



© olly - stock.adobe.com

Ambulantisierung, aber wie?

Erfahrungen der Praxisnetze für Gesundheitsregionen nutzen

Von Annette Hempfen, Malte Behmer und Dr. Alexia Zurkuhlen

Im Zeitalter des wachsenden Bedarfs an Versorgungsleistungen einer alternden Gesellschaft sowie knapper Personal- und wirtschaftlichen Ressourcen, müssen Effizienz- und Effektivitätsreserven mobilisiert werden, um eine flächendeckende Gesundheitsversorgung weiterhin sicherzustellen. Dies hatten sowohl das Gesundheitsversorgungsstärkungsgesetz (GSVG) wie auch die Krankenhausstrukturreform zum Ziel. Die darin betonte verbesserte Koordination in einer regionalen, vernetzten, patientenorientierten und interprofessionellen Versorgung betraf Kommunen (Städte und Kreise) mit ihren Gesundheits- und Sozialämtern.

Zwar wurden ursprüngliche Pläne für Gesundheitsregionen aus dem GVSG-Entwurf gestrichen, in Koalitionskreisen wird jedoch angekündigt, diese im weiteren Gesetzgebungsverfahren wieder aufzugreifen. Dafür ist die Frage zu klären, von wem, wie, nach welchen Qualitätskriterien und mit welchen Ressourcen patientenorientierte Versorgung und Vernetzung ‚vor Ort‘ konzipiert, realisiert und evaluiert werden kann. Zurzeit bringen sich dafür sehr unterschiedliche Akteure in Stellung; womit das bereits vorhandene Engagement potenzieller Partner deutlich wird:

- Arzt-, Praxis-, und Gesundheitsnetze sowie ähnliche regionale Netzwerke
- Kommunen (Städte und Kreise) mit ihren Gesundheits- und Sozialämtern
- Krankenhäuser oder Krankenhausgruppen, unter ihnen auch Universitätsklinika
- Zivilgesellschaftliche Organisationen, in denen Akteure aus allen Bereichen der Gesundheitswirtschaft vertreten sind
- Privatwirtschaftliche Beratungsunternehmen

Bei diesen Treibern für regionale Lösungen gibt es zwar viel Zuversicht, dass sie regionale Versorgung gut gestalten können; auf einen bewährten Werkzeugkasten für regionales Versorgungsdesign können sie jedoch noch nicht alle zurückgreifen. Überfällig ist deshalb, dass ein Austausch zwischen den verschiedenen Ansätzen und Vorgehensweisen auf- und ausgebaut wird. Er soll dann helfen, beim Aufbau, bei der Konzeption und Umsetzung aber auch bei der Wirksamkeitsmessung voneinander zu lernen. Hierfür soll im Folgenden ein Beitrag geliefert werden; er setzt sich insbesondere mit den Erfahrungen der Praxis- und Ärztenetze auseinander, die ja bereits seit längerem in einigen Bundesländern und Regionen eine Rolle spielen und bei denen interdisziplinäre Kooperation ein prägendes Merkmal ist. An-

Der nachfolgende Beitrag beschäftigt sich mit der Frage, wie die weitere Ambulantisierung der medizinischen Versorgungslandschaft umgesetzt werden kann. Bestehende Praxisnetze bieten wertvolles Know-how für die regionale Patientenversorgung.

Keywords: Ambulantisierung, Strategie, Patientenversorgung

knüpfend an diese konkreten Erfahrungen, werden konkrete Überlegungen für Strukturvoraussetzungen von Gesundheitsregionen angestellt und Anregungen für die Politik formuliert, wie regionales Gestalten ermuntert und unterstützt werden kann.

Die ► Abbildung veranschaulicht, welche Elemente, das Zielbild einer qualitativ hochwertigen regionalen, wohnortnahen Patientenversorgung umfasst.

