

Versorgung in Netzwerken sicherstellen

Impulsbeitrag Workshop D1 BMC-Kongress 18.04.2023

Ein Gemeinschaftsprojekt des PKV Verbandes
& TU Dresden, Forschungsgruppe Digital Health

Zum Projekt „Manual Gesundheitsnetze“

Einleitung, Hintergrund, Problemstellung:

- Die Gesundheitsversorgung ist in strukturschwachen Regionen mit alternder Bevölkerung gefährdet. Lokale Gesundheitsnetzwerke und die Aktivierung regional verfügbarer Ressourcen in Medizin, Pflege und Prävention können dem entgegenreten. Regionale Entscheidungsträger benötigen konkrete Handlungsoptionen für die Entwicklung und Sicherung der Gesundheitsversorgung und -förderung vor Ort.

Herangehensweise, Methodik:

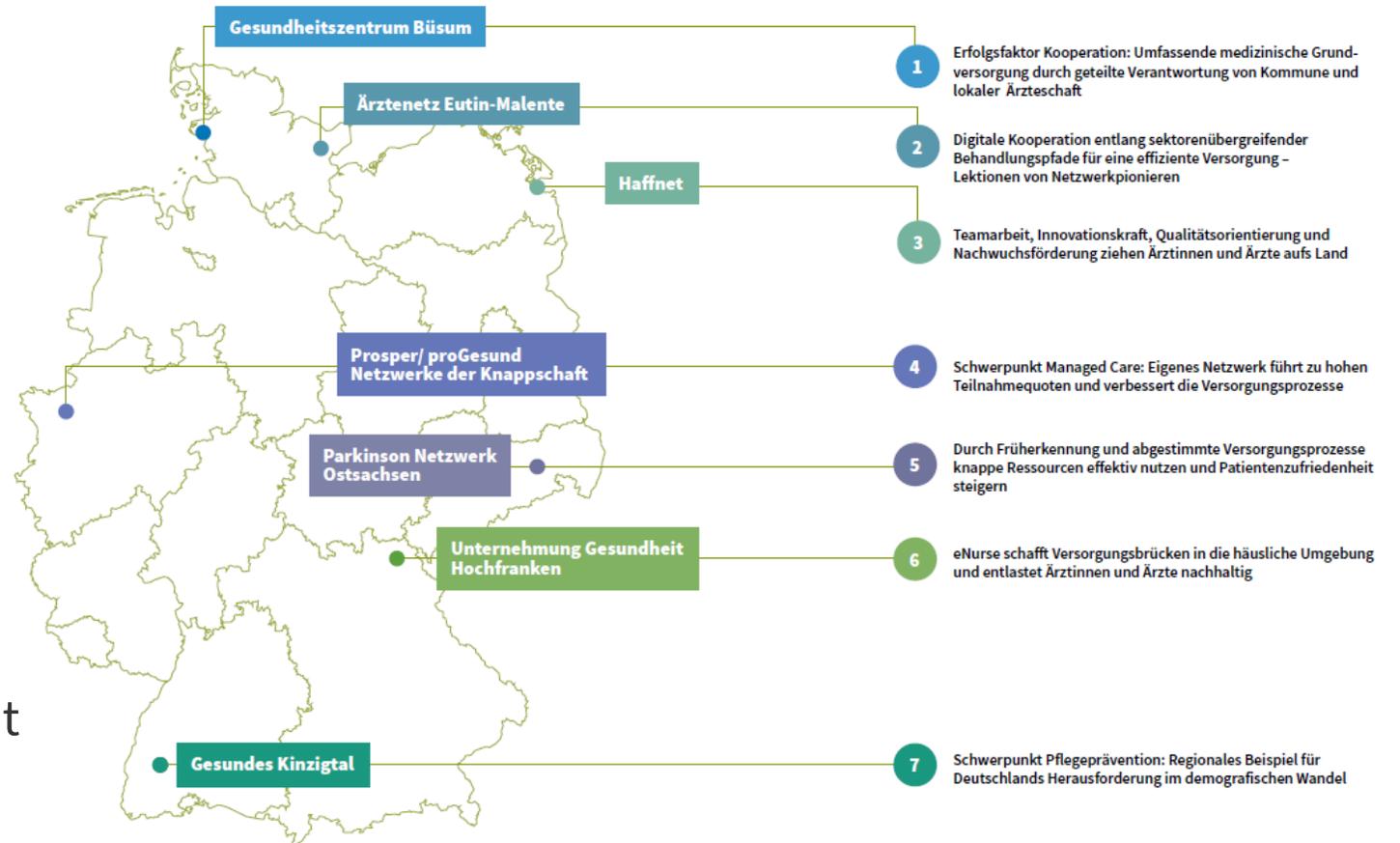
- Zur Identifikation von Lösungsansätzen wurden **einige Gesundheitsnetzwerke aus der empirischen Praxis exemplarisch** ausgewählt. Unter Nutzung eines strukturierten Interviewleitfadens wurden Akteure des Netzwerkmanagements zu Gründung, Finanzierung, Betrieb und erfolgreichen Netzwerkelementen befragt. Die Befragungen wurden um Literaturrecherchen ergänzt.

