Gesundheit gemeinsam verantworten.



Zur Position der Praxisnetze in Deutschland

Stand 10/2016

MITGLIEDER DER AGENTUR DEUTSCHER ARZTNETZE

- Arbeitsgemeinschaft Berliner Ärztenetze GbR
- Ärztenetz Eutin-Malente e.V.
- Ärztenetz Fürth Stadt und Landkreis Fürth e.V.
- Ärztenetz Lippe GmbH
- Genial eG Lingen – Ihr Gesundheitsnetz im Altkreis Lingen
- Gesundheitsnetz Köln-Süd (GKS) e.V.
- Gesundheitsnetz Qualität und Effizienz eG – QuE Nürnberg
- Gesundheits-Netz Unna GmbH
- Gesundheitsregion Siegerland
- Leipziger Gesundheitsnetz e.V.
- MEDIS Ärztenetz medizinischer Versorgung Südbrandenburg
- MuM - Medizin und Mehr eG
- NAV-Virchow-Bund e.V.
- OptiMedis AG
- Praxisnetz Herzogtum Lauenburg e.V.
- Praxisnetz Nürnberg Süd e.V.
- Praxisnetz Vorderpfalz (PRAVO)
- Psychiatrie Initiative Berlin Brandenburg (PIBB) GmbH & Co.KG
- Regensburger Ärztenetz e.V.
- Regionales Gesundheitsnetz Leverkusen eG
- solimed – Unternehmen Gesundheit GmbH & Co. KG
- Unternehmung Gesundheit Franken UGeF GmbH & Co. KG

AGENTUR DEUTSCHER ARZTNETZE E.V.

www.deutsche-aerztenetze.de

AUSSERORDENTLICHE MITGLIEDER

- Dr. Albrecht Kloepfer – Büro für gesundheitspolitische Kommunikation
- GPN GesundPlus Netzwerk GmbH
- Hessenmed – Verbund hessischer Ärztenetze e.V.
- HNOnet NRW eG
- Unternehmen Gesundheit Oberpfalz Mitte (UGOM) GmbH & Co. KG

HERAUSGEBER
Praxisnetz Herzogtum Lauenburg e. V.
http://pnhl.de/

Praxisnetz Herzogtum Lauenburg Management GmbH

Ärztenetz Lippe GmbH
http://aerztenetz-lippe.de/

AUTORIN
Claudia Schrewe

Aus Gründen der Vereinfachung wird im folgenden Text die männliche Form verwendet. Die jeweiligen Begriffe gelten jedoch in der männlichen und weiblichen Form entsprechend.

Inhalt

1 Kurz gefasst 4

2 Praxisnetze. Was ist das eigentlich? 4

3 Intention dieses Papiers 4

4 Auf dem Weg in die Versorgung von morgen 5
4.1 Die Leitphilosophie: Patientenzentriert arbeiten 5
4.2 Gegenwartsaufgabe: Die Organisationsentwicklung in den Praxisnetzen fortführen 6
4.3 Zukunft 1.0: Regionen für Fachkräfte attraktiv gestalten 7
4.4 Zukunft 2.0: Menschen regional zusammenbringen 7
4.5 Zukunft 3.0: Gemeinsam Verantwortung für Qualität entwickeln 8

5 Wegweiser für die Versorgung von morgen 8
5.1 Neue Handlungsspielräume schaffen innovative Lösungen! 8
5.2 Die Koordination der Versorgung muss honoriert werden! 9

A Hintergrundinformationen 10
A.1 Zur Zahl der Netze 10
A.2 Zur Historie der Netze 10
A.3 Zur Zertifizierung und Förderung von Praxisnetzen 10
A.4 Zum Stand der Förderung in den Regionen 10

1 Kurz gefasst

Das originäre Thema der Praxisnetze ist der ärztliche Konsens über Diagnostik und Therapie von Erkrankungen. Besonderes Augenmerk gilt seit jeher der Versorgung älterer Menschen und dem Erhalt ihrer Selbstständigkeit im häuslichen Umfeld. Aber auch die „gesunde“ Bevölkerung und die Förderung ihres Gesundheitsbewusstseins gehören explizit zu ihrem Aktionsradius.

Die Arbeit von Praxisnetzen dient der Qualität der ambulanten ärztlichen Versorgung. Aber Praxisnetze wollen mehr. Ihre Vision ist die Umsetzung einer patientenorientierten Versorgung vor Ort. Und das bedeutet Arbeit über Grenzen von Sektoren und Berufsgruppen hinweg.

Praxisnetze leitet das Verständnis von Gesundheitsversorgung als Teamleistung. Sie wollen daher zukünftig als Koordinatoren und Moderatoren in der regionalen Gesundheits- und Daseinsvorsorge gemeinsam mit anderen Professionen agieren und medizinische und soziale Angebote und Hilfestellungen im Sinne der Patienten zusammenführen.

Die demografische Entwicklung setzt jedoch schon heute neue Maßstäbe. Sie sind ebenso einfach zusammenzufassen wie die Konsequenzen, die aus ihr resultieren: Immer weniger Fachkräfte müssen immer ältere und betreuungsintensivere Patienten versorgen, die Zuwanderung birgt zusätzliche Herausforderungen in sich.