Praxisnetze als Startpunkt für Gesundheitsregionen

Die Gesundheitsversorgung unterscheidet sich stark zwischen Großstädten, Mittelzentren und ländlichen Regionen aufgrund demografischer, soziokultureller, geografischer und ökonomischer Unterschiede sowie der ►



Abb.: Zielbild einer qualitativ hochwertigen regionalen, wohnortnahen Patientenversorgung

Dichte von Leistungserbringern. Diese regionalen Herausforderungen erfordern die Anerkennung und Analyse der unterschiedlichen Bedarfe und vorhandenen Strukturen sowie einen individuellen Versorgungsmix, der diese Faktoren berücksichtigt.

Seit etwa 30 Jahren widmen sich Zusammenschlüsse von Ärztinnen und Ärzten sowie anderen Gesundheitsberufen der regionalen Versorgung. Über 400 Praxisnetze bestehen bundesweit, in denen Vertragsärzte und Psychotherapeuten interdisziplinär und kooperativ zusammenarbeiten, ohne ihre Selbstständigkeit aufzugeben. Ihr Ziel: die Verbesserung der Versorgungsqualität und -effizienz durch eine wohnortnahe medizinische Versorgung, die lokale Bedürfnisse berücksichtigt.

Praxisnetze lösen regionale Versorgungsprobleme und schließen Versorgungslücken durch Kooperation, Kommunikation, Koordination und Innovation. Sie sind eine wichtige Stütze der regionalen Gesundheitsversorgung und bieten gute Voraussetzungen für die Festlegung von Strukturqualitätskriterien für Gesundheitsregionen. Starre, bundesweit einheitliche Vorgaben behindern den regionalen Gestaltungsspielraum, insbesondere durch sektorale Finanzierung und gesetzliche Regelungen. Die bundesweite Rahmenvorgabe zur Anerkennung von

Praxisnetzen, verabschiedet von der KBV und dem GKV-Spitzenverband, erscheint hingegen geeignet als Strukturvorgabe für Gesundheitsregionen, insbesondere seit der letzten Revision (September 2022).

Die Basis der Strukturvorgaben bilden die drei Kernbereiche:

- Patientenzentrierung
- kooperative Berufsausübung und
- verbesserte Effizienz und Prozessoptimierung

Zu den Strukturvorgaben gehören eine Geschäftsstelle mit definierten Geschäftszeiten, ein Qualitätsmanagementsystem, benannte Ansprechpersonen und Kontaktmöglichkeiten. Es müssen Kooperationsvereinbarungen mit Akteuren aus der ambulanten und stationären Versorgung getroffen und ein regelmäßiger interprofessioneller Austausch, z. B. durch Regionalkonferenzen, organisiert werden. Informationsangebote wie Selbsthilfekontaktstellen, Selbsthilfegruppen, Pflegeberatung und psychosoziale Beratungseinrichtungen sollen der informierten Entscheidungsfindung der Bevölkerung dienen. Regionale Versorgungsmaßnahmen, z.B. Präventionskampagnen oder spezifische Krankheitslasten in Ortsteilen, werden in Zusammenarbeit mit lokalen und regionalen Partnern wie Kommunen und Kreisen koordiniert.

In allen Regionen werden digitale Kommunikationsstrukturen unter Beachtung des Datenschutzes implementiert. Praxisnetze nutzen oft innovative Lösungen, die in der Regelversorgung noch nicht flächendeckend finanziert werden. Dies erfordert flexibles Netzmanagement und agile Unternehmensführung. Kooperationen mit Krankenkassen gemäß § 140a-Verträgen und die Nutzung von Fördermitteln sind Optionen für die regionale Umsetzung, erschweren aber die Verfestigung erfolgreicher Modelle.

Anerkannte Praxisnetze versorgen heute schon regional, interdisziplinär, oftmals intersektoral und stets bedarfsadaptiert. Aus diesem Grund sind sie der ideale Partner für regionale Gesundheitsversorgung und damit für die Organisation einer Gesundheitsregion eine optimal geeignete, bereits etablierte und vorhandene institutionelle Struktur.

