Hrsg. 2023): Resilienz im Gesundheitswesen: Wege zur Bewältigung künftiger Krisen. Gutachten 2023. www.svr-gesundheit.de/fileadmin/Gutachten/Gutachten_2023/Gesamtgutachten_ePDF_Final.pdf [02.08.2023]

¹⁰ Statistische Ämter des Bundes und der Länder (Hrsg. 2023): Durchschnittsalter der Bevölkerung zum Stichtag [31.12.2021]. Regionale Tiefe: Kreise und kreisfreie Städte. www.regionalstatistik.de/genesis/online?operation=table&code=12411-07-01-4&bypass=true&levelindex=0&levelid=1693919463358#abreadcrumb [02.08.2023] sowie Jugendquotient, Altenquotient zum Stichtag [31.12.2021]

Regionale Tiefe: Kreise und kreisfreie Städte. www.regionalstatistik.de/genesis/online?operation=table&code=12411-08-01-4&bypass=true&levelindex=0&levelid=1693921099300#abreadcrumb [02.08.2023]

¹¹ Robert-Bosch-Stiftung (Hrsg. 2023): PORT – Patienten-zentrierte Zentren zur Primär- und Langzeitversorgung. www.bosch-stiftung.de/de/projekt/port-patientenorientierte-zentren-zur-primar-und-langzeitversorgung [02.08.2023]

¹² Ärztegenossenschaft Nord eG (Hrsg. 2023): Regionale Versorgung. www.aegnord.de/regionale-versorgung [02.08.2023]

¹³ Bundesministerium für Gesundheit (Hrsg. 2023): Medizinische Versorgungszentren. www.bundesgesundheitsministerium.de/themen/krankenversicherung/ambulante-versorgung/medizinische-versorgungszentren.html [05.09.2023]

¹⁴ Amelung, V. E., Mühlbacher, A., Krauth, C. (2018): Managed Care. Gabler Wirtschaftslexikon.

¹⁵ Gesundes Kinzigtal GmbH (Hrsg. 2023): Weiterhin viele positive Aspekte durch GESUNDES KINZIGTAL. www.gesundes-kinzigtal.de/news/details/weiterhin-viele-positive-aspekte-durch-gesundes-kinzigtal.html [05.09.2023]

¹⁶ Techniker Krankenkasse (Hrsg. 2023): Fairnessfaktor Regional-komponente. www.tk.de/presse/themen/risikostrukturausgleich/faierer-wettbewerb/morbi-rsa-regional-komponente-2053266?tkcm=aaus [05.09.2023]

Quellen/Bildnachweise

S. 4: Adobe Stock | S. 15: iStock | S. 17: Büsum | S. 19: iStock | S. 21: iStock | S. 22: Thomas Schang | S. 24: iStock | S. 25: iStock | S. 26: HaffNet | S. 27: iStock | S. 28: HaffNet | S. 31: HaffNet | S. 32: iStock | S. 33: iStock | S. 39: iStock | S. 40: PANOS | S. 41: PANOS | S. 43: PANOS | S. 44: UGHO | S. 45: Vanessa Wagner (Luftaufnahme Nähe Regnitzlosau) | S. 46: UGHO | S. 51: iStock | S. 54: iStock | S. 55: Gesundes Kinzigtal | S. 57: Helmut Hildebrandt | S. 59: Christopher Kaufmann

Impressum

Herausgeber

Verband der Privaten Krankenversicherung e. V.
Gustav-Heinemann-Ufer 74 c | 50968 Köln
Büro Berlin: Heidestraße 40 | 10557 Berlin
E-Mail: presse@pkv.de

Redaktion: Anke Schlieker, Timm Genett
Layout: Franziska Söhner | www.franziskasoehner.de

@pkv_verband
www.pkv.de