Dafür braucht es regional maßgeschneiderte Konzepte, in der alle Beteiligten gemeinsam agieren.

Unter der Ägide eines professionellen Managements muss im Schulterschluss mit den Kassenärztlichen Vereinigungen und den Kommunen die Versorgungssicherheit und –kontinuität vor Ort im Fokus stehen. Die Profession der Praxisnetze besteht aus der Synergie von Medizin und Ökonomie in ihren Führungsspitzen. Ihre Kernkompetenz ist bodenständiges Wissen über Versorgung mit direktem Einfluss auf alle Versorgungsbelange der Patienten.

Mit dem Auftrag, fachliche Ressourcen effizient einzusetzen, lösen sie sich von der tradierten Arbeitsteilung. Sie erproben dazu sowohl den Einsatz moderner Technologien als auch sinnvolle Konzepte zur Arbeitsentlastung und bringen sie gezielt und flächendeckend zum Einsatz.

Um ihre volle Leistungsfähigkeit zu entwickeln benötigen Praxisnetze jedoch eine nachhaltige Finanzierung und eine Erweiterung ihrer Gestaltungsspielräume.

2 Praxisnetze. Was ist das eigentlich?

Die Begriffe Arzt- bzw. Ärztenetz oder Praxisnetz werden in der Regel synonym verwendet.

Man versteht darunter im Kern kooperative Organisationsformen von niedergelassenen Ärzten sowie ärztlichen und psychologischen Psychotherapeuten[1], historisch häufig mit dem Motiv der Wahrung ihrer Selbständigkeit gegründet. Im Laufe der Jahre erfolgte häufiger auch die Aufnahme von MVZs oder Krankenhäusern, um die Gesundheitsversorgung ganzheitlicher betrachten und darin agieren zu können. Einige Praxisnetze nennen sich daher auch „Gesundheitsunternehmen“.
Sie sind in unterschiedlicher Rechtsform organisiert, die gängigsten sind neben der GbR, der Verein, die GmbH und GmbH & Co. KG sowie die Genossenschaft.

Ziel solcher Kooperationen ist, die Qualität sowie die Effizienz und Effektivität der Versorgung im Rahmen einer intensivierten fachlichen Zusammenarbeit zu steigern. Nicht weniger bedeutend ist der Wille multiprofessionelle Behandlungen bzw. zukunftsfähige Modelle unter Einbeziehung anderer Professionen und Sektoren zu entwickeln. Der Antrieb der Ärzte ist meist idealistischer Natur und aus der Alltagserfahrung erwachsen, dass die traditionelle Einzelbehandlung den Erwartungen der Patienten sowie deren Rechten nicht gerecht wird.
Weiterhin fördern sie neben der Zusammenarbeit die Kommunikation und engagieren sich für die Fortbildung ihrer Netzärzte. Nahezu regelhaft ist ein einheitliches Qualitätsmanagement umgesetzt und das Praxispersonal intensiv eingebunden.

Diese Kooperationen haben unterschiedliche Intensität; beginnend mit losen Zusammenschlüssen, über dauerhafte Qualitätszirkel bis hin zu Praxisnetzen mit mehreren Mitarbeitern in Vollzeit für das Management. Letztere sind häufig Vertragspartner der Krankenkassen in Selektivverträgen. Dabei kann das Praxisnetz insgesamt für die vereinbarten Leistungen honoriert werden oder zusätzliche (Add-on) Vergütungen für Leistungen verhandeln; das Praxisnetz verteilt die Honorare dann innerhalb des Netzes (=Übernahme von Budgetverantwortung). Die Einnahmen

1 Aus Gründen der Vereinfachung wird im Folgenden lediglich von Ärzten gesprochen. Ärztliche und psychologische Psychotherapeuten sind jeweils mit eingeschlossen.

aus diesen Verträgen spielen für die Netze bei ihrer Kostendeckung eine wesentliche Rolle, sind aber keine zuverlässige Planungsgröße.

3 Intention dieses Papiers

Aus dem Sachverständigengutachten 2009[2]:

„Der Gesundheitsversorgung stellt sich die in integrativer Hinsicht anspruchsvolle Aufgabe, hausärztliche und fachärztliche, ambulante und stationäre sowie pflegerische Behandlungsleistungen im Rahmen einer interdisziplinären Kooperation mit Präventionsmaßnahmen, der Rehabilitation, der Arzneimitteltherapie sowie mit Leistungen von sozialen Einrichtungen und Patientenorganisationen ziel- und funktionsgerecht zu verzahnen.“

Auf eine einfache Formel gebracht:

Die Koordination der Versorgung rückt in den Fokus.