Durchführung und Zeitplan:

- Gemeinsames Projekt des PKV-Verbandes und der TU Dresden, Forschungsgruppe Digital Health
- Veröffentlichung im Sommer 2023 geplant

Die Use-Cases

- 7 Gesundheitsnetze in Deutschland
- Unterschiedliche Rahmenbedingungen:
 - Klassische IV-Verträge mit GKV nach §140a SGB V
 - Anerkannte KBV-Praxisnetze nach §87 SGB V
 - Lokale Ansätze, z.T. mit Förderung aus Landesmitteln (Strukturfonds) oder von dritten (Stiftungen)
- Auswahlkriterien: Durchführung in/ Eignung für strukturschwache Gebiete, innovative Ansätze, Verbundprojekte mit Ausstrahlung auf die Gesamtregion



Lessons Learned – Erfolgsfaktoren



Gründungsmotivation

Funktionierende Gesundheitsnetzwerke basieren meist auf einem hohen zeitlichen und finanziellen Engagement einzelner Akteure. Hauptmotiv: Versorgung in der Region effizienter und patientenorientierter zu gestalten.



Spürbare Mehrwerte für Netzwerketeiligte

Das Netzwerk muss für seine Mitglieder spürbaren Mehrwert erzeugen und in der Arbeit entlasten. Wesentliche Elemente sind integrierte Behandlungspfade, die Koordination von Leistungen, Digitalisierung und Ressourcenaktivierung.



Management und Leistungsfinanzierung

Professionelle Managementstrukturen wie ein Netzwerkbüro, das koordiniert, über das gemeinsam genutzte Angestellte wie NÄPAs angefordert werden können und das Verträge mit Kostenträgern schließt und verwaltet.



eHealth Vernetzung & Telemedizin

Die Einigung auf gleiche PVS-Systeme und sukzessive Nutzung der TI-Anwendungen erleichtern den Datenaustausch. Effizienz & Überbrückung räumlicher Versorgungsdefizite durch Telemedizin & Delegation ärztlicher Leistungen an NÄPa's / eNurses.



Akzeptanz und Einbindung regionaler Akteure

Die Akzeptanz und die Unterstützung der regionalen Akteure sind essentielle Erfolgsfaktoren. Politik und Kommunalverwaltung übernehmen zunehmend Verantwortung in strukturschwachen Regionen durch Aufbau/ Förderung eigener Strukturen wie MVZ.

Lessons Learned – Hürden & Risiken



Gründungsmotivation

Wo bereits Strukturmangel herrscht, haben Ärzte keine zeitlichen Ressourcen, sich auch noch für Aufbau eines Netzes zu engagieren.



Starke Personenabhängigkeit

Der Erfolg etablierter Netze geht häufig auf den hohen persönlichen, intrinsisch motivierten Einsatz einiger weniger Akteure zurück. Ziehen sich diese zurück und sind keine Managementstrukturen eingeführt, kann dies das Ende des Projektes bedeuten.



eHealth Vernetzung

Nicht funktionierende Schnittstellen bei Nutzung verschiedener PVS-Systeme oder Probleme mit der TI verhindern bzw. verkomplizieren den Austausch.



Erreichbarkeit der Zielgruppen

Die Initiierung bestehender Netze erfolgt häufig von regional stark vertretenen Kassen (AOK) mit hoher Versichertendichte.



Finanzierung

In Zeiten knapper Kassen wird die Finanzierung schwerer, da die wenigsten Projekte finanziell langfristig gesichert sind. Es fehlt an Projektfördermitteln für bestehende Ansätze. Implementierung in der Regelversorgung findet in der Regel nicht statt.

Fragestellungen für den Workshop

Mehrsäulenstrategie



- Das Gesundheitssystem ist durch starke Sektoren- und Aufgabentrennungen gekennzeichnet (z.B. Medizin, Pflege, Sozialarbeit, Prävention, Ehrenamt).
- Wie können diese Säulen besser miteinander vernetzt werden?

Ressourcen aktivieren



- Welche Ressourcen müssen gestärkt werden, wenn wir Demografie und den sich abzeichnenden Versorgungsmangel bewältigen wollen?
- Beispiele: Abstimmung und Koordination med. Leistungen, Prävention, Gesundheitsförderung

Verankerung in der Versorgung



- Obwohl es sie schon lange gibt, sind Arzt- und Gesundheitsnetze von Projekt- und Fördermitteln abhängig und nicht regelhaft finanziert.
- Wie kann man Gesundheitsnetze langfristig finanziell und rechtlich tragfähig aufstellen?
- Sind die gesetzlichen Möglichkeiten nach §87b SGB V (Vergütung für KV- anerkannte Praxisnetze) und §140a SGB V (Besondere Versorgung) ausreichend? Welche Änderungen sind ggf. erforderlich?