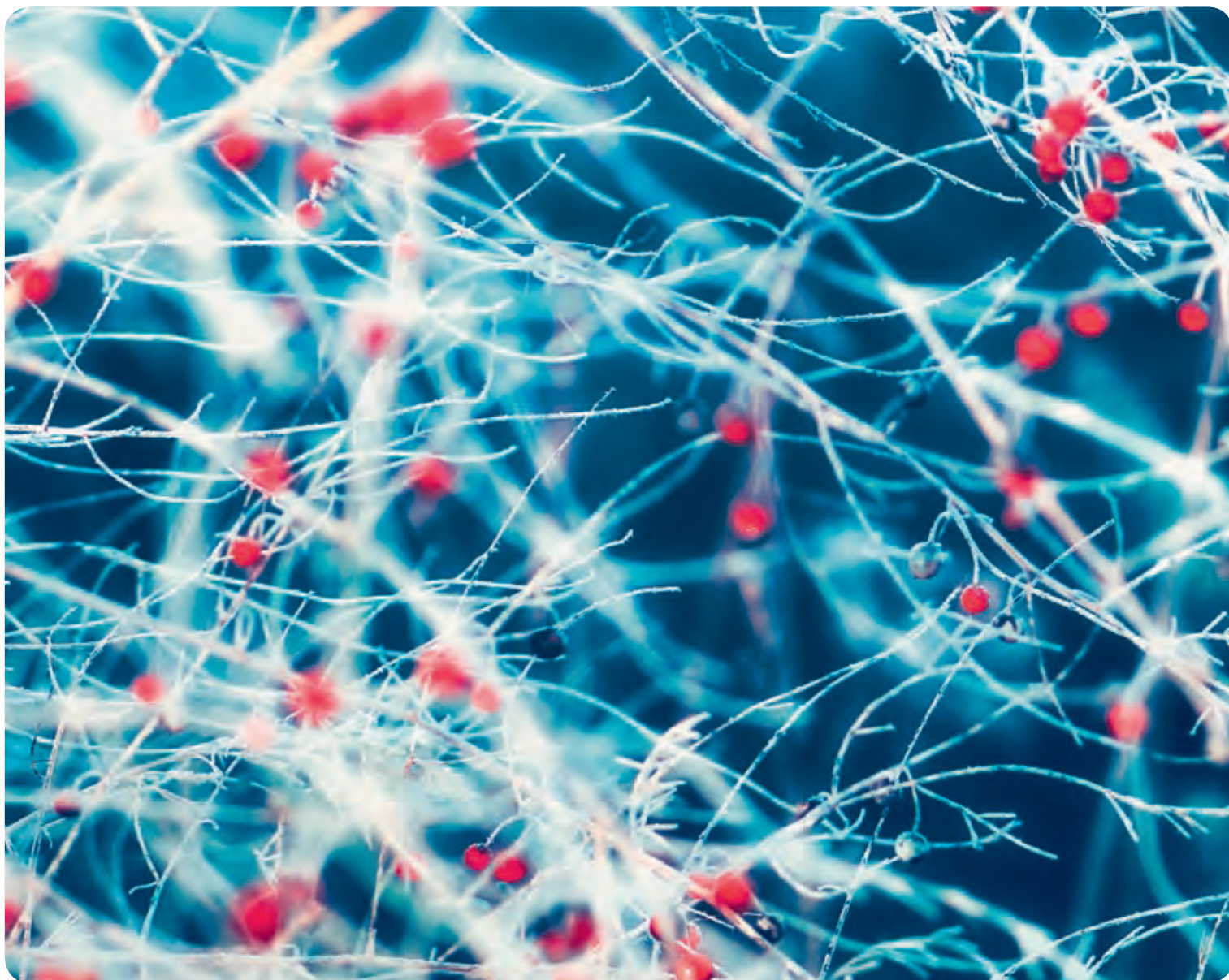


HEFT IX

FÖRDERUNG NACH § 87B SGB V – NEUE MÖGLICHKEITEN FÜR NETZE

PraxisWissen Schriftenreihe zur Theorie und Praxis in neuen Versorgungsformen



SUSANNE EBLE, M.A., BERLIN-CHEMIE AG
KLAUS GREPPMEIR, NAV VIRCHOWBUND
DR. VEIT WAMBACH, QUE NÜRNBERG
DR. JÜRGEN FLOHR/SEBASTIAN KLEIN, LEIPZIGER GESUNDHEITSNETZ LGN
DR. CARSTEN JÄGER, AGENTUR DER NETZE
MARKUS KNÖFLER/CHRISTINA MÖLLMANN, CONCLUSYS

gesundheits
management 
Ihre Zukunft gemeinsam gestalten
BERLIN-CHEMIE

Vorwort

Die Förderung von Praxisnetzen ist seit 2012 beschlossen, seit Sommer 2013 liegen die Rahmenvorgaben der KBV vor. Inzwischen haben viele Kassenärztliche Vereinigungen ihre regionalen Richtlinien verabschiedet und fördern erste Netze.

Die Agentur deutscher Arztnetze e. V. ist Interessenvertreter von über 400 Netzen und Gesundheitsverbänden in Deutschland. Sie unterstützt ihre Mitglieder bei der Professionalisierung und stellt ihnen Kompetenzen im Bereich der Vertragsgestaltung für neue Versorgungskonzepte zur Verfügung.

Die BERLIN-CHEMIE AG engagiert sich seit vielen Jahren in der Begleitung und Beratung von Arztnetzen. Inhaltlich liegt der Schwerpunkt bei Versorgungsansätzen für chronische Erkrankungen, wie zum Beispiel Diabetes, Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Gicht und COPD, denn die regionale Koordinierung kann die Versorgung der Patientinnen und Patienten mit diesen Indikationen deutlich verbessern.

Gemeinsam geben die Agentur deutscher Arztnetze e. V. und die BERLIN-CHEMIE AG das vorliegende Heft heraus. Es bietet allen Netzen einen Leitfaden durch die Rahmenvorgaben der KBV zur Netzförderung (Einleitung). Nach dem Überblick über die Entstehung und den Kontext, in dem die Netzförderung zu sehen ist, ermöglichen die folgenden Kapitel einen tieferen Einblick in die verschiedenen Bereiche der Rahmenvorgaben. Kapitel 2 widmet sich den Strukturvorgaben und der Frage, wie die 17 Kassenärztlichen Vereinigungen mit der regionalen Umsetzung umgehen. Während Kapitel 3 die Aufgaben der Netze im Bereich der Patientenzentrierung beleuchtet, geht es in Kapitel 4 um die Vorgaben zur kooperativen Berufsausübung. Kapitel 5 erläutert die Anforderungen an die verbesserte Effizienz. Da in den Rahmenvorgaben zudem ein professionelles Netzmanagement gefordert ist, wird in Kapitel 6 dazu ein Beispiel vorgestellt. Im Anhang finden sich darüber hinaus ein Überblick über die Rahmenvorgaben, die Aufgaben, die auf die Netze zukommen, den Stand der Förderung in den Ländern und eine Übersicht der Ansprechpartner in den Kassenärztlichen Vereinigungen.

Eine informative Lektüre wünschen
die Herausgeber



**BERLIN-CHEMIE
MENARINI**

BERLIN-CHEMIE AG



Agentur deutscher Arztnetze e. V.

Inhalt

1

4 **Einleitung** und Grundlage

Susanne Eble

Schritt für Schritt in Richtung Kooperation: Förderung von Praxisnetzen

2

12 **Strukturvoraussetzungen**

Klaus Greppmeir

Der lange Marsch. Anerkennung und Förderung von Praxisnetzen – Umsetzungsstand in den Regionen

3

25 **Patientenzentrierung**

Dr. Veit Wambach

Patientenzentrierung und Patientensicherheit im Gesundheitsnetz QuE Nürnberg

4

36 **Kooperative Berufsausübung**

Dr. Jürgen Flohr /Sebastian Klein

Kooperative Berufsausübung: Schnittstellengestaltung im Leipziger Gesundheitsnetz

5

45 **Verbesserte Effizienz/Prozessoptimierung**

Dr. Carsten Jäger

Verbesserte Effizienz und Prozessoptimierung im Arztnetz Südbrandenburg

6

55 **Management von Netzen**

Markus Knöfler/Christina Möllmann

Management von Arztnetzen – Förderung von Arztnetzen nach § 87b SGB V

65 **Anhang**

Zusammenfassung der Rahmenvorgaben Übersichten, Adressen

1

KAPITEL

EINLEITUNG UND GRUNDLAGE



Susanne Eble, M.A.

Diplom-Ökonomin / Medizin (FH)

Leitung Gesundheitsmanagement BERLIN-CHEMIE AG

Stellvertretende Vorstandsvorsitzende
im Bundesverband Managed Care

Schritt für Schritt in Richtung Kooperation: Förderung von Praxisnetzen

Susanne Eble, M.A.

Kommunikation ist ein zentraler Bestandteil der Medizin: Von Diagnosen über die Einstellung auf Medikamente bis hin zur Vereinbarung von Gesundheitszielen geht es darum, Informationen strukturiert und verständlich weiterzugeben. Dies betrifft einerseits die Kommunikation zwischen Arzt und Patient, andererseits aber auch den Informationsfluss von Arzt zu Arzt beziehungsweise zwischen Ärzten und nicht-medizinischen Leistungserbringern. Stehen Informationen nicht an der richtigen Stelle zur Verfügung, kann dies schwerwiegende Folgen für den Patienten haben, etwa bei Wechselwirkungen von Arzneimitteln, die von unterschiedlichen Ärzten verschrieben wurden.

Trotz der großen Bedeutung der Kommunikation für die Patientensicherheit und die Qualität der Versorgung fehlen vielfach geregelte Prozesse, einheitliche IT-Systeme und gelebte Kooperationen zwischen den Leistungserbringern. Die sektorale Trennung im Gesundheitswesen befördert diese Schnittstellenproblematik noch weiter. Auch verschiedene Abrechnungssystematiken und schlecht aufeinander abgestimmte Leistungsbereiche behindern unter Umständen die medizinisch sinnvollste Versorgung der Patienten.

Dass mehr Kooperation dabei helfen kann, bessere Übergänge zu schaffen, hat auch der Gesetzgeber schon vor langer Zeit erkannt und entsprechende Reformen im SGB V veranlasst. Die Entwicklung, die letztlich zur Förderung von Arztnetzen geführt hat, wird im Folgenden kurz dargestellt. Anschließend werden die Ergebnisse des Netzaudits vorgestellt, das die BERLIN-CHEMIE AG seit nunmehr fünf Jahren jährlich durchführt.

1. Kooperation im SGB V

Im Jahr 2000 wurde Leistungserbringern und Krankenkassen die Möglichkeit eröffnet, Selektivverträge abzuschließen. Ein wesentliches Ziel lag darin, eine stärker wettbewerbliche Ausrichtung des Gesundheitswesens zu erreichen. Im Vordergrund stand dabei der Qualitätswettbewerb, das heißt es ging nicht um die günstigsten Beiträge, sondern um die besten Versorgungskonzepte. Und bessere Versorgung kann vor allem dann entstehen, wenn kooperiert wird – sowohl zwischen den Sektoren als auch zwischen den Fachgruppen. So entwickelte sich beispielsweise die Hausarztzentrierte Versorgung, die den Hausarzt ins Zentrum stellt. Er koordiniert den Weg des Patienten und der entsprechenden Informationen durch das System. Diese besondere ambulante Versorgung bietet einen Rahmen für die regionale Vernetzung von Haus- und Fachärzten und eine integrierte Versorgung der Patienten.