Doch dort agieren alle Systembeteiligten nach jahrelang geltendem Gewohnheitsrecht in ihren Berufsroutinen. Niemand ist dazu berufen, die bestehenden Reibungsverluste zwischen den Beteiligten in der Versorgung von Patienten aufzugreifen und zu verändern. Medizin und Soziales findet parallel, aber zusammenhangslos statt. Auch das Zepter der Zukunftsgestaltung nimmt niemand in die Hand. Das deutsche Gesundheitssystem leidet unter einer „organisierten Verantwortungslosigkeit.“[3]
In Sachen ärztlicher Nachwuchs sollen es finanzielle Anreize zur Niederlassung in ländlichen Regionen in Zukunft richten, und das Versorgungstärkungsgesetz gibt mit den Kommunen einen weiteren Akteur, allerdings mit wenig Expertise in Sachen Medizin, ins System.

Gelebte Patientenorientierung 2016.

Es ist Intention dieses Papieres deutlich zu machen, welches Potential ärztliche Verbünde in dem geschilderten Szenario haben und welcher Nutzen in ihnen liegt.

Patienten brauchen eine Koordination ihrer Versorgung, die Praxisnetze leisten können und wollen. Sie nehmen die Patientenperspektive ein und führen bisher unkoordinierte Versorgungselemente und –akteure zusammen.

4 Auf dem Weg in die Versorgung von morgen

Der Sachverständigenrat 2009[4] dazu:

„Die Organisationsentwicklung im Bereich der ambulanten, primärmedizinischen Leistungserbringer ist vor allem aus zwei Gründen wichtig: Erstens um die bisher hauptsächlich durch kleine Praxen charakterisierten Leistungserbringer (Hausärzte) in die Lage zu versetzen, dem zukünftigen Leistungsbedarf gerecht zu werden, und zweitens um sie - vor allem im Hinblick auf die Option verstärkter sektorübergreifender Strukturen - in die Lage zu versetzen, als Praxisteam, aber auch in größeren Strukturen (Anbieternetzen etc.) hinreichende Managementkompetenzen auszubilden, um auf die von derartigen Strukturen ausgehenden Steuerungsimpulse produktiv reagieren zu können. Bis heute sind in den meisten Netzen bzw. integrierten Versorgungsformen das Netzmanagement und die Anpassung der Praxisabläufe entscheidende Engstellen.

… die einzelnen Elemente der Versorgung bzw. Leistungserbringung müssen nach Möglichkeit an integrierten bzw. über verschiedene Versorgungsstufen hinweg koordinierten Konzepten der Versorgung der gesundheitlichen Bedürfnisse der Patienten ausgerichtet werden.“

Aber wann ist Netzwerkmanagement professionell?
Wie verhindert man die Engpässe?

Es gilt, Strukturen aufzubauen.
Hierbei muss zweiseitig vorgegangen werden: Das Praxisnetz wird zunächst zu einem leistungsstarken Kern ausgebildet, um dann energisch ein regionales Netzwerk von Versorgungsangeboten zusammenführen zu können. Die Befriedigung ihrer gesundheitlichen Bedürfnisse und das Patientenerleben sind das Leitmotiv und Erfolgsindikator der Praxisnetze.

4.1 Die Leitphilosophie: Patientenzentriert arbeiten

Patientenzentriert arbeiten. Was heißt das eigentlich?
Die Versorgungsrealität trägt ein Konfliktpotenzial in sich.

Es besteht aus der Forderung nach mehr Patientenorien-

2 http://www.svr-gesundheit.de/index.php?id=19

3 http://www.aerztezeitung.de/politik_gesellschaft/berufspolitik/default.aspx?sid=904680&cm_mmc=Newsletter-_-Newsletter-C-_-20160211-_-Berufspolitik

4 http://www.svr-gesundheit.de/index.php?id=19

tierung einerseits und den Leitbildern, Verhaltensmustern und Organisationsabläufen bei Institutionen und Professionen des Gesundheitswesens andererseits.

Aber: Darin liegt auch eine Chance.

Denn die Sicht der Patienten ist eine Sicht auf Behandlungs- und Betreuungsbruchstücke und damit eine wertvolle Quelle für mehr Koordination und Integration in der Versorgung vor Ort. Patienten und ihre Angehörigen nehmen Systemschwächen als Barrieren wahr, wenn sie z. B. lange auf Termine warten müssen, verordnete Behandlungen nicht sofort, sondern erst nach einem langwierigen Genehmigungsverfahren der Krankenkasse beginnen können oder wenn der Facharzt mit Hinweis auf das ausgeschöpfte Budget die benötigte Verordnung für das laufende Quartal ablehnt. Das sind nur einige Beispiele von bekannten Versorgungshemmnissen, die bei Betroffenen das starke Empfinden von Ungerechtigkeit erzeugen.

Sie sind die Ursache dafür, dass der rechtzeitige Beginn einer notwendigen Therapie unterbleibt und auch negative Folgen für die Gesundheit der Betroffenen nicht auszuschließen sind.

Folgende Strategien müssen verfolgt werden:

1 Verständliche Information für Patienten

Patienten und Angehörige erhalten ausreichende Kenntnisse und Orientierung zum gesamten Behandlungsprozess, so dass sie sich ein Bild machen können.