Gesundheitsregionen brauchen innovative Elemente

Zur Umsetzung einer regionalen Versorgung in Form einer Gesundheitsregion sollten aus Sicht der Autoren vorhandene Strukturen genutzt und berücksichtigt werden. Unabhängige Kooperationspartner sind wichtig, um monopolistische, instabile Strukturen zu vermeiden. Netze bieten durch ihren Institutions-immanenten Ansatz als regionaler Versorgungs-Netzwerk-Partner dabei sämtliche erforderlichen organisatorischen sowie kooperativen Voraussetzungen und haben Kenntnis über lokale Versorgungsbedarfe und ggf. vorhandene Versorgungslücken. Sie benötigen jedoch zusätzliche innovative Elemente. Einige sind in den ersten Entwürfen des GVSG benannt worden, jedoch nicht in ausreichender Zahl. Der folgende Werkzeugkasten muss Gesundheitsregionen gesetzgeberisch zur Verfügung gestellt werden:

- Leistungen eines Case- und Care Managements müssen indikationsübergreifend auf Verordnung durch Ärztinnen und Ärzte, z. B. von qualifizierten MFA (VeraH, NãPa, EVA u.a.) sowie Pflegekräften erbracht werden dürfen und finanziert werden.
- Ärztinnen und Ärzte sowie weitere Gesundheitsfachberufe (z. B. aus der Pflege, Care- und Casemanager, weitergebildete MFA, Physician Assistants) müssen flexibel als Angestellte beschäftigt werden können im Sinne von Institutsermächtigungen für Gesundheitsregionen in unterversorgten Regionen sowohl für haus- wie fachärztliche Leistungen. Dies ermöglicht,

die Wünsche vieler Ärzte nach Teilzeit- und Hybridbeschäftigungswünschen zu erfüllen und die Zusammenarbeit zwischen den Sektoren zu erleichtern.

- Einrichtung von unabhängigen, niederschweligen Beratungsstellen für Patienten mit Sprachbarrieren und Verständnisproblemen
- verpflichtende Einrichtung von Regeln bei Kostenträgern und Behörden zur Reduktion von Barrieren im Antragswesen im Sinne einer Entbürokratisierung mit jährlichen Planungen und Nachweis der Zielerreichung
- Einrichtung und Finanzierung von barrierearmen Digitalstrukturen mit einer gemeinsamen Datenhaltung und telemedizinischen Leistungen, die sowohl für Leistungserbringer als auch für Patienten einen sofort erleb- baren Nutzen bringen
- Nutzung von Gremien/Entscheidungsstrukturen, analog zu „Gesundheitskonferenzen“ und weiteren demokratischen Elementen
- Verpflichtung der Kommunen und der Kreise zur Zusammenarbeit und Beteiligung des Öffentlichen Gesundheitsdienstes (ÖGD) sowie der verantwortlichen Stellen zur Krisenprävention/-bewältigung
- Verpflichtung aller Kostenträger zur Teilnahme/Finanzierung (sollte eine bestimmte Schwelle/Prozentsatz an teilnehmenden Patienten überschritten sein)
- Einrichtung von Budgets für innovative Versorgungs- und Prozessansätze im Sinne von „Neuen Untersuchungs- und Behandlungsmethoden“ (NUB) für den ambulanten Sektor (analog zum stationären Sektor).

Ohne Reformierung im Sinne eines innovativen GVSG der aktuellen Versorgungsstrukturen ist zukünftig eine gute regionale Versorgung nicht zu gewährleisten. Die Gestaltung einer regionalen Gesundheitsversorgung kann nur als intersektorales Versorgungskonzept in Zukunft gestaltet werden.

Koordination der Versorgung muss finanziert werden

Die Ressourcenknappheit im Gesundheitswesen erfordert eine Ambulantisierung vieler bislang stationär organisierter Leistungen. Um eine zukünftige Versorgung zu gewährleisten, müssen die Übergänge zwischen den derzeitigen Sektoren fließend gestaltet werden. Eine Krankenhausreform ohne Neuausrichtung und Ertüchtigung des ambulanten Sektors kann nicht gelingen. Übergreifend finanziert sich die Regionalisierung aus bestehenden

Quellen und fördert die wirtschaftliche Eigenverantwortung der Partner.

Bei der Gestaltung von Gesundheitsregionen müssen Doppelstrukturen vermieden und bestehende, funktionierende Strukturen integriert werden. Nicht zuletzt ist für eine effektive Koordination eine zentral finanzierte „Steuereinheit“ notwendig. Diese Aufgabe umfasst Kooperation, Kommunikation und adaptive Versorgungsplanung.

„Ohne Reformierung im Sinne eines innovativen GVSG der aktuellen Versorgungsstrukturen ist zukünftig eine gute regionale Versorgung nicht zu gewährleisten. Die Gestaltung einer regionalen Gesundheitsversorgung kann nur als intersektorales Versorgungskonzept in Zukunft gestaltet werden.“

In vier Schritten zum Versorgungsvertrag

Regionale Versorgung gelingt nicht per Schablone, sie entsteht passgenau vor Ort und wird dort auch weiterentwickelt. Voraussetzung dafür ist ein auf Bundesebene definierter Handlungsrahmen, den engagierte Versorgungspartner, Krankenkassen und Kommunen gemeinsam regional ausgestalten und mit innovativen Versorgungskonzepten füllen können. Es müssen Freiheitsgrade für Rechts- und Planungssicherheit, einschließlich der Möglichkeit zur Abweichung von bundesweiten Regeln und der Einführung neuer Versorgungsformen festgelegt werden. Die Umsetzung regionaler Versorgungskonzepte sollte in einem klar geregelten Prozess erfolgen, für den wir folgende vier Schritte vorschlagen:

1. Bildung von Gestalterkoalitionen: Versorgungspartner wie Kommunen, Krankenhäuser, Krankenkassen, Pflegeeinrichtungen und Praxisnetze initiieren regionale Initiativen und bilden intersektorale und interprofessionelle Koalitionen.
2. Entwicklung eines regionalen Versorgungskonzepts: Die Partner erstellen ein regional bevölkerungsbezogenes Versorgungskonzept, basierend auf Bedarfsanalysen, Qualitätszielen und Strukturanforderungen.
3. Qualitätssicherung durch die Landesebene: Das Konzept wird anhand einheitlicher Qualitätskriterien durch die Landesebene validiert.
4. Abschluss eines Regionalvertrags: Die Zusammenarbeit und Vergütung der Akteure wird in populationsbezogenen Regionalverträgen geregelt, die von den Versorgungs-

partnern mit den Krankenkassen verhandelt werden. Der Prozess wird von der Landesebene begleitet, eine Schiedsstelle kann bei Uneinigkei- ten angerufen werden.

Für die Umsetzung in die Praxis ist es entscheidend, dass der beschriebene Prozess rechtlich verbindlich festgelegt und die Region als Versorgungsebene dauerhaft gesetzlich verankert wird. Dafür müssen sowohl die Ziele regio-

naler Versorgung benannt und begründet werden als auch Aufgaben und Zuständigkeiten der Akteure. Erfahrungswerte, in welchen Strukturen dies gelingen kann, bestehen in ausreichender Zahl, wie dieser Artikel beschrieben hat. Jetzt ist die Zeit, ihr Potenzial zur Verbesserung der Gesundheitsversorgung zu nutzen! ■



Annette Hempfen MHBA

Stellvert. Vorsitzende AdA – Bundesverband der Arzt- Praxis, und Gesundheitsnetze e. V.
Viktoriastraße 19
32257 Bünde
hempfen@mum-buende.de

Malte Behmer

Stellv. Geschäftsführer und Leitung Politik
BMC – Bundesverband Managed Care e. V.

Dr. Alexia Zurkuhlen

Stellv. Vorstandsvorsitzende NDGR
Netzwerk Deutsche Gesundheitsregionen e. V.