Die Idee der Selektivverträge war gut, Schub bekam die integrierte Versorgung jedoch erst ab 2004 mit der Anschubfinanzierung. Krankenkassen konnten ein Prozent der Kosten für stationäre und ambulante ärztliche Versorgung zweckgebunden für integrierte Versorgungsverträge kürzen. Binnen kurzer Zeit stieg die Zahl der Verträge auf über 6.000. Dabei waren die Kassen unterschiedlich experimentierfreudig – fast alle haben jedoch Aktivitäten in diesem Bereich unternommen. Allerdings gingen mit der Anschubfinanzierung auch Fehlanreize einher: Waren Verträge geschlossen, konnten die Kosten der Versorgung um ein Prozent gesenkt werden. Konnten mit den Verträgen wiederum Routinefälle in die integrierte Versorgung umgesteuert werden, sanken die Kosten der Kassen noch weiter. Das führte zu zahlreichen fantasielosen Verträgen, deren sektorenübergreifende Ansätze häufig nur ein Vorwand waren. Gleichwohl muss eingeräumt werden, dass alle Beteiligten mithilfe der Anschubfinanzierung lernten, mit den neuen selektivvertraglichen Instrumenten umzugehen. In den Kassen entstanden neue Bereiche, die auch interessantere zukunftsweisende Modelle entwickelten.

Bereits im Vorfeld dieser gesetzlichen Veränderungen hatten sich Arztnetze gebildet, deren Ziel die bessere Koordination der Versorgung in den Regionen war. Sie wurden nun vielfach Partner der Kassen im Rahmen von Selektivverträgen. So entstanden zahlreiche regionale Verbünde, die mithilfe von Managementstrukturen die Versorgung verbesserten, indem sie sich um die Übergänge zwischen den verschiedenen Akteuren kümmerten, für Kommunikation zwischen Ärzten, Krankenhäusern und Pflege sorgten und vor allem mit Behandlungspfaden leitliniengerechte Behandlung im ganzen Netz umsetzten. Die Arztnetze setzten den Grundgedanken des Gesetzgebers um, fanden im SGB V aber keine Berücksichtigung als eigenständiger Akteur. Ohne einen Selektivvertrag gab es kaum eine Möglichkeit, die Managementleistungen dauerhaft zu finanzieren.

Dies änderte sich 2011 mit dem Versorgungsstrukturgesetz (GKV-VStG): In § 87b SGB V, der die Honorarverteilung für ambulant tätige Ärzte regelt, wurden die Praxisnetze aufgenommen. Zunächst sollten

Kriterien und Qualitätsanforderungen für Praxisnetze in Rahmenvorgaben festgehalten werden. Auf dieser Grundlage kann nun in den Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) eine Anerkennung besonders förderungswürdiger Praxisnetze erfolgen, was wiederum die Voraussetzung darstellt, diese auch finanziell aus der Gesamtvergütung zu fördern. Diese Rahmenvorgaben wurden im Benehmen mit dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen im Mai 2013 fertiggestellt. Seither haben zahlreiche Kassenärztliche Vereinigungen auf dieser Grundlage Förderrichtlinien erstellt und teilweise die finanzielle Förderung von Netzen beschlossen (siehe dazu den Beitrag von Herrn Greppmeir, Seite 12).

Laut Kabinettsentwurf zum Versorgungsstärkungsgesetz (GKV-VSG) vom Dezember 2014, wird aus der Kann-Regelung zur finanziellen Förderung für anerkannte Netze nunmehr eine Muss-Regelung. Das heißt, ab 2016 müssen die KVen Regelungen vorsehen, wie sie Netze fördern wollen.

Die gesetzliche Entwicklung von über zehn Jahren geht in eine eindeutige Richtung: Kooperationen und Managementleistungen werden gefördert und immer tiefer im Gesetz verankert. Evaluationen aus Netzen wie dem Vollversorgungsmodell Gesundes Kinzigtal zeigen auch den Erfolg des Einsatzes. Die Krankheitskosten können durch Kooperation gesenkt werden und die Patienten schätzen den Einsatz der Ärzte für ihre bessere Versorgung.

2. Strukturvorgaben für Netze: Das Netzaudit der BERLIN-CHEMIE AG

Die Rahmenvorgaben unterscheiden zwischen Strukturvorgaben wie Größe, Zusammensetzung und Fachgruppenzuschnitt einerseits sowie inhaltlichen Zielen andererseits. Die BERLIN-CHEMIE AG hat schon 2009 ein Netzaudit entwickelt, mit dem der „Reifegrad“ des Netzes und somit die Erfüllung der Strukturvorgaben überprüft werden kann. Gleichzeitig unterstützt das Audit die Netze bei ihrer Professiona-

lisierung und Weiterentwicklung. Aus dem auf diese Weise entstandenen Datenpool lassen sich unter anderem Aussagen über den Entwicklungsstand von Arztnetzen ableiten. Betrachtet wurden pro Jahr zwischen 126 und 131 Netze, wobei 79 von ihnen über alle fünf Jahre dabei waren. Ziel der Betrachtung war es, den „Reifegrad“ der Netze abzubilden. Dafür wurden in zwölf Kategorien Parameter aufgestellt, die die unterschiedlichen Entwicklungsstufen abbilden. Im Bereich „Führung“ wurde beispielsweise unterschieden zwischen „Ehrenamtlich geführt“, „Hauptamtlich durch einen Geschäftsführer geführt“ und „Hauptamtlich durch einen Geschäftsführer in Zusammenarbeit mit einem Netzmanagement geführt“. Die Erfassung deckte folgende Kategorien ab:

- Führung,
- Ökonomie,
- Organisation und Arbeitsabläufe,
- Kommunikation,
- Mitgliedertreffen,
- Telematik,
- Qualitätsmanagement,
- Transparenz,
- Kooperation mit externen Leistungserbringern,
- Verträge,
- Industriepartnerschaft,
- Konsumenten und Patienten.

Diese Strukturparameter liegen nah bei den Rahmenvorgaben der KBV, sodass die Ergebnisse der Netzaudits aufzeigen, inwieweit die Netze in Deutschland weite Teile der Rahmenvorgaben schon erfüllen und wo noch Nachholbedarf besteht.

2.1. GRÖSSE DER NETZE

Zunächst zur Größe der Netze: Die Rahmenvorgaben definieren 20 bis 100 Praxen als sinnvolle Größe. Knapp zwei Drittel der in den Audits erfassten Netze erfüllen dieses Kriterium. Ein Viertel der Netze ist größer, als es die KBV-Vorgaben erlauben. Dies verhindert die Anerkennung jedoch nicht zwingend, da Abweichungen in begründeten Fällen zugelassen sind.

Anzahl der Netze pro Mitgliedergruppe

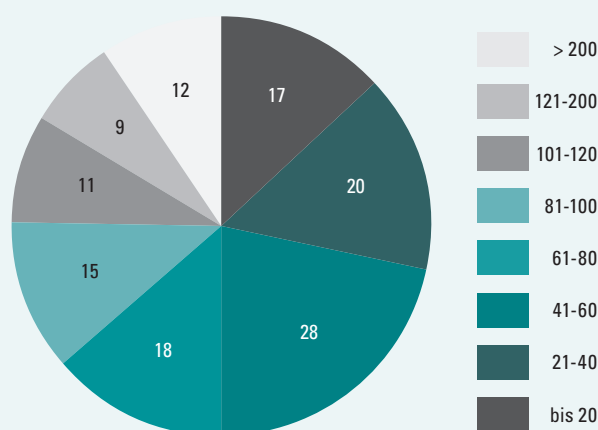


Abb. 1: Mitgliederzahl der Netze, Basis Netzaudit 2014, n = 131 Netze

2.2. RECHTSFORM DER NETZE

Folgende Rechtsformen werden gemäß der Rahmenvorgaben akzeptiert: eingetragener Verein, eingetragene Genossenschaft, GmbH, GbR sowie GmbH & Co. KG. Fast alle Netze erfüllen diese Anforderung, nur zwei Prozent haben eine andere beziehungsweise keine Rechtsform.

Anzahl der Netze pro Rechtsform

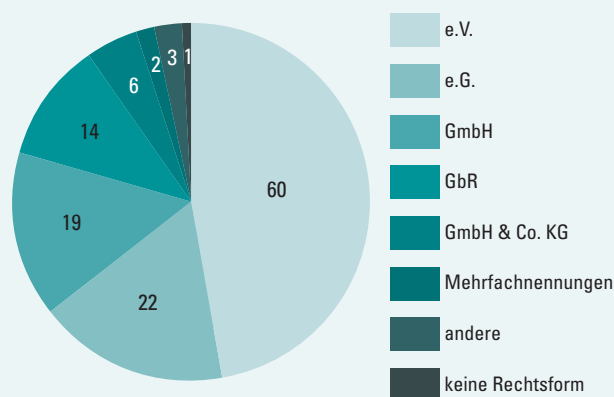


Abb. 2: Rechtsform der Netze, Basis Netzaudit 2014, n = 131 Netze

2.3. KOOPERATIONEN MIT EXTERNEN LEISTUNGS-ERBRINGERN

Fast alle Netze kooperieren mit Ärzten und Einrichtungen außerhalb des eigenen Netzes. Für die Erfüllung der Rahmenvorgaben reicht eine Kooperation allein mit anderen niedergelassenen Ärzten allerdings nicht aus. Gefordert werden auch Kooperationen mit stationären Einrichtungen oder mit nicht-medizinischen Leistungserbringern. Bei der Erfassung dieses Parameters waren im Netzaudit Mehrfachantworten möglich. Die Befragung ergab: 61 Netze kooperieren mit ambulanten Ärzten, 71 mit nicht-medizinischen Leistungserbringern, 78 mit Krankenhäusern. Nur vier Netze kooperierten ausschließlich mit weiteren niedergelassenen Ärzten, sie erfüllen also die Rahmenvorgabe an diesem Punkt (noch) nicht.

Mit welchen externen Leistungserbringern arbeitet die Kooperation zusammen?



Abb. 3: Mehrfachantworten zur Kooperation mit ext. Leistungserbringern.

2.4. MANAGEMENTSTRUKTUR

Das Netzaudit liegt inzwischen über einen Zeitraum von fünf Jahren vor und ermöglicht damit auch einen Blick auf die Entwicklung der Netze. Die Antworten auf die Frage nach dem Netzmanagement zeigen dabei eine recht eindeutige Entwicklung hin zur Professionalisierung. Immer mehr Netze setzen auf ein professionelles Netzmanagement oder zumindest ein Sekretariat beziehungsweise eine Geschäftsstelle. Der Anteil der in Eigenregie geführten Netze nimmt ab. Die leichten Schwankungen sind vor allem mit der Neuaufnahme von Netzen zu erklären, die noch am Anfang ihrer Entwicklung stehen.

Wie erfolgt das Netzmanagement?

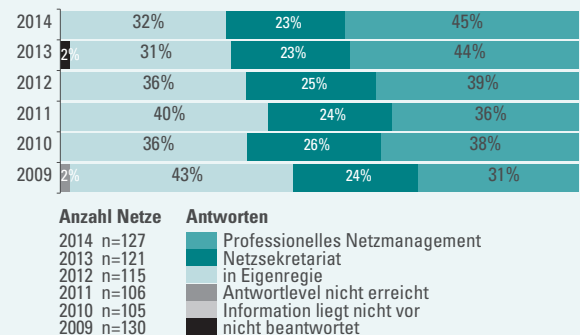


Abb. 4: Wie erfolgt das Netzmanagement, Zeitreihe von 2009 bis 2014, Basis Netzaudit, Netze mit Erfassung in mindestens zwei Jahren

2.5. GESAMTÜBERBLICK STRUKTURVORGABEN

Die Rahmenvorgaben der KBV wurden in Zusammenarbeit mit Vertretern von Netzen entwickelt. Dies hat sicher zu ihrer Umsetzbarkeit beigetragen. Die zentralen Strukturvorgaben werden von deutlich mehr als der Hälfte der Netze erfüllt, viele nahezu von allen.

ausgewählte Strukturvorgabe	Netze „die erfüllen“	% von 131
20 bis 100 Praxen	84	64%
mind. 3 FG	122	93%
Rechtsform	122	93%
Kooperationen	98	75%
Netzmanagement	89	68%
mind. 3 Jahre	116	89%
zusammenhängendes Gebiet	116	89%

Abb. 5: Ergebnisse für ausgewählte Strukturvorgaben, Basis Netzaudit 2014, n=131

Die Anerkennung als Praxisnetz und die damit verbundene Förderungsfähigkeit scheint einen hohen Stellenwert für die Netze zu haben. In den Jahren 2013 und 2014 wurde im Netzaudit erfasst, ob eine Anerkennung angestrebt wird. Während 2013 die Antworten dazu noch verhalten ausfielen (die Befragungen finden immer im Sommer statt), ist die Zunahme 2014 deutlich zu erkennen (Abb. 6). Vor allem die KV Schleswig-Holstein hat schon bald nach der Verabschiedung der Rahmenvorgaben ihre eigenen Förder-

richtlinien erstellt und als erste KV auch Netze anerkannt. Diese Stimmung im Norden hat vermutlich dazu beigetragen, dass der Wunsch nach Anerkennung in der Region Nord (Bremen, Hamburg, Niedersachsen, Schleswig-Holstein) 2013 bereits deutlich höher war als im restlichen Bundesgebiet.

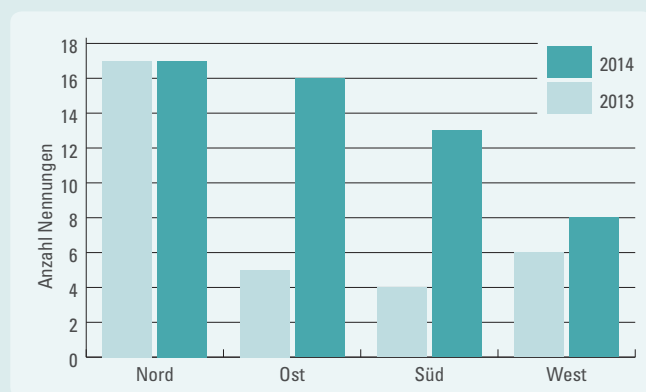


Abb. 6: Netze, die die Anerkennung nach § 87b SGB V anstreben, Basis: Netzaudit 2013 und 2014, Aufteilung nach Regionen

3. Inhaltliche Ziele der Rahmenvorgaben

Der Gesetzgeber spricht im GKV-VStG nicht nur von Kriterien, die ein Netz zu einem Netz machen, sondern auch von Qualitätsanforderungen. Netze werden nicht um ihrer selbst willen anerkannt und gefördert, sondern weil man erkannt hat, dass sie einen Beitrag zur Qualität der Versorgung leisten. Diese Qualität hängt nicht nur davon ab, ob der niedergelassene Arzt oder das Krankenhaus ihren jeweiligen Versorgungsauftrag bestmöglich erfüllen, sondern auch davon, ob der Übergang zwischen den Versorgungsebenen möglichst gut erfüllt wird. Auch im Entlassmanagement, das der Gesetzgeber mit jedem Gesetz weiter konkretisiert, und in der Ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung (ASV) spiegeln sich diese Aspekte wider.

Durch die historisch gewachsene Sektorentrennung wird im Gesundheitswesen vielfach Qualität an den Schnittstellen verschenkt. Da der gesamte Aufbau des Gesundheitswesens jedoch nicht im Rahmen einer einzelnen Reform zu verändern ist, kann die Überwindung der Sektorengrenzen nur sukzessive erfolgen,

etwa durch verbessertes Schnittstellenmanagement. Dazu gehört beispielsweise die Förderung der kooperativen Berufsausübung: Zusammenarbeit in medizinischen Fragen, Erarbeitung von Behandlungspfaden, Konsile etc. sowie der gemeinsame Blick auf den Patienten, dessen Versorgung verbessert werden soll. Außerdem spielt die Frage der Effizienz eine Rolle, denn die Schnittstellen müssen mit den endlichen vorhandenen Mitteln verbessert werden können.

3.1. PATIENTENZENTRIERUNG

Dass die Patientenzentrierung im Vordergrund steht, ergibt sich aus dem Anspruch des Gesetzgebers: Die Versorgung der Patienten kann durch Netze verbessert werden. Für die meisten Netze stellt dies ohnehin eine der wesentlichen Motivationen zur Netzgründung dar. Eine konkrete Maßnahme ist beispielsweise ein Medikationscheck, der bei Patienten mit Polymedikation für eine bessere Abstimmung der verordneten Arzneimittel sorgen soll, um unerwünschte Wirkungen zu vermeiden.

Viele Netze haben darüber hinaus gute Erfahrungen mit Case- oder Fallmanagern gemacht, die als Lotsen der Patienten durch das System fungieren. In Fällen, bei denen der Abstimmungsbedarf zum Beispiel zwischen Pflege, Reha und niedergelassenem Arzt groß ist, können Case Manager die Kommunikation übernehmen und für reibungsärmere Abläufe sorgen.

Auch Terminkoordination ist ein wichtiges Thema. So sollen im Netz Regeln vereinbart werden, wie zum Beispiel dringende und weniger dringende Überweisungen zum Facharzt gehandhabt werden. Würden sich solche Verabredungen durchsetzen, wären keine Terminservicestellen notwendig, wie der Gesetzgeber sie im Zuge des Versorgungsstärkungsgesetzes plant. Schulungsangebote für Patienten und Barrierefreiheit sind in den höheren Stufen der Anerkennung weitere Themen, die in den Rahmenvorgaben vorgesehen sind. Netze sind eben dann förderungswürdig, wenn sie sich um die Versorgung ihrer Patienten nicht nur von Herzen kümmern, sondern auch auf der Managementebene sicherstellen, dass die Versorgung gut funktioniert.

3.2. KOOPERATIVE BERUFSAUSÜBUNG

Sektoren- oder fachgruppenübergreifende Behandlung heißt zunächst, dass die beteiligten Ärzte miteinander sprechen. Was bei der gemeinsamen Behandlung von Patienten selbstverständlich sein sollte, wird in der Realität ohne zusätzliches Management kaum gelebt. Ohne Überweisung weiß ein behandelnder Facharzt nicht, welcher Hausarzt den Patienten betreut, und ohne Vereinbarungen zur Kommunikation laufen die Versuche schnell ins Leere. Gemeinsame Fallbesprechungen, Qualitätszirkel im Netz und gemeinsame Dokumentationsstandards schaffen bei den Ärzten eine gemeinsame Basis, die Sicherheit für die Versorgung schafft. Solche Absprachen vermeiden Doppeluntersuchungen, da der Facharzt den Befunden seines Kollegen mehr vertraut, als wenn er den Kollegen nicht kennt.

Kein Netz wird auf Dauer ohne Behandlungspfade arbeiten können. Verbindliche Absprachen zwischen allen Beteiligten, wer wann für was zuständig ist, heben Effizienzreserven und sorgen für gleichbleibende Qualität der Versorgung.

3.3. VERBESSERTE EFFIZIENZ

Das bessere Management soll dabei nicht einfach mehr kosten, sondern zum wirtschaftlichen Umgang mit den vorhandenen Mitteln beitragen. Auch hier spielen Behandlungspfade in den Rahmenvorgaben eine Rolle, denn geregelte Behandlungsprozesse können zum Beispiel Diagnose- und Therapieprozesse beschleunigen. Hier geht es aber nicht nur um die Effizienz der Versorgung – auch das Netz selbst soll qualitätsorientiert arbeiten und einen jährlichen Netzbericht erstellen, in dem es die zentralen Aktivitäten zusammenfasst und seine Leistungen darlegt. Langfristig werden hier auch Patientenbefragungen und ein Beschwerdemanagement gefordert, in der ersten Stufe der Anerkennung ist dies jedoch noch nicht gefordert.

Bisher wurden nur wenige Projekte evaluiert, die sowohl medizinisch als auch ökonomisch deutliche Verbesserungen zeigen. Bei den Projekten mit Kassenverträgen legt der Fortbestand der Verträge nahe, dass diese sich auch bei den Kassen rechnen. Ein stabiler Nachweis steht allerdings noch aus.

4. Ausblick

Die Erfahrungen der vergangenen Jahre haben gezeigt, dass Kooperationen zur Überwindung der Sektorengrenzen, zur Verbesserung von Qualität und zu mehr Patientenzentrierung beitragen. Im aktuellen Gesetzgebungsprozess mit dem Versorgungsstärkungsgesetz setzt die Bundesregierung einen weiteren Impuls, um die Entwicklung hin zu mehr Kooperation zu verstärken. War es bisher eine Kann-Bestimmung, so sind Kassenärztliche Vereinigungen künftig dazu verpflichtet, Praxisnetze in der Honorarverteilung zu berücksichtigen. Die Kassenärztlichen Vereinigungen, die sich noch nicht zu einer Förderung entschlossen haben, geraten damit weiter unter Druck, dem Willen des Gesetzgebers zu entsprechen. Wenn die Kassenärztlichen Vereinigungen sich dieser Vorgabe in den nächsten Jahren weiter widersetzen, wird dieser Passus möglicherweise noch konkreter gefasst und den Kassenärztlichen Vereinigungen der Entscheidungsspielraum für die Art der Förderung genommen.

Auch in Bezug auf die Selektivverträge setzt die Politik mit dem GKV-VSG ein Zeichen hin zur Entbürokratisierung und Vereinfachung. Eine häufig reklamierte Hürde war zum Beispiel die Genehmigung der Verträge durch die Aufsicht. Vor allem Kassen unter bundesunmittelbarer Aufsicht des Bundesversicherungsamtes (BVA) klagten über die langwierigen und kleinteiligen Prüfungen. Künftig können die Kassen Verträge schließen, die sie für sinnvoll halten – ohne Genehmigungspflicht durch das BVA. Dafür müssen sie in Kauf nehmen, dass sie haften, falls sie dabei

die Rechte der Versicherten beschneiden. Auch die Wirtschaftlichkeit von Verträgen muss in Zukunft erst nach vier Jahren nachgewiesen werden. Das wird auch Netzen helfen, denn der Start eines Versorgungsprojektes bedeutet zunächst Investitionen in Infrastruktur, Vernetzung etc. Kostensenkungen schlagen sich dagegen erst mittelfristig nieder. Bisher musste die Krankenkasse schon beim Start des Vertrages die Wirtschaftlichkeit nachweisen. Sie konnte daher keine Anfangsinvestitionen finanzieren, das mussten die Partner tun, die damit schnell überfordert waren. Künftig haben Verträge mehr Zeit zu wachsen und sich zu entfalten. Die Investitionen können innerhalb von vier Jahren erwirtschaftet werden.

Außerdem werden die Paragraphen der verschiedenen Selektivverträge deutlich entschlackt. Während bisher je nach Vertragspartner vier Arten von Verträgen existierten, wird es künftig nur noch zwei geben: die hausarztzentrierte Versorgung nach § 73b SGB V und die besondere Versorgung nach § 140a SGB V. Dies stellt auch für Arztnetze mit einem Vertrag eine Vereinfachung dar. Der Unterschied zwischen der bisherigen besonderen ambulanten Versorgung nach § 73c SGB V und der integrierten Versorgung nach § 140a-d SGB V lag darin, dass bei letzterer ein Krankenhaus oder eine Reha-Einrichtung für den sektorübergreifenden Ansatz stehen musste. § 73c-Verträge konnten dagegen nur innerhalb des niedergelassenen Bereichs geschlossen werden. Künftig kann der Vertrag auf der Grundlage von § 140a SGB V (neue Fassung) bestehen bleiben, auch wenn ein Krankenhaus aus dem Vertrag ausscheidet oder neu hinzukommt.

Die Zeiten der Anschubfinanzierung sollen mit dem Innovationsfonds wiederbelebt werden. 300 Millionen Euro jährlich werden ab 2016 zur Verfügung stehen, um Versorgungsansätze zu fördern, die über die Regelversorgung hinausgehen. Auch dies stellt eine weitere Möglichkeit für Netze dar, kluge Versorgungsansätze zu finanzieren. Gerade Angebote im Case Management sind nicht Teil der Regelversorgung und könnten mit entsprechenden Verträgen

aufgebaut werden, ohne dass im ersten Jahr schon Einsparungen den Investitionsaufwand refinanzieren müssen. 75 Millionen des Innovationsfonds sind für Versorgungsforschung reserviert. Dabei können nicht nur klassische Forschungsprojekte gefördert werden, sondern auch die Evaluation bestehender Projekte. Damit könnte ein Problem gelöst werden: die bisher zu wenigen stichhaltigen Evaluationsergebnisse. Würde sich auch in der wissenschaftlichen Überprüfung klar zeigen, dass Kooperation und die Delegation von Managementaufgaben zu besseren Ergebnissen in der Versorgung führen, könnten neue Projekte auch leichter starten, da nicht erst Überzeugungsarbeit bei den Controllern der Kassen geleistet werden muss.

Die Grundlage für die Kooperation in Netzen wird in den nächsten Jahren noch besser – ein guter Grund für Netze, die Chancen zu ergreifen und ihre erfolgreiche Arbeit zu intensivieren.

Kontakt:

BERLIN-CHEMIE AG
Susanne Eble, M.A.
Glienicker Weg 125
12489 Berlin
Tel: +49 (0)30-67 07 31 36
Fax: +49 (0)30-67 07 21 03

2

KAPITEL

STRUKTURVORAUSSETZUNGEN



Klaus Greppmeir

Hauptgeschäftsführer NAV-Virchowbund, Verband der niedergelassenen Ärzte Deutschlands e. V.,
Mitinitiator der Agentur deutscher Arztnetze e. V.

Der lange Marsch

Anerkennung und Förderung von Praxisnetzen – Umsetzungsstand in den Regionen

Klaus Greppmeir

HISTORISCHE ENTWICKLUNG VON NETZEN UND VERÄNDERUNG DER RAHMENBEDINGUNGEN

Auf die beginnende und sich festigende Kostendämpfung Mitte der 1980er Jahre reagierte die niedergelassene Ärzteschaft zunehmend mit kooperativen Berufsausübungsformen. Durch die Bildung von Praxisgemeinschaften und Gemeinschaftspraxen wurde die fachübergreifende Tätigkeit interdisziplinär, aber auch unter dem Aspekt der Wirtschaftlichkeit, vorangetrieben. Zudem begann zu diesem Zeitpunkt eine intensivere Diskussion über Qualität in der medizinischen Versorgung. Als eine Modifikation dieser Kooperationsbemühungen entstanden zumeist aus lokalen Qualitätszirkeln erste vernetzte Strukturen wirtschaftlich selbständiger Praxen auf einem regional begrenzten Raum: die Vorläufer der ersten Praxisnetze.

Durch das zweite GKV-Neuordnungsgesetz 1997 (2. NOG) und die darin erstmals möglichen Modellvorhaben nach § 63 SGB V und Strukturverträgen nach § 73 SGB V ergaben sich für Praxisnetze erstmals Möglichkeiten, mit Krankenkassen besondere regionale Vereinbarungen zu schließen. Ausdrückliche Zielsetzung des Gesetzgebers war die engere Kooperation zwischen den Vertragsärzten, Qualitätsverbesserungen und mehr Wirtschaftlichkeit in der Versorgung.

Viele der Mitte und Ende der 90er Jahre entstandenen Netze sind inzwischen nicht mehr existent. Bis heute bestehende Netze haben insbesondere ihre Managementstrukturen, ihre Orientierung an Versorgungszielen sowie den Vernetzungs- und Kommunikationsgrad konsequent ausgebaut. Unter diesen

professionell entwickelten Netzen finden sich viele der heute anerkannten oder geförderten Praxisnetze. Dennoch ist der Organisationsgrad der heute rund 400 Praxisnetze heterogen.

Mit dem im Jahr 2000 in Kraft getretenen GKV-Gesundheitsreformgesetz (GRG) hielt die integrierte Versorgung erstmals Einzug in die Versorgung; die gesetzliche Grundlage der sektorenübergreifenden Versorgung, zunächst bis 2004 auch innerhalb des Kollektivvertrages. Verstärkt durch eine Anschubfinanzierung von einem Prozent der Gesamtvergütung aus ambulantem und stationärem Bereich bekam im Jahre 2004 die Integrationsversorgung einen weiteren Schub (Gesundheitsmodernisierungsgesetz, GMG), dann aber ohne die Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen).

Davon konnten auch zahlreiche Praxisnetze profitieren, aber der Kostendruck der immer stärker im Wettbewerb stehenden Krankenkassen, kontinuierlich drohende Finanzlücken in Milliardenhöhe und ein restriktiveres Vorgehen des Bundesversicherungsamtes bei der Genehmigung von Integrationsverträgen, engten die Spielräume der Praxisnetze bei Neuabschlüssen von Versorgungsverträgen zuletzt zunehmend ein.

Die Einführung des Gesundheitsfonds und die Zuweisungssystematik über den Morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich, verbunden mit Zusatzbeiträgen setzte die Kassenlandschaft immer stärker unter Kosten- und Wettbewerbsdruck. Die Bereitschaft, innovative, aber in der Anfangsphase auch investive Versorgungsverträge abzuschließen, sank für alle Praxisnetze spürbar.

Entwicklung vernetzter Strukturen

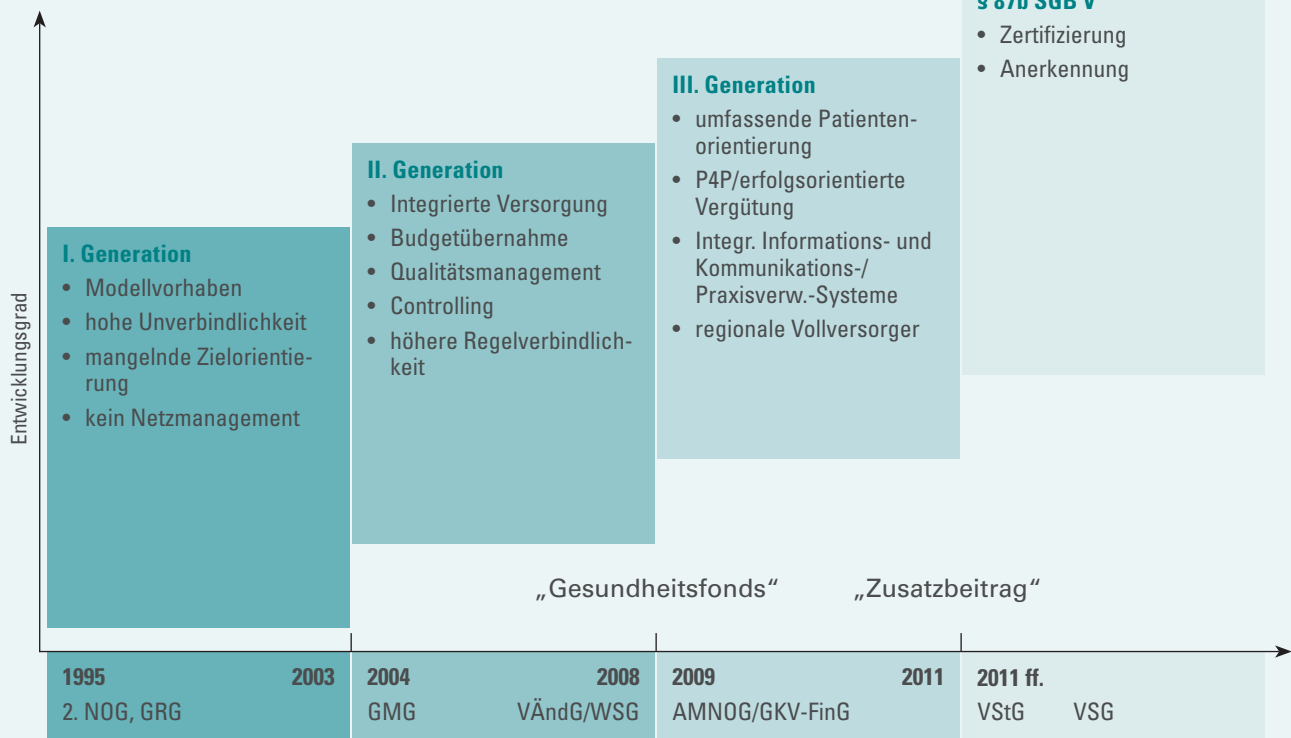


Abb. 1: Agentur deutscher Arztnetze e. V., Entwicklung vernetzter Strukturen

Parallel hierzu entwickelten sich Praxisnetze jedoch immer weiter. Die zentralen Aufgabenstellungen wie das Problem Polymedikation, die Sicherstellung der Versorgung im ländlichen Raum, Vermeidung von unnötigen Krankenhauseinweisungen und der Nachweis von Qualität wurden messbar erfüllt und von innovativen und finanzstarken Krankenkassen mit Verträgen honoriert. Neben der Weiterentwicklung und Professionalisierung von Praxisnetzen wuchs deren Wunsch nach einer bundesweiten Interessensvertretung. Aus losen Verbänden, wie dem Zusammenschluss der hoch entwickelten „Trend-Netze“, regionalen Vereinigungen wie dem Dachverband der Praxisnetze Schleswig-Holstein oder dem seit 2007 vom NAV-Virchow-Bund, Verband der niedergelassenen Ärzte Deutschlands, vier Mal durchgeführten „Tag der Netze“, wurde im Jahre 2011 die Agentur deutscher Arztnetze e. V. gegründet, ein Zusammenschluss, dem heute 24 führende Praxisnetze angehören.

Mit dieser erstmals bundesweit und organisiert auftretenden Interessenvertretung gelang es, Politik und Körperschaft gleichermaßen von der Leistungsfähigkeit, Innovationskraft und Zukunftsfähigkeit zu überzeugen. Gemeinsames Credo der organisierten Netze: Eine Weiterentwicklung ist nur im bestehenden System mit der Körperschaft KV möglich.

DIE WIEDERENTDECKUNG DER PRAXISNETZE

Lange Zeit begleiteten sich Praxisnetze und Kassenärztliche Vereinigungen mit argwöhnischem Blick. Das KV-System nahm Praxisnetze als Sammelbecken KV-kritischer Vertragsärzte auf der Suche nach Alternativen zum Kollektivvertrag wahr, die Praxisnetze das KV-System und die von ihm verwaltete Gesamtvergütung als Gralshüter der Gelder für die ambulante Versorgung. Der gesetzliche Ausschluss der KVen aus

der Integrationsversorgung nach § 140a SGB V zwang das KV-System zudem in die Beobachterrolle.

Die immer ambulanter und komplexer werdende Versorgung zwang jedoch beide Seiten zu gemeinsamen Erkenntnissen:

- Der Bedarf an Koordination im ambulanten Bereich wächst beständig.
- Die bislang indikationsbezogenen Ansätze von Versorgungsinnovationen (DMP, Mammographie-Screening, Dialyse und andere Einzelprogramme) bedürfen im Praxisbetrieb und der wohnortnahen Versorgung einer strukturierten Koordinierung.
- Die wohnortnahe Grundversorgung durch Haus- und Fachärzte muss angesichts eines sich abzeichnenden Ärztemangels und anderer Lebensentwürfe der nachfolgenden Arztgeneration gestärkt werden.
- Es sind Impulse für strukturelle und prozessuale Weiterentwicklung der ambulanten Versorgung nötig, die nicht Bestandteil der Regelversorgung sein können.
- Regionale, sozio-demographisch bedingte Unterschiede im Versorgungsbedarf führen zu teils gravierenden regionalen Unterschieden bei Morbidität und Mortalität.
- Die Niederlassung ist Kernbereich der ambulanten Versorgung und muss daher attraktiv bleiben.

ENTSTEHUNG DER RAHMENVORGABE

Durch das konzertierte Auftreten von Körperschaft und Verbänden konnte schließlich auch der Gesetzgeber überzeugt werden, Praxisnetze erstmals in die Sozialgesetzgebung aufzunehmen: Das GKV-Versorgungsstrukturgesetz (GKV-VStG, Inkrafttreten: 01.01.2012) ergänzte den § 87b SGB V um „gesonderte Vergütungsregelungen für vernetzte Praxen“ und setzte dafür eine Anerkennung voraus. Die Rahmen-

vorgabe formuliert hierzu „Kriterien und Qualitätsanforderungen“. Sie ist von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) im Einvernehmen mit dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen (GKV-SV) zu erstellen. Die regionalen KVen haben diese bundesweiten Vorgaben bei ihren regionalen Richtlinien „zu beachten“. Die Regelung und die Gesetzesbegründung sehen hierfür folgende Merkmale vor:

- Kooperative Behandlung als Grundlage für gesonderte Vergütungsregelung nach § 87b SGB V,
- Verbesserung der ambulanten Versorgung (interdisziplinär, wohnortnah),
- Optimierung ambulanter Behandlungsstrukturen,
- Steigerung von Qualität, Effizienz und Effektivität der vertragsärztlichen Versorgung.

Mit diesen Gesetzesvorgaben entwickelte die KBV im Zusammenwirken mit zahlreichen Akteuren, namentlich der Agentur deutscher Arztnetze, einen Kriterienkatalog als Vorstufe zu den Rahmenvorgaben. Hilfestellung hierfür waren bestehende Struktur-, Qualitäts- und Leistungsbeschreibungen einiger hoch entwickelter Mitgliedsnetze der Agentur deutscher Arztnetze. Im Ergebnis gliedert sich der thematische Aufbau des Kriterienkataloges wie folgt:

• **Strukturanforderungen an das Netz:**

- **Zielsetzung:** Robustheit und Nachhaltigkeit der Netzstruktur (Anzahl der Praxen, Dauer des Bestehens, Rechtsform, Management),
- **kooperative und lokale Ansätze** (Hausärzte und mindestens zwei weitere Facharztgruppen, mindestens ein Kooperationspartner).

• **Versorgungsziele:**

- **Patientenzentrierung:** Patientensicherheit, Therapiekoordination und -kontinuität, informierte Entscheidungsfindung, Barrierefreiheit im Netz.

– **kooperative Berufsausübung:**

Fallkonferenzen, netzzentrierte Qualitätszirkel, Wissensmanagement, sichere Kommunikationswege, gemeinsame Dokumentationsstandards.

– **Verbesserte Effizienz:**

Darlegungsfähigkeit, Nutzung der Patientenperspektive, beschleunigte Diagnose- und Therapieprozesse, Wirtschaftlichkeitsverbesserungen, Nutzung von Qualitätsmanagement.

• **Darstellbarkeit:**

- **Überprüfbarkeit** der Kriterien durch zeitlich wiederkehrende Nachweise (Netzberichte).

Praxisnetze haben unterschiedliche Entwicklungsstufen und benötigen Weiterentwicklungsmöglichkeiten. Aus diesem Grund entstanden in den Rahmenvorgaben drei Entwicklungsstufen mit ansteigenden Anforderungen:

- Basis-Stufe,
- Stufe I,
- Stufe II.

Die unterschiedlichen Stufen ermöglichen Netzen zum einen den Einstieg in die Anerkennung nach dem jeweiligen Entwicklungsgrad, bieten zum anderen eine konkrete Perspektive für die Anforderungen an eine Weiterentwicklung des Netzes.

Nach einem Abstimmungsverfahren mit den 17 Kassenärztlichen Vereinigungen konnte schließlich auch das Einvernehmen mit dem Spitzenverband Bund erzielt werden. Hauptdiskussionsspunkte mit dem Spitzenverband waren die Einhaltung berufs- und sozialrechtlicher Bestimmungen bei Kooperationen, die Sicherstellung der freien Wahl von Arzt und Gesundheitsberufen, die Veröffentlichungspraxis von Netzberichten in den jeweiligen KVen sowie die Übermittlung von Strukturdaten an die Netze, um diese Versorgungsberichte zu ermöglichen. Schließlich konnte das Einvernehmen mit dem GKV-Spitzenverband hergestellt werden und die „Rahmenvorgabe für die Anerkennung von Praxisnetzen nach § 87b Abs. 4 SGB V“ am 1. Mai 2013 in Kraft treten.

Anhand der genannten Versorgungsziele entstanden in der KBV nachfolgende Anforderungen für die jeweiligen Entwicklungsstufen:

Versorgungsziel: Patientenzentrierung

Kriterien	Nachweis Basis-Stufe	Nachweis Stufe I	Nachweis Stufe II
1. Patientensicherheit	Medikationscheck für Netzpatienten (Polymedikation) internes Fehlermanagement	Angebot Medikationspläne	Zielprozess IT-Unterstützung Medikationsmanagement
2. Therapiekoordination/ Kontinuität der Versorgung	Terminvereinbarungsregeln im Netz	Angebot Fallmanagement für Netzpatienten	Standard Terminkoordination im Netz
		Netzcheckliste Überleitungsmanagement	vereinbartes, standardisiertes Vorgehen mit Krankenhäusern
3. Befähigung/ informierte Entscheidungsfindung		Netzstandards für Patienteninformation	netzweites abgestimmtes Angebot bei Patienteninformationen
		Schulungsangebote für Patienten und / oder pflegende Angehörige bei mind.2 Indikationen	Zielprozesse in Bezug auf die informierte Entscheidungsfindung
		Angebot strukturierte Information zu Selbsthilfegruppen und Patientenverbänden	Selbsthilfebeauftragte/r
4. Barrierefreiheit im Netz		Zielprozesse zur Umsetzung in den Netzpraxen	Zielprozesse zur Steigerung des Anteils barrierefreier Netzpraxen

Versorgungsziel: kooperative Berufsausübung

Kriterien	Nachweis Basis-Stufe	Nachweis Stufe I	Nachweis Stufe II
1. Gemeinsame Fallbesprechungen	Protokolle regelmäßige Fallbesprechungen		
2. Netzzentrierte Qualitätszirkel	Protokolle von Qualitätszirkeln, die den KV-Standards entsprechen		datengestützte Netzqualitätszirkel
3. Sichere elektronische Kommunikation	verbindliche Absprachen zur Kommunikation, sicheres Netz		verbindliche Absprachen zur Kommunikation, Verfahrensregeln
4. Gemeinsame Dokumentationsstandards		Netzstandards zur Patientendokumentation	elektronische Fallakte, bzw. gemeinsame fallbezogene Datenbasis
5. Wissens- und Informationsmanagement	netzadaptierte Behandlungspfade, Fortbildungsinitiativen des Netzes		
6. Kooperationen mit anderen Leistungserbringern		Kooperationsvereinbarungen, z.B. Krankenhaus, Pflegeeinrichtungen, Pflegediensten	geregelter Kooperation

Versorgungsziel: verbesserte Effizienz

Kriterien	Nachweis Basis-Stufe	Nachweis Stufe I	Nachweis Stufe II
1. Darlegungsfähigkeit auf Praxis- u. Netzebene	jährlicher Netzbericht		Nutzung von Qualitätsindikatoren mit Zielgrößen einschl. Präventionsmaßnahmen
2. Nutzung oder Einbeziehung der Patientenperspektive		Beschwerdemanagement und Vorschlagswesen	Patientenbefragungen: standardisierte Fragebögen zu ausgewählten Indikationen
3. Beschleunigung von Diagnose- und Therapieprozessen	geregelter Behandlungsprozesse		Befundübermittlung auf elektronischem Wege
4. Wirtschaftlichkeitsverbesserungen		netzspezifische Maßnahmen zu veranlassten Leistungen und Krankenhauseinweisungen	Vereinbarung von Zielen
5. Nutzung von Qualitätsmanagement		Nachweis eingeführter QM-Systeme in Praxen	Zertifizierung der Praxen, ggf. Gruppensertifizierung

Abb. 2: KBV-Übersicht zu Anforderungen bei Versorgungszielen je Entwicklungsstufe

In der praktischen Umsetzung bedeutet dies für antragstellende Netze einen erheblichen Dokumentationsaufwand, allein um die Basis-Stufe zu erreichen. In der nachfolgenden Übersicht (Abb. 3) sind die strukturellen Voraussetzungen anhand der sehr detail- und regelungsreich vorgehenden KV Bayerns

aufgelistet. Andere KVen „begnügen“ sich in einigen der Bereiche mit einfachen Erklärungen des Netzes und prüfen diese bei Bedarf. In allen Fällen erhält ein anerkanntes Netz von der KV eine eigene Betriebsstättennummer (BSNR) oder Praxisnetznummer (PNR).

Struktur-Vorgaben und Nachweise zu Versorgungszielen

Basis-Stufe	Vorgabe	Nachweis
Praxisnetz Rechtsform	Personengesellschaft, eingetragene Genossenschaft, eingetragener Verein, GmbH	Vorlage des Gesellschaftervertrages
Bestehen	mindestens 3 Jahre	Vorlage des Gesellschaftervertrages, Meldung bei der zuständigen Ärztekammer
Zahl der teilnehmenden Praxen...	20 bis 100	Liste der Praxen, in denen mindestens ein Arzt Mitglied des Praxisnetzes ist; Angabe der Hauptbetriebsstätte
...und Fachgruppen,	mindestens 3	Liste der Fachgruppen im Netz (mit lebenslanger Arztnummer und Hauptbetriebsstättennummer)
	darunter sind Hausärzte obligatorisch	mindestens eine Fachgruppe muss aus Hausärzten (ohne Kinderärzten) bestehen
Ort der teilnehmenden Praxen (regionaler Einzugsgebiet)	wohnnahes zusammenhängendes Gebiet	Postleitzahlen der Netzpraxen
Kooperativer Ansatz	mind. ein Kooperationspartner gemäß § 4 der Rahmenvorgabe (Versorgungsziele: Patientenzentrierung, kooperative Berufsausübung und verbesserte Effizienz)	Vorlage der Kooperationsvereinbarung mit einer stationären Einrichtung oder einem nichtärztlichen Leistungserbringer (z.B. Krankenpflege, Physiotherapie); diese dürfen nicht Mitglied des Netzes sein (Bayern), in anderen KVen können diese Kooperationspartner Netzmitglieder sein.
Nachweis von Managementstrukturen	Geschäftsstelle	Nachweis einer Geschäftsstelle des Netzes als eigene Organisationseinheit
	Geschäftsführer	Nachweis eines Geschäftsführers
	Ärztlicher Leiter	Nachweis eines ärztlichen Leiters
Nachweise der Versorgungsziele (§ 4)		
Patientensicherheit	Medikationscheck	netzintern abgestimmtes Vorgehen bei Polymedikation mit Definition der Patientengruppe und einer Prozessbeschreibung
	internes Fehlermanagement	netzintern abgestimmte Prozessbeschreibung zum Fehlermanagement
	Therapiekoordination/ Kontinuität der Versorgung	netzinterne Wartezeitenanalysen mit Prozessbeschreibung; netzinterne Terminvereinbarungsregelungen nach Dringlichkeit und Zeitbedarf
Kooperative Berufsausübung	gemeinsame Fallbesprechungen	Liste der regelmäßigen Fallkonferenzen; Vorlage der Protokolle; mind. 75% der Teilnehmer müssen Netzärzte sein
	netzcentrierte Qualitätszirkel	Liste der regelmäßig durchgeführten netzcentrierten Qualitätszirkeln; Vorlage der Protokolle; mind. 75% der Teilnehmer müssen Netzärzte sein
	sichere elektronische Kommunikation	Abspraken zur Kommunikation; i.d.R. Nutzung „anerkannte Zugangswege“, wie das KV-SafeNet
	Wissens- und Informationsmanagement	netzinterne Leitlinien oder Behandlungspfade mit praxisbezogenen Fortbildungen für Netzärzte und beteiligte Gesundheitsberufe insbesondere für häufige Indikationen; Intranet-basierter Zugriff auf diese Informationsquellen
Verbesserte Effizienz	jährlicher Netzbericht	Netzbericht für ein komplettes Jahr, vorzulegen bis zum 30.03. oder 30.06. des Folgejahres mit von der KV vorgegebenen Daten
	Beschleunigung von Diagnose- und Therapieprozessen	Nachweis von geregelten Behandlungsprozessen für ausgewählte Versorgungsbereiche; Arzneimittelverordnungsgrundsätze (z.B. PRISCUS-Liste)

Die Strukturvorgaben aus der Rahmenvorgabe und den abgeleiteten Richtlinien sind klar umrissen, ermöglichen aber Abweichungen bei regionalen Besonderheiten oder speziellen Versorgungserfordernissen. Dies muss im Einzelfall gegenüber der KV begründet werden. Die Einbindung von Kooperationspartnern muss durch entsprechende Vereinbarungen nachgewiesen werden. Während die KV Bayern ausschließt, dass ein Kooperationspartner Netzmitglied ist, ist dies in anderen KVen durchaus möglich.

Das Netz muss die Managementvorgaben – Betrieb einer Geschäftsstelle, Beschäftigung eines Geschäftsführers und Installation eines ärztlichen Leiters – durch entsprechende Dokumente belegen. Dies sind in der Regel die Satzung, ein Arbeitsvertrag und bei Beauftragung einer externen Management-Gesellschaft der Vertrag mit dieser.

Ein weiteres Erfordernis ist die Meldung des Netzes bei der zuständigen Ärztekammer. Auch dies bedingt regionale Besonderheiten. Bei einigen Kammern ist eine reine Anzeige ausreichend, andere Kammern registrieren Netze offiziell – mit den entsprechenden administrativen Umständen.

Zur Umsetzung der Versorgungsziele müssten netzinterne Prozesse, Fallkonferenzen, Qualitätszirkel und netzeigene Behandlungspfade zu ausgesuchten Indikationen entweder bei Antragstellung bereits installiert sein, teils genügt einigen KVen der Aufbau dieser binnen einer vereinbarten Frist. Nachweise sind in diesen Fällen die Protokolle und Teilnehmerlisten der jeweiligen Arbeitsgruppen. Das netzinterne Fehlermanage-

ment kann über Systeme des Qualitätsmanagement im Netz oder in den Netzpraxen nachgewiesen werden, es ist aber beispielsweise auch die Implementierung eines CIRS (Critical Incident Reporting System) in Zusammenarbeit mit der Landesärztekammer möglich.

Zur Umsetzung des Versorgungsziels Patientenzentrierung ist eine Wartezeitenanalyse, beispielsweise durch eine Patientenbefragung, erforderlich. Zudem wird in der Regel eine Prozessbeschreibung oder Arbeitsgruppe zum netzinternen Überweisungsverhalten gefordert.

Zur sicheren elektronischen Kommunikation sind netzinterne Kommunikationsregeln, wie beispielsweise die ausschließliche Nutzung von E-Mail und/oder Fax und die Bereitstellung von Kontaktlisten aller Netzärzte erforderlich. Zudem ist es Voraussetzung, dass ein fester Anteil von Netzärzten KV-Safe-Net nutzt. Hierzu schreiben die Richtlinien Mindestteilnehmerquoten bei Antragstellung und zu festgelegten folgenden Zeiträumen fest.

Jedes Netz hat über die Richtlinien eine Berichtspflicht durch einen Netzbericht, in dem gegenüber der KV zu festen Zeitpunkten (in der Regel jährlich) definierte Daten übermittelt werden.

Alle KVen schreiben zudem vor, dass Veränderungen der genannten Dokumentationspflichten innerhalb einer festgelegten Frist anzuzeigen sind und die verpflichtenden Dokumentationen aktualisiert werden müssen.

ÄRZTENETZE LIEGEN IM TREND

Inzwischen ist jeder dritte Arzt in Deutschland ein Netzarzt. Dies ergab eine repräsentative Befragung von infas im Auftrag von Kassenärztlicher Bundesvereinigung und NAV-Virchow-Bund im Frühjahr 2014. Dabei stieg die Anzahl der Netzarzte im Vergleich zur Vorgängerbefragung im Jahre 2012 um 18 Prozent. Insgesamt sind demnach derzeit rund 45.600 Ärzte in Praxisnetzen organisiert. Und das Interesse hält an: Von den Ärzten, die keinem Netz angehören, hat sich knapp die Hälfte schon einmal überlegt, sich an einem Netz zu beteiligen, 45 Prozent haben sich dazu bereits konkret beraten lassen. Dabei unterscheiden sich die Regionen deutlich. Die meisten Netzarzte werden in Schleswig-Holstein (49 Prozent) die wenigsten in Sachsen-Anhalt (17 Prozent) gezählt. Bei der repräsentativen Befragung wurden rund 8.000 telefonische Interviews mit Ärzten geführt.

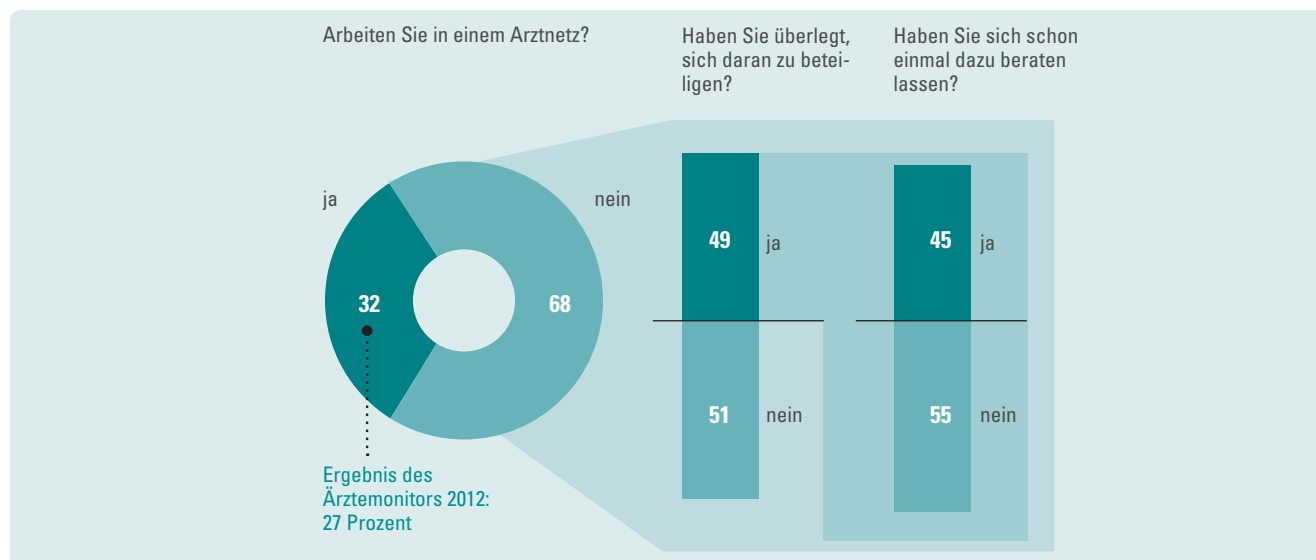


Abb. 5: Ärztemonitor 2014 von KBV und NAV-Virchow-Bund

THEORIE & WIRKLICHKEIT – DIE REGIONALE ANWENDUNGSPRAXIS

Die Umsetzung der gesetzlich vorgegebenen Anerkennung und Förderung von Netzen ist in den regionalen KVen sehr unterschiedlich. Noch immer hat nicht jede KV eine Richtlinie zur Anerkennung erlassen. Auch die Förderpraxis weicht in den Bundesländern teils erheblich ab. Von unverzüglicher Umsetzung über abwartendem Verhalten bis zur Totalverweigerung zeigt sich eine höchst heterogene föderale Anwendungspraxis. Die Gründe hierfür sind so unterschiedlich wie der Umsetzungsstand. Sie liegen in den Mehrheitsverhältnissen in der jeweiligen Vertreterversammlung, der fachgruppenbezogenen Zusammensetzung des Vorstandes, dem Vorhandensein,

dem Alter und dem Entwicklungsstand bestehender Netzstrukturen und deren Einfluss auf die jeweilige KV bis hin zu regional positiven oder negativen Erfahrungen mit Netzen und deren Förderung aus der Vergangenheit. Zudem scheinen vielen KVen die Netze politisch suspekt, sammelten sich doch einstmals darin die Gegner einer budgetierten KV auf der Suche nach alternativen Versorgungswegen.

Dies mag den unterschiedlichen Umsetzungsstand erklären, ist jedoch keine Begründung dafür, dass die gesetzlichen Vorgaben noch nicht bundesweit umgesetzt wurden. Dies hat den Gesetzgeber dazu bewogen, im GKV-Versorgungsstärkungsgesetz eine verpflichtende Förderung innerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung vorzusehen.

Frage: „Arbeiten Sie in einem Ärztnetz, also einem fachgruppenübergreifenden Zusammenschluss von Ärzten?“

KV-Region	Prozent
Schleswig-Holstein	49
Westfalen-Lippe	40
Hessen	36
Saarland	36
Nordrhein	34
Rheinland-Pfalz	33
Bremen	31
Hamburg	30
Thüringen	30
Baden-Württemberg	29
Brandenburg	28
Niedersachsen	28
Bayern	27
Mecklenburg-Vorpommern	25
Berlin	24
Sachsen	20
Sachsen-Anhalt	17

Abb. 6: Zusammenschluss in einem Ärztnetz nach KV-Regionen, Ärztemonitor 2014

Stand aller Angaben: November 2014



Wenn eine KV keine Richtlinien erlässt?

Erlässt eine KV keine Richtlinien, so gelten formaljuristisch die Rahmenvorgaben der KBV. In diesem Fall kann ein Netz einen formlosen Antrag auf Anerkennung nach § 87b Abs. 4 SGB V stellen und die KV auffordern, die einzureichenden Unterlagen zu benennen. Die KV muss diesen Antrag im Verwaltungsakt bearbeiten. Gegebenenfalls muss der Rechtsweg beschritten oder die Aufsicht eingeschaltet werden. Die Anerkennung ist die Voraussetzung für eine Förderung. Die Förderung folgt jedoch nicht automatisch nach der Anerkennung.

Der Überblick zum Umsetzungsstand von Anerkennung und Förderung von Praxisnetzen nach § 87b SGB V zeigt den aktuellen Sachstand an (Abb. 4). Unabhängig davon laufen in einigen KVen Diskussion und Vorbereitungen zur Erstellung von Richtlinien. Da diese aber weder umgesetzt noch rechtskräftig sind, können sie in dieser Übersicht keine Berücksichtigung finden. Eine ausführliche Übersicht des Umsetzungsstandes findet sich im Anhang.

Überblick zum Umsetzungsstand Richtlinien und Förderung gemäß § 87b SGB V

KV	Richtlinie	Förderung	Anzahl anerkannte Netze	Anzahl geförderte Netze
Baden-Württemberg	Übernahme der KBV-Rahmenvorgabe	keine Förderung	1	
Bayern	Richtlinie (nur für Basis-Stufe)	keine Förderung	1	
Berlin	Richtlinie in Anlehnung an die KBV-Rahmenvorgabe	keine Förderung	1	
Brandenburg	keine Richtlinie	keine Förderung		
Bremen	keine Richtlinie	keine Förderung		
Hamburg	Richtlinie in Anlehnung an die KBV-Rahmenvorgabe	keine Förderung		
Hessen	keine Richtlinie	keine Förderung (aber: Förderrichtlinie des Hessischen Sozialministeriums; Fördersumme: 1 Mio. € für neun Regionen; max. 150.000 Euro auf 2 Jahre)		2 (mittelbar)
Mecklenburg-Vorpommern	keine Richtlinie	keine Förderung		
Niedersachsen	keine Richtlinie erlassen, aber Förderung nach Kriterien der KBV-Rahmenvorgaben	eine Millionen Euro Netzförderung aus dem Sicherstellungsfonds begrenzt auf maximal 50.000 Euro pro Netz; Voraussetzungen für eine Förderung orientieren sich an den Rahmenvorgaben der KBV		2
Nordrhein	keine Richtlinie	keine Förderung		
Rheinland-Pfalz	keine Richtlinie	keine Förderung		
Saarland	keine Richtlinie	keine Förderung		
Sachsen	Richtlinie in Anlehnung an die KBV-Rahmenvorgabe	Projektförderung von insgesamt 500.000 € jährlich aus der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung, anteilig (20% der förderfähigen Kosten) und nach Einreichung entsprechende Belege	1 (Stufe I)	
Sachsen-Anhalt	Richtlinie in Anlehnung an die KBV-Rahmenvorgabe	Förderung im beantragten Einzelfall von 1.000 Euro pro Netz zur Unterstützung beim Erreichen der Rahmenvorgaben		
Schleswig-Holstein	Richtlinie in Anlehnung an die KBV-Rahmenvorgabe	100.000 Euro Netzförderung pro anerkanntem Netz aus dem Sicherstellungsfonds; Nachweis über die Verwendung der Fördergelder nach einem Jahr	4	4
Thüringen	keine Richtlinie	keine Förderung		
Westfalen-Lippe	Richtlinie in Anlehnung an die KBV-Rahmenvorgabe	keine Förderung	4	
Ergebnis Bund:	8 KVen mit Richtlinie (47%)	3 KVen mit Förderung (18%)	12 anerkannte Netze	8 geförderte Netze

KOSTEN DER ANERKENNUNG

Im Anerkennungsverfahren können von den KVen Gebühren erhoben werden. Derzeit erhebt nur die KV Bayern eine Antragsbearbeitungsgebühr von 950 Euro, unabhängig vom Ausgang des Verfahrens. Bei der Erstellung der erforderlichen Nachweise und Einreichung der Unterlagen entstehen im Praxisnetz jedoch administrative Kosten, die je nach Dokumentationsstand im Netzmanagement unterschiedlich hoch ausfallen können. Erfahrungsberichte aus bereits anerkannten Netzen taxieren diese im vierstelligen Bereich, bei einer Bandbreite von mehreren hundert Euro bis zu einem mittleren vierstelligen Eurobetrag.

Weitaus wichtiger und interessanter sind die Entwicklungskosten eines Netzes bis zu einem erfolgreich abgeschlossenen Anerkennungsverfahren. Diese Entwicklungskosten können in den Praxisnetzen häufig nicht beziffert werden, da sie einerseits von der ärztlichen Netzgemeinschaft über Beiträge oder Umlagen über einen langen Zeitraum erhoben werden, zum anderen in Form von Know-how – insbesondere von ärztlichen Netz-Aktivisten – ideell und daher kostenfrei eingebracht werden. Dieser ideelle Netzwert und weitere Managementaufgaben werden häufig von Ärzten oder deren Praxispersonal „mit-erledigt“.

Dabei ist es für Praxisnetze gerade im Hinblick auf die Argumentation gegenüber Krankenkassen wichtig, diese Werte mit in Verhandlungen einzubringen, da die Kassen die entwickelten und funktionierenden Strukturen gerne nutzen, für deren Entwicklungskosten aber nicht eintreten wollen. Erfahrungswerte bei Netzentwicklungen über einen kurzen Zeitraum oder bei Unterstützung durch professionelle Managementorganisationen bewegen sich hierbei durchaus im unteren bis mittleren sechsstelligen Bereich.

AUSBLICK

Die zögerliche Umsetzung der Vorgaben aus § 87b SGB V im Versorgungsstrukturgesetz – seit Inkrafttreten Anfang 2012 bis November 2014 haben nur acht von 17 KVen Richtlinien erlassen – und die daraus resultierende eingeschränkte Förderpraxis, haben den Gesetzgeber bewogen, den § 87b im Entwurf für ein Versorgungsstärkungsgesetz (Kabinettenwurf vom Dezember 2014) zu konkretisieren.

„Die Förderung von Praxisnetzen wollen wir verbindlich machen und ausbauen.“

*Koalitionsvertrag 2013
CDU/CSU/SPD
Zeile 2947-2948*

Das klar umrissene Ziel des Versorgungsstärkungsgesetzes ist es, zukünftig eine flächendeckende und gut erreichbare medizinische Versorgung sicherzustellen und der demografischen Herausforderung – sowohl in der Bevölkerung als auch auf Seiten der niedergelassenen Haus- und Fachärzte –, des medizinischen Fortschritts und der punktuell bestehenden strukturellen Schwächen im Gesundheitssystem zu begegnen. Daher ist es aus Sicht des Gesetzgebers folgerichtig, die Förderung von Praxisnetzen zu konkretisieren und auszubauen.

In der Honorarverteilung wird die „angemessene Förderung kooperativer Behandlung“ auf Praxisnetze ausgeweitet und die KVen verpflichtet, für anerkannte Praxisnetze gesonderte Vergütungsregelungen vorzusehen. Allerdings sind diese aus der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung oder dem Strukturfonds zu bezahlen, eine Vorgehensweise, die innerärztliche Verteilungsstreitigkeiten vorprogrammiert.

Eine weitere Option für Praxisnetze bietet der erstmals eingerichtete Innovationsfonds (§ 92a SGB V), durch den die Kassen jährlich insgesamt 300 Millionen Euro zur Verfügung stellen müssen. Darunter sind 75 Millionen Euro für die Versorgungsforschung vorgesehen. Hier bieten sich für Praxisnetze Chancen, da die Gesetzesbegründung ausdrücklich Vorhaben außerhalb der Regelversorgung vorsieht, um diese nach Erprobung in die Regelversorgung zu überführen. Explizit genannt sind im Begründungstext Versorgungsformen strukturschwacher Gebiete, Telemedizin, Modelle mit Delegation und Substitution von Leistungen, Auf- und Ausbau geriatrischer Versorgung und Modellprojekte zur Arzneimitteltherapiesicherheit bei multimorbiden Patienten. Allesamt sind damit Schwerpunkte der Praxisnetze beschrieben. Antragsberechtigt sind im Referentenentwurf neben anderen lediglich Ärzte; doch Bemühungen – unter anderem der Agentur deutscher Arztnetze – zielen darauf, auch anerkannten Netzen ein Antragsrecht einzuräumen.

Eine weiterhin bestehende politische Forderung, anerkannten Praxisnetzen einen sozialrechtlichen Leistungserbringerstatus zu ermöglichen, und damit den Netzen die Gründung von Medizinischen Versorgungszentren in Eigenregie zu gestatten, ist im Kabinettsentwurf nicht berücksichtigt, wird aber beispielsweise von der Agentur deutscher Arztnetze im parlamentarischen Verfahren eingebracht werden. Dadurch könnten Praxisnetze – vorzugsweise in strukturschwachen Regionen – durch MVZ-Gründung, Aufkauf von

Arztsitzen und Anstellung von Ärzten die ambulante Versorgung sicherstellen. Gleiches wird im Versorgungsstärkungsgesetz den Kommunen ermöglicht, etablierten Versorgungseinheiten wie Arztnetzen jedoch nicht.

Allen aktuellen und zukünftigen Gesetzesvorhaben gemein ist die Tatsache, dass sich das Anerkennungsverfahren für Praxisnetze als Voraussetzung für Förderung oder Übertragung von Versorgungsaufträgen – entweder durch Kassen oder Kassenärztliche Vereinigungen – herauskristallisiert. Insofern sind KBV-Rahmenvorgabe und die jeweilige Umsetzung von Richtlinien in den regionalen KVen in zweierlei Hinsicht von elementarer Bedeutung für die Praxisnetze in absehbarer Zukunft: Zum einen stellen sie den Maßstab für den Entwicklungsstand eines Netzes, zum anderen Leitlinien und damit auch Ziellinien für die Entwicklung aller Netze.

Kontakt

*Klaus Greppmeir,
Hauptgeschäftsführer NAV-Virchowbund, Verband der
niedergelassenen Ärzte Deutschlands e. V.,
Mitinitiator der Agentur deutscher Arztnetze e. V.
Chausseestraße 119b
10115 Berlin
Tel.: +49 (0)30-288 77 40
Fax: +49 (0)30-288 77 41 13
E-Mail: klaus.greppmeir@nav-virchowbund.de*

PATIENTENZENTRIERUNG



Dr. med. Veit Wambach

Facharzt für Allgemeinmedizin, Agentur deutscher Arztnetze e. V. – Vorsitzender,
Gesundheitsnetz Qualität und Effizienz eG (QuE) – Vorsitzender

Patientenzentrierung und Patientensicherheit im Gesundheitsnetz QuE Nürnberg

Dr. med. Veit Wambach

Einführung

Langfristig erfolgreiche Netzarbeit hängt maßgeblich von drei Faktoren ab:

- 1) Von einer optimalen regionalen Adaptation, das heißt kooperative Strukturen müssen ihre Versorgungsangebote und Dienstleistungen optimal auf den regionalen Versorgungsbedarf abstimmen.
- 2) Von der Schaffung einer hohen Ergebnistransparenz, insbesondere hinsichtlich der Versorgungsqualität.
- 3) Von einer umfassenden Patientenorientierung, welche eine aktive Beteiligung der Patienten mit einschließt.

Letztendlich bedingen diese drei Erfolgsfaktoren einander, denn nur mit der Stärkung der Patientenbeteiligung und Verbesserung der Patientensouveränität kann sowohl eine Verbesserung der Prozess- und Ergebnisqualität als auch der Wirtschaftlichkeit innerhalb des Praxisverbundes erreicht werden.

Die enge Einbindung der zu versorgenden Patienten ist daher das zentrale Erfolgselement für Praxisnetze. Aus diesem Grund sieht auch die Rahmenvorgabe für die Anerkennung von Praxisnetzen nach § 87b Abs. 4 SGB V die Patientenzentrierung als ein zentrales Versorgungsziel an, welches Praxisnetze für die Anerkennung bereits in der Basisstufe umfangreich nachweisen müssen.

Der nachfolgende Beitrag stellt zunächst die Kriterien vor, anhand derer eine Patientenzentrierung möglichst breit zu implementieren ist. Je nach Stufe der Anerkennung werden unterschiedliche Schwerpunkte gesetzt, die nachfolgend skizziert werden. Im zweiten Teil des Beitrags wird am Beispiel des Gesundheitsnetzes QuE Nürnberg aufgezeigt, wie das Versorgungsziel Patientenzentrierung in einem nach § 87b Abs. 4 SGB V anerkannten Praxisnetz umgesetzt werden kann. Praxisnetze, welche ihren Antrag auf Anerkennung vorbereiten, erhalten dabei wertvolle Anregungen und Umsetzungsbeispiele.

Kriterien des Versorgungsziels Patientenzentrierung

Der Nachweis des Versorgungsziels Patientenzentrierung erfolgt stufenweise – analog der beiden anderen Versorgungsziele: Basis-Stufe, Stufe I und II. So soll ein Praxisnetz beispielsweise beim Versorgungsziel Patientenzentrierung das Kriterium Patientensicherheit zunächst durch einen Medikationscheck und in den nächsten Stufen durch Medikationspläne und ein IT-unterstütztes Medikationsmanagement belegen. Nachfolgend werden die Kernvorstellungen der KBV-Rahmenvorgabe wiedergegeben. Diese Vorgaben bilden den Rahmen für die individuelle Ausgestaltung seitens der jeweiligen Landes-KV.

Vier Bereiche umfasst das Versorgungsziel Patientenzentrierung: Patientensicherheit, Therapiekoordination/Kontinuität der Versorgung, Befähigung/Information und Barrierefreiheit im Praxisnetz.

A) KRITERIUM PATIENTENSICHERHEIT:

Für die Basisstufe sind zunächst ein Medikationscheck sowie ein internes Fehlermanagement nachzuweisen. Während das Fehlermanagement durch ein internes Berichtssystem und gegebenenfalls Checklisten beziehungsweise Prozessroutinen zu belegen ist, erfordert der Medikationscheck ein im Netz abgestimmtes, verbindliches Vorgehen für definierte Patientengruppen, zum Beispiel für chronische Krankheitsbilder oder im Bereich Polymedikation.

In der ersten Ausbaustufe sind netzintern abgestimmte Muster-Medikationspläne für ausgewählte Versorgungsbereiche mit aktuellen Dosierungen und Einnahmehinweisen vorzulegen. Hierzu sollen unerwünschte Arzneimittelwechselwirkungen, diesbezügliche Verdachtsfälle und Impfkomplicationen in den Medikationsplänen dokumentiert, gemeldet und zum Beispiel in den Qualitätszirkeln des Netzes diskutiert werden.

Stufe II verpflichtet das Praxisnetz, zur Vermeidung von Medikationsfehlern mit Praxisverwaltungssystemen zu arbeiten, die die Erstellung von Medikationsplänen, das Medikationsmanagement und Monitoringfunktionen unterstützen.

B) KRITERIUM THERAPIEKOORDINATION/KONTINUITÄT DER VERSORGUNG

Terminvereinbarungsregeln und die Definition einer „Ziel-Wartezeit“ im Netz sind in der Basisstufe zu verabschieden. Regelmäßige Analysen der Wartezeiten sind durchzuführen (zum Beispiel auf Grundlage von Patientenbefragungen) und Verbesserungsmaßnahmen einzuleiten. Terminvorgaben nach Dringlichkeit und Zeitbedarf innerhalb des Netzes (zum Beispiel bei ausgewählten Indikationen oder im Rahmen von Selektivverträgen) sind anzustreben.

In Stufe I ist zunächst der Nachweis eines Fallmanagements für Netzpatienten zu erbringen. Individuelle, fallbezogene Besprechungen und Abstimmungen, zum Beispiel in fachübergreifenden Fallkonferenzen sind zu organisieren. Die Ergebnisse sind anhand netzspezifischer Ablaufprotokolle nachzuweisen. Des Weiteren wird in der ersten Ausbaustufe auch eine Netzcheckliste zum Thema Überleitungsmanagement verlangt.

Ausbaustufe II sieht weiterführende Standards zur Terminkoordination innerhalb der Netzpraxen aber auch zwischen Netzpraxen und Dritten vor (zum Beispiel Krankenhäusern oder Spezialisten, die nicht Mitglied im Praxisnetz sind). Unterstützt werden soll dieser Prozess beispielsweise durch elektronische Fallakten oder verbindlichen Prozessstandards, die mit kooperierenden Krankenhäusern oder weiteren Fachärzten außerhalb des Praxisnetzes zu vereinbaren sind.

C) KRITERIUM BEFÄHIGUNG/INFORMIERTE ENTSCHEIDUNGSFINDUNG

Die Basisstufe fordert an dieser Stelle noch keinen Nachweis. In der Stufe I sind folgende Aspekte nachzuweisen:

- ➊ Nachweis eines Netzstandards für den geregelten Zugriff auf Patienteninformationen: Innerhalb des Netzes werden krankheitsspezifische Informationsmaterialien vorgehalten (idealerweise werden qualitätsgeprüfte Informationsquellen genutzt);
- ➋ Nachweis von Schulungsangeboten für Patienten und/ oder Angehörige in mindestens zwei medizinischen Indikatoren;
- ➌ Nachweis zu einem stets aktuellen Informationsangebot zu Selbsthilfekontaktstellen, Selbsthilfegruppen und Patientenverbänden sowie psychosozialen Beratungseinrichtungen.

In der zweiten Stufe sind diese Beratungsangebote beziehungsweise Unterstützungsmöglichkeiten wei-

ter auszubauen. Schulungsangebote für Patienten und pflegende Angehörige sind vorzuhalten beziehungsweise durchzuführen. Ein Selbsthilfebeauftragter im Netz, der für die Informationsbeschaffung, die Bereitstellung und die Kooperation zur Selbsthilfe und den Beratungsangeboten koordiniert, ist im Netz zu „installieren“. Ziel ist es, die informierte Entscheidungsfindung des Patienten und dessen Angehörige gezielt zu fördern.

D) KRITERIUM BARRIEREFREIHEIT IM NETZ

Auch bei diesem Kriterium fordert die Basisstufe noch keinen Nachweis. In der ersten Ausbaustufe ist zunächst ein netzbezogener Zielprozess zur Umsetzung von Barrierefreiheit im Praxisnetz darzustellen. Dieser hat sich auf die räumliche Umgebung, auf die Kommunikation sowie auf die Patienten-Information (Bereitstellung und Inhalte) zu beziehen. Für den Anteil barrierefreier Praxen im Netz wäre dann in der zweiten Stufe ein gesonderter netzspezifischer Zielprozess zu erstellen.

An dieser Stelle gilt es zu betonen, dass die Rahmenvorgabe lediglich Möglichkeiten und Beispiele aufzeigt, wie die Vorgaben mit Leben erfüllt werden können. Der Katalog ist keinesfalls abschließend. Im Einzelfall und je nach Netzschwerpunkt und regionaler Ausrichtung sind andere Formen der Umsetzung denkbar und im Einzelfall sinnvoll. Eine zu enge Orientierung an der Rahmenvorgabe ist also eher hinderlich. Vielmehr ist im Rahmen des Anerkennungsverfahrens auch ein Diskurs mit der regional verantwortlichen KV zu führen, um die Erwartungen und Vorstellungen beider Seiten in Einklang zu bringen. Letztendlich wird es unzählige Beispiele und Interpretationsmöglichkeiten geben, wie Praxisnetze Patientenzentrierung beziehungsweise Patientenorientierung vor Ort implementieren und aufrechterhalten.

Am nachfolgenden Beispiel des Gesundheitsnetzes QuE Nürnberg wird dies deutlich. Bezogen auf die jeweiligen Zielkriterien wird die Umsetzung im Gesundheitsnetz QuE dargestellt. Was aufgrund der

lokalen Begebenheiten oder aufgrund historischer Entwicklung Standard in QuE ist, mag andere Praxisnetze vor Herausforderungen stellen. Umgekehrt gilt dies ebenso. Die aufgeführten Umsetzungsbeispiele sind daher vor allem als Anregung für die eigene Netzarbeit zu sehen.

Patientenzentrierung im Gesundheitsnetz QuE Nürnberg

Das Gesundheitsnetz QuE verfolgt konsequent den vom Sachverständigenrat aufgezeigten Weg zur Entwicklung eines umfassenden und professionell organisierten integrierten Versorgungsanbieters für die Region Nürnberg. Gestartet 2004 befand sich QuE zunächst in Trägerschaft des 1997 gegründeten Praxisnetzes Nürnberg Nord e. V. Am 19.04.2005 wurde die Genossenschaft Qualität und Effizienz – QuE eG – gegründet, die seit diesem Zeitpunkt das Gesundheitsnetz trägt. An QuE nehmen zum 01.12.2014 69 Praxen (127 Ärzte) jedweder Fachrichtung teil. Alle Mitgliedspraxen verfügen über ein eingeführtes Qualitätsmanagementsystem. Die QuE eG ist nach DIN EN ISO 9001:2008 zertifiziert. QuE ist Gewinner verschiedener Gesundheitspreise (u.a. Bayerischer Gesundheitspreis, Berliner Gesundheitspreis) und mit dem Projekt CardioNet NORIS an einer von 20 bayerischen Gesundheitsregionen beteiligt. QuE ist das erste von der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns anerkannte Praxisnetz nach § 87b Abs. 4 SGB.

Ein Schwerpunkt der Netzarbeit ist die Umsetzung integrierter Versorgungsverträge. Hierbei organisieren die QuE-Ärzte als Behandlungsteam für jeden ihrer eingeschriebenen Patienten (aktuell mehr als 15.000 Versicherte der AOK Bayern, der Techniker Krankenkasse und der Barmer GEK) ein individuelles Hilfs- und Versorgungsnetz. Zentraler Bestandteil der Netzversorgung ist die Betreuung chronisch kranker Patienten. Dies bedingt eine abgestimmte Organisation der Versorgungsprozesse in der Praxis, die Integration von Leitlinien und EDV-gestützter Dokumentation

sowie eine konsequente Unterstützung des Patientenselbstmanagements (zum Beispiel im Rahmen von Patientenschulungen). Damit ebenfalls einhergehend: Der Aufbau und die Nutzung effektiver Netzwerke mit kommunalen Angeboten der Patientenberatung, -selbsthilfe und Gesundheitsförderung.

QuE veröffentlicht einen jährlichen Qualitätsbericht, in dem der aktuelle Stand der Netzarbeit sowie vielfältige Netzergebnisse dargestellt werden. Die Berichte sind auf der Homepage des Netzes unter www.gesundheitsnetznuernberg.de einsehbar.

Patientensicherheit im Gesundheitsnetz QuE Nürnberg

MEDIKATIONSHECKS FÜR CHRONISCH KRANKE PATIENTEN

Ein wichtiges Netzziel ist es, Polypharmakotherapie möglichst zu reduzieren beziehungsweise auf ein sinnvolles Maß zu begrenzen. Hierzu wurden in QuE vielfältige Anstrengungen, wie zum Beispiel umfassende Schulungen der Ärzteschaft, unternommen. Auch ein fach- und sektorenübergreifender Qualitätszirkel zum Thema Arzneimitteltherapiesicherheit wurde bereits vor einigen Jahren gegründet. Die Polypharmakotherapieberatung bei Chronikern ist deshalb auch ein zentraler Bestandteil bestehender QuE-Selektivverträge. Die QuE-Hausärzte sind dabei angehalten, einen regelmäßigen (halbjährlichen) Medikations-Check durchzuführen und entsprechend zu dokumentieren. Ein besonderer Fokus liegt auf der Verordnung von PRISCUS-Medikamenten. Im Detail sind folgende Schritte im Rahmen der Checks durchzuführen:

- 1) Überprüfung der empfohlenen Arzneimittelverordnungen hinsichtlich einer rationalen Pharmakotherapie unter Berücksichtigung der individuellen Gesamtsituation und der Notwendigkeit und Kompatibilität mit der vorbestehenden Medikation.

- 2) Umsetzung der Pharmakotherapie auf der Grundlage der Vereinbarung zur Steuerung der Arzneimittelverordnungen (Grundlage u. a. QuE-Verfahrensanleitung Pharmakotherapie, PRISCUS-Liste, Arzneimittelvorgaben).
- 3) Erläuterung der Therapieoptionen mit dem Patienten einschließlich Absprache der Therapie, gegebenenfalls mit Angehörigen – vor allem unter dem Blickwinkel der Vermeidung unerwünschter Arzneimittelwirkungen.
- 4) Erörterung der Auswirkungen von Diagnose und Therapie auf die Lebensgewohnheiten. Ggf. Einsatz von Entscheidungshilfen.

Aufgetretene beziehungsweise festgestellte Wechsel- und Nebenwirkungen werden u. a. auch dem QuE-Qualitätszirkel „Intersektorale Pharmakotherapie“ zugeführt. Netz- und Klinikärzte und Apotheker bewerten hierbei aufgetretene Wechsel- und Nebenwirkungen und entwickeln bei Bedarf erste Empfehlungen. Diese Empfehlungen werden zunächst den betreffenden Fach-Qualitätszirkeln – in QuE gibt es aktuell acht dieser Zirkel zu den unterschiedlichsten Indikationen – zugeführt. Hier erfolgt dann eine weitergehende Bewertung auf Fachgruppenebene. Allgemeingültige Ergebnisse beziehungsweise Empfehlungen werden dann im Rahmen praxisübergreifender Verfahrensanweisungen aufbereitet mit dem Ziel, die QuE-Netzärzte im Rahmen ihres Arzneimittelmanagements zielgerichtet zu unterstützen.

POLYPHARMAKOTHERAPIE-BERATUNG NACH STATIONÄREM AUFENTHALT

QuE-Hausärzte sind weiter dazu angehalten, nach einem stationären Aufenthalt die vom Krankenhausarzt empfohlenen Arzneimittelverordnungen zu überprüfen, insbesondere im Hinblick auf mögliche Wechselwirkungen und der Kompatibilität mit der vorbestehenden Medikation. Hierzu wurde für QuE-AOK-Patienten ein Verfahren eingeführt, im Rahmen dessen die Ergebnisse dieser