2 Einbezug der Patienten in die Entscheidungsfindung

Patienten geben nicht nur ihre Zustimmung zu einer Behandlungsempfehlung, sondern kennen Behandlungsalternativen und/oder es wird ihnen von den Behandelnden eine Zweitmeinung empfohlen.

3 Koordination und Kontinuität der Behandlung und Betreuung

Die betreuenden Fachpersonen bewerten Untersuchungsbefunde einheitlich und ziehen daraus übereinstimmende Schlüsse zu Diagnose, Behandlung und Prognose.

4 Kommunikation zwischen den Leistungserbringenden

Die betreuenden Fachpersonen kennen die Rollen und Funktionen der jeweils anderen, gewährleisten gemeinsam eine optimale Betreuung und respektieren insbesondere direkte und koordinierende Ansprechpersonen der Patienten und ihrer Angehörigen.[5]

5 http://fmc.ch/uploads/tx_news/150319_Int_Versorgung-Soins_integres_DT_FR.pdf

Die Arbeitsfelder im Überblick

1 Menschen begeistern mit
1. eigenem Enthusiasmus
2. Zuwendung, Sicherheit und Orientierung für Patienten
3. überzeugenden Argumenten für Ärzte und Praxismitarbeiterinnen
4. faszinierenden Strategien für Kooperationspartner
5. erkennbarem Nutzen für Vertragspartner
6. professioneller Außendarstellung (Homepage, Pressearbeit, Imagebroschüre, Netzleistungskatalog)

2 Netzidentität schaffen
1. Vision und Mission entwickeln
2. Aufgaben und Ziele des Netzes konsentieren
3. Ziele in Aufgaben operationalisieren und umsetzen
4. Nutzen und Erfolge darlegen
5. Emotionale Verbundenheit schaffen
6. Wertschätzung der Netzarbeit aufbauen
7. Eine regionale Marke für Gesundheitsqualität schaffen

3 Strukturgrundlagen für Aktivität im Netz schaffen
1. Führung besetzen
2. Gremien, Arbeitsgruppen, Qualitätszirkel im Praxisnetz etablieren
3. Geschäftsstelle aufbauen

4 Informationstransfer im Netz systematisch aufbauen und betreiben
1. Persönliche Kontakte aufbauen
2. Bilateralen Informationsfluss Netzleitung/Netzärzte ausprägen
3. Austausch zwischen den Praxen fördern
4. Medizinische Fachangestellte einbinden
5. Übermittlung von Befunden zwischen den Praxen gewährleisten

5 Interne Organisationsprozesse verändern
1. Prozesse in den Praxen zusammenführen
2. Entwicklung zentraler Dienste (EDV, Haustechnik, Buchhaltung, Hygiene etc.)
3. Kurze Wege für Patienten ermöglichen
4. Entlastung für Praxen schaffen (Übernahme von Aufgaben durch das Netz wie delegierte Hausbesuche, DMP- und Patientenschulungen etc.)

6 Qualität fördern
1. Fort-und Weiterbildung vor Ort organisieren
2. Qualitätsmanagement netzübergreifend umsetzen
3. Standards entwickeln (z. B. Anwendung von Antibiotika, Therapie der Depression, Indikation zur Operation)

7 Versorgungsthemen regional fokussieren (Palliativmedizin, Geriatrie, Delegationskonzepte etc.)

8 Versorgungsmanagement umsetzen
1. Schwerpunktthemen wählen
2. Aufgaben teilen
3. Kontinuität von Terminen & Treffen erzielen
4. Bearbeitung überwachen und berichten
5. Prozessneuerungen einführen
6. Zusammenarbeit koordinieren
7. Effizient mit der Ressource „Arzt“ umgehen, Reibungsverluste beseitigen
8. Kooperationen aufbauen
9. Zusammenarbeit mit anderen Berufsgruppen initiieren

9 Qualität darlegen
1. Qualitätsindikatoren festlegen
2. Qualitätsziele festlegen
3. Deren Einhaltung überprüfen

4.2 Gegenwartsaufgabe: Die Organisationsentwicklung in den Praxisnetzen fortführen

Was macht ein „professionelles“ Netz aus?

Die hochentwickelten Praxisnetze Deutschlands, meist an ihrer Zertifizierung nach §87b SGB V identifizierbar, haben ihren Professionalisierungsprozess weitgehend abgeschlossen. Er ist dennoch als kontinuierlicher Verbesserungsprozess zu sehen. Außerdem erfordern immerwährende Veränderungen der Begleitumstände permanente Anpassungen an neue Erfordernisse.

Praxisnetze sind Gesundheitsdienstleister. In der ersten Stufe ihrer Professionalisierung befassen sie sich grundlegend mit der Entwicklung ihrer eigenen Organisation. Ihre Dienstleistungen „professionalisieren“ sie im Innenverhältnis.

4.3 Zukunft 1.0: Regionen für Fachkräfte attraktiv gestalten

Immer häufiger spielen im Wettbewerb der Regionen um Fachkräfte die „weichen Standortfaktoren“ eine Rolle.[6]

Fachkräftekampagnen müssen den „Wohlfühl-Faktor“ in einer Region betonen.

Für ein geeignetes Regionsimage muss die regionale Identität beschrieben, bewusst gemacht und gelebt werden. Am nachhaltigsten gelingt diese Markenausprägung durch Zusammenarbeit verschiedener Akteure in den Regionen. Ein regionales Netzwerk in einer attraktiven Region muss sich auf konkrete Anreize für junge Ärztinnen und Ärzte fokussieren. Die Zukunft der Medizin ist weiblich, 70% der Medizinstudenten sind Frauen. Worüber denkt eine Ärztin nach, die in ihrem Beruf arbeiten möchte?
Zu allererst nicht über den Praxisumsatz! Medizinstudium und Facharztausbildung dauern üblicherweise rund zwölf Jahre. In dieser Zeit werden Ehen gestiftet, Kinder geboren, Lebenspartner etablieren sich in ihrem Beruf. Deshalb sind Fragen wie Kinderbetreuung, Vereinbarkeit von Beruf und Familie, übrigens auch für Männer, oder die Jobchancen für den Partner wichtige Argumente bei der Wahl der Ansiedelung. Auch die Nähe zur eigenen Uniklinik, die Lebensqualität und das kulturelle Angebot einer Region sind Gründe dafür, dass sich Ärzte ungleich über das Land verteilen.

6 http://www.esv.info/download/katalog/inhvzch/9783503116065.pdf

„Wir müssen Strukturen schaffen, die die Versorgung in ländlichen Regionen stützen. Beispiele hierfür könnten zeitweise interdisziplinär besetzte Gemeinschaftspraxen sein, Krankenhäuser, die ambulante Behandlungen anbieten, oder Praxen, in denen Krankenschwestern mit Zusatzqualifikationen bestimmte Patienten mitversorgen.“[7]

Praxisnetze arbeiten gemeinsam mit Kommunen an attraktiven Arbeitsbedingungen für junge Ärztinnen und Ärzte.

4.4 Zukunft 2.0: Menschen regional zusammenbringen

„Schnittstellen existieren nicht nur zwischen ambulanter und stationärer Versorgung, sondern auch innerhalb des ambulanten Sektors. Hausärztliche, fach- und spezialfachärztliche Versorgung, Pflege, Rehabilitation, psychosoziale und palliative Versorgung sowie Heilmittel werden jeweils von getrennten Einrichtungen erbracht. Vor allem die Sterbefälle aufgrund von chronischen Erkrankungen weisen einen engen Zusammenhang mit dem sozio-ökonomischen Status auf.
Um diese ggf. zu senken, sind nicht nur Verbesserungen der medizinischen Versorgung, sondern auch Lebensstil- und Lebensumweltveränderungen notwendig. Diese sind eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe, die von vielen Akteuren in der Region gemeinsam angegangen werden muss.“[8]

Praxisnetze gehen neben der eigenen Professionalisierung verstärkt auf andere Akteure der Gesundheitsversorgung zu.

Die ambulante ärztliche Versorgung bildet den Kern der Versorgung von Erkrankungen. Ziel von Praxisnetzen ist es, um diesen Kern herum, die weitere Versorgung auszuprägen und zu koordinieren. Eine gute Unterstützung leistet hier eine präzise Analyse von Schwachstellen und Engpässen in der Versorgung bzw. an deren Schnittstellen aus Sicht der Patienten.

Im Rahmen von Expertenkonferenzen muss Fachwissen aus Medizin, Pflege, Arzneimittel, Therapie, Schulung so-

7 http://www.zeit.de/feature/gesundheit-arzt-privat-versicherung-praxis
8 http://www.svr-gesundheit.de/index.php?id=423

wie Selbsthilfe und Soziales in einer regionalen Versorgungslandschaft z.B. zur Behandlung von alten Menschen zusammengeführt werden. Besonders zukunftsweisend erscheinen den Autoren hierbei die systematische Integration und die Förderung des Ehrenamtes.

Die Leitgedanken bei der Bearbeitung der Konzepte sollten sein

- ✔ einfach umsetzbar
- ✔ leicht praktikabel
- ✔ regional passend

4.5 Zukunft 3.0: Gemeinsam Verantwortung für Qualität entwickeln

Wo stehen wir in Fragen der Versorgungsqualität? Orientierend dazu der Sachverständigenrat bzw. sein Gutachten aus 2012[9]:

„Der Rat empfiehlt eine Fokussierung auf populationsorientierte und sektorenübergreifende Qualitätsindikatoren. Insgesamt bedarf das Gesundheitssystem einer stärkeren Fokussierung auf patientenrelevante Ergebnisse. Für den Patienten ist es nicht wichtig, wie oft sein Hausarzt seinen Blutdruck misst, sondern ob er letztendlich einen Schlaganfall oder Herzinfarkt erleidet.

Gemeinsame Verantwortung für Gesundheitsergebnisse setzt eine gemeinsame Organisationsstruktur voraus. Eine stärkere Kooperation und Koordination in Arztnetzen könnte die Grundlage für eine gemeinsame Qualitätsverantwortung bilden, die dann mit populationsbezogenen Indikatoren gemessen werden kann.“

Doch Schnittstellen bestehen fort. Dort soll die sektorenübergreifende Qualitätssicherung helfen. Mit ihr ist der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) beauftragt. Konkretes erarbeitet das AQUA-Institut in dessen Auftrag.

Die sektorenübergreifende Qualitätssicherung ist ein recht junger Ansatz, der sich als weit komplexer herausgestellt hat, als vor ein paar Jahren angenommen. Sie ist zum großen Teil noch Zukunftsmusik.[10]

Schrappe nimmt in seinem Gutachten[11] Qualität 2030 zu den zentralen Instrumenten der Qualitätsverbesserung Stellung und fordert einen umfassenden Paradigmenwechsel im deutschen Gesundheitswesen. Die Entwicklung solle jetzt zügig und vorrangig eine regionale und Populations-Perspektive einnehmen, die die Prävention und gesundheitliche Versorgung von Populationen (z.B. durch sog. area-Indikatoren) in den Vordergrund stellt.

Der Arbeitsauftrag lautet, die Kommunikation an den Schnittstellen der Versorgung zu strukturieren, Versorgungsbrüche zu überwinden und übergeordnete Versorgungsziele durch Prävention und Vorsorge umzusetzen. Schrappes Forderung nach area-Indikatoren ließe sich in diesem Szenario bestens etablieren. So sind die Senkung von Antibiotikaresistenzen und MRSA Infektionen genauso wie das Erreichen von Impfquoten Versorgungsziele der Zukunft, die kleinräumiger Steuerung bedürfen.

Public Health im besten Sinne. Die systemische Sichtweise und der umfassende Anspruch erfordern hierbei die interdisziplinäre Arbeitsweise, die Praxisnetzen zu Eigen ist.

5 Wegweiser für die Versorgung von morgen

5.1 Neue Handlungsspielräume schaffen innovative Lösungen!

Praxisnetze sind in § 95 SGB V weder zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung noch als Betreiber eines Medizinischen Versorgungszentrums zugelassen. Damit sind sie trotz ihrer ambulanten Managementkompetenz vom unmittelbaren Einfluss auf Versorgungsstrukturen ausgeschlossen.
Dieser Sachverhalt ist in der Vergangenheit häufig mit der Forderung nach dem „Leistungserbringerstatus“ zwar in die Diskussion eingebracht worden, die Ziele sind dabei aber nicht deutlich geworden.

Sehen sich weder Ärzte, Krankenhäuser noch Kommunen zum Erhalt der regionalen Versorgung veranlasst, müssen Praxisnetze ohnmächtig dabei zusehen, wie insbesondere Hausarztsitze nicht nachbesetzt werden können. Allzu oft scheitern Verhandlungen zwischen Abgeber und Nachfolger an mangelnder Moderation. Potentiale gehen der Region verloren. Die Arbeitslast in den verbleibenden Praxen steigt unaufhörlich.

9 http://www.svr-gesundheit.de/index.php?id=424

10 http://www.vfa-patientenportal.de/patienten-und-versorgung/qualitaet-sichern/wie-verfahren-versuchen-die-qualitaet-zu-messen.html

11 http://www.gesundheitsstadt-berlin.de/fileadmin/user_upload/Downloads/Schrappe_Qualitaet_2030_165x240_Download.pdf

Praxisnetze können insbesondere jungen Ärztinnen attraktive Anstellungsverhältnisse statt der risikoreichen Niederlassung bieten. Allein die Refinanzierung der Personalkosten gelingt nicht, da ohne den Leistungserbringerstatus nicht mit den Kassenärztlichen Vereinigungen abgerechnet werden kann.

Die Gleichstellung von Praxisnetzen und mit Krankenhäusern und Kommunen beispielsweise zbei der Gründung von MVZ sind somit ein Treiber und Träger für neue Sicherstellungskonzepte.

Die Netze wollen dabei gemeinsam mit den Kommunen Verantwortung übernehmen. Dazu müssen alle Ansatzpunkte zu einer Verbesserung genutzt werden.

1 Medizinstudentinnen heranführen,
2 den Hausarztberuf aufwerten,
3 die Bedingungen attraktiver gestalten,
4 die Belastungen reduzieren,
5 und Entlastungsmöglichkeiten durch andere Berufsgruppen eröffnen.[12]

5.2 Die Koordination der Versorgung muss honoriert werden!

Warum haben sich Praxisnetze auch nach fast 20 Jahren als Struktur immer noch nicht fest etabliert? Die Antwort ist einfach:

Weil Professionalität und vernetztes Arbeiten in Praxisnetzen bis heute der verlässlichen Finanzierung entbehrt!

Bisheriges Ehrenamt und die unzuverlässigen Finanzierungsmodelle über Selektivverträge müssen durch eine solide Grundlage für Praxisnetzarbeit ersetzt werden.

Selektivverträge werden unter dem Druck des Wettbewerbes unter den Krankenkassen nie die notwendigen Volumina erreichen.

Der Ansatz aus dem Palliativgesetz ist wegweisend.

Die Koordination und die Strukturierung der Versorgungsabläufe sowie eine aktive Kooperation mit weiteren beteiligten Leistungserbringern werden hier geregelt. Damit wird erstmals auch die gezielte Vergütung von kooperativen und koordinierten ärztlichen Leistungen auf eine gesetzliche Grundlage gestellt.

Die Honorierung von koordinierten ärztlichen Leistungen muss generell in den Honorarverteilungsverträgen der Kassenärztlichen Vereinigungen verbindlich aufgenommen und mit zusätzlichen Mitteln der Krankenkassen finanziert werden.

12 https://www.gmkonline.de/_beschluesse/Protokoll_81-GMK_Top0501_Anlage_AOLG-Bericht.pdf

A Hintergrundinformationen

A.1 Zur Zahl der Netze

Nach einer Erhebung der Unternehmensberatung EPC Healthcare in 2011 gibt es bundesweit mehr als 900 Ärztenetze, 2009 hatte EPC etwa 600 Netze gezählt. Nach ihren Angaben haben sich circa 50 000 der 140 000 ambulant tätigen Ärztinnen und Ärzte inzwischen vernetzt.

2014 werden von der Agentur Deutscher Arztnetze e.V. (AdA) hingegen 438 Ärztenetze ausgewiesen, diese Zahl scheint realistischer. Hier stellt sich die Aufgabe, in Zukunft über ein Bundesregister zu verfügen, welches Aspekte der Strukturqualität von Netzen mit erfasst.

32% der Niedergelassenen sind mittlerweile in einem Praxisnetz organisiert.[13]

A.2 Zur Historie der Netze

Es lassen sich vier Generationen Netzbewegung identifizieren.

I. Generation (ca. 1995 – 2003) – Modellvorhaben – mangelnde Zielorientierung – kein Netzmanagement

II. Generation (ca. 2004 – 2008) – Integrierte Versorgung (IV) – Budgetübernahme – Qualitätsmanagement – Controlling – höhere Regelverbindlichkeit – Stand der Arztnetze variiert

III. Generation (ab 2009) – regionale Vollversorger – umfassende Patientenorientierung – Pay for Performance/Erfolgsorientierte Vergütung – Integrierte IuK/PVS-Systeme – elektronische Patientenakten

IV. Generation (ab 2012): Entwicklung zum multiprofessionellen Versorgungsteilnehmer durch Vertiefung erfolgreicher Prozesse vorheriger Generationen sowie durch Erweiterung der Netzstrukturen und des eigenen Handlungsrahmens, um die Herausforderung der modernen regionalen Versorgungsfragen annehmen zu können. Mit GKV-Versorgungsstrukturgesetz (VStG) und dem darauf folgenden GKV-Versorgungsstärkungsgesetz (VSG) wird eine Professionalisierung und die Förderung der Ärztenetze vom Gesetzgeber in die Hände der Kassenärztlichen Bundesvereinigung bzw. der Kassenärztlichen Vereinigungen gelegt, zunächst als KANN dann im VSG als MUSS Regelung.

Führte zu Beginn der Bewegung die Sorge über die Auflösung der Kassenärztlichen Vereinigungen zur Gründung von Alternativorganisationen ist heute der Tenor auf beiden Seiten ein anderer.

Insbesondere das gemeinsame Ansinnen, zukünftig hinreichend Ärzte in den Regionen zur Verfügung zu haben, führte Praxisnetze und Kassenärztlichen Vereinigungen zusammen.

Aber auch medizinisch inhaltliche Themen wie die Versorgung von Sterbenden sind in der Vergangenheit in den Regionen in gemeinsamer Regie angegangen worden.

Heute agieren Kassenärztlichen Vereinigungen und Praxisnetze gemeinsam, nicht zuletzt wegen der Zertifizierung und Förderung von Praxisnetzen.

A.3 Zur Zertifizierung und Förderung von Praxisnetzen

Der Gesetzgeber hat der Kassenärztlichen Bundesvereinigung die Anerkennung von Praxisnetzen ins Auftragsbuch geschrieben. Am 1. Mai 2013 hat die Kassenärztliche Bundesvereinigung einen mehrstufigen Kriterienkatalog aufgestellt, der seither in den Landes-KVen in dieser Form oder modifiziert übernommen werden kann, um förderungswürdige Netze (so genannte Netze der Basisstufe, sowie der Stufen I und II) zu identifizieren und fördern zu können – so will es der § 87 b SGB V. Seit dem Versorgungsstärkungsgesetz ist eine Anerkennung von Netzen durch Landes-KVen verbindlich vorzusehen, bisher aber noch nicht flächendeckend realisiert. Vorbildlich und innovativ agierten bereits früh die KV in Westfalen-Lippe und die des Landes Schleswig-Holstein.

An Praxisnetze werden besondere Anforderungen gestellt, wenn sie nach §87b SGB V als förderungswürdig anerkannt werden wollen. Sie müssen bestimmte Strukturvorgaben erfüllen. Andere Parameter betreffen die Qualität der Versorgung sowie inhaltliche Ziele[14]. Bei alldem geht es um die Frage, welchen Beitrag ein Netz zur Verbesserung der medizinischen Versorgung leistet.

13 http://www.kbv.de/media/sp/infas_Tabellenband_Aerztemonitor_AE_20140630.pdf

14 Weiterführende Literatur in Eble S, Greppmeir K, Wambach V (2014) Praxiswissen: Förderung nach § 87b SGB V - Neue Möglichkeiten für Netze

GRÖSSE

Praxisnetze dürfen nicht zu groß sein, da sie eine regionale Versorgungsstruktur darstellen und engen fachlichen Austauschermöglichen sollen. Die Rahmenvorgabe sieht deshalb grundsätzlich mindestens 20 und höchstens 100 vertragsärztliche und psychotherapeutische Praxen für ein Netz vor.

ZUSAMMENSETZUNG

Um als Praxisnetz einen fachübergreifenden, interdisziplinären Zusammenschluss von Ärzten zu bilden, müssen mindestens drei Fachgruppen im Praxisnetz vertreten sein – darunter auf jeden Fall Hausärzte..

VERSORGUNGSGEBIET

Um die wohnortnahe Versorgung gemeinsam koordinieren und abstimmen zu können, befinden sich die Netzpraxen in einem zusammenhängenden Gebiet.

RECHTSFORM

Die Praxen schließen sich für ein Praxisnetz in Form einer Personengesellschaft, einer eingetragenen Genossenschaft, eines eingetragenen Vereins oder einer Gesellschaft mit beschränkter Haftung zusammen. Zu beachten ist, dass diese Voraussetzungen bei der Antragstellung bereits seit drei Jahren bestehen müssen.

KOOPERATIONEN

Da für eine umfassende wohnortnahe Versorgung die Einbeziehung anderer Gesundheitsberufe wie Logopäden und Physiotherapeuten oder auch der Krankenhäuser erforderlich ist, müssen förderungswürdige Praxisnetze zumindest eine verbindliche Kooperationsvereinbarung für die Antragstellung nachweisen.

GEMEINSAME STANDARDS

Für die in Praxisnetzen intensivierte fachliche Zusammenarbeit sind Standards festzulegen. Diese betreffen das Qualitätsmanagement, die Beteiligung an vereinbarten Maßnahmen zum Wissens und Informationsmanagement sowie zur Unabhängigkeit gegenüber Dritten (z. B. Pharmaunternehmen).

MANAGEMENT

Praxisnetze entstehen häufig durch das ehrenamtliche Engagement der Gründer. Ab einer gewissen Größe wird allerdingsein professionelles Netzmanagement erforderlich – vor allem für den umfangreichen Aufbau von tragfähigen Prozessen. Um anerkannt zu werden, muss das Netz deshalb über eine Geschäftsstelle, einen Geschäftsführer und ärztlichen Leiter/Koordinator verfügen.

Eine effiziente, auf die Bedürfnisse der Patienten ausgerichtete Versorgung ist ein Merkmal, das Netze auszeichnet. Was Praxisnetze unternehmen, um dieses Ziel zu erreichen, müssen sie für die Anerkennung durch eine KV darlegen. Konkret geht es um diese drei Versorgungsziele:

1. Patientenzentrierung

Von der Terminvergabe über die Arzneimitteltherapiesicherheit bis zum Überleitungsmanagementbei einer Krankenhausbehandlung – all das steckt hinter dem Begriff Patientenzentrierung. Es geht darum, die medizinische Versorgung, aber auch die Abläufe und Strukturen in den Praxen stärker auf die Bedürfnisse der Patienten auszurichten.

2. Kooperative Berufsausübung

Von der Zusammenarbeit im Praxisnetz profitieren Patienten erheblich. Diese zu perfektionieren und ständig weiter zu entwickeln, ist deshalb ein Ziel, an dem Netze gemessen werden.

3. Verbesserte Effizienz und Prozessoptimierung

Mit den vorhandenen Mitteln eine bestmögliche Versorgung organisieren – das ist es, was Praxisnetze durch eine größtmögliche Effizienz erreichen können. Strukturierte Abläufe, klare Regeln, aber auch Potenzialanalysen helfen, dieses Ziel zu erreichen.[15]

A.4 Zum Stand der Förderung in den Regionen

Fortlaufend werden in den einzelnen Regionen Praxisnetze von ihren jeweiligen KVen anerkannt.

Ein aktueller Stand findet sich auf der Webseite der Agentur deutscher Arztnetze.[16]

15 http://www.kbv.de/media/sp/PraxisWissen_Praxisnetze_web.pdf

16 http://deutsche-aerztenetze.de

Gesundheit gemeinsam verantworten.



HERAUSGEBER
Praxisnetz Herzogtum Lauenburg e. V.
http://pnhl.de/

Praxisnetz Herzogtum Lauenburg Management GmbH

Ärztenetz Lippe GmbH
http://aerztenetz-lippe.de/

AUTORIN
Claudia Schrewe

Aus Gründen der Vereinfachung wird im folgenden Text die männliche Form verwendet. Die jeweiligen Begriffe gelten jedoch in der männlichen und weiblichen Form entsprechend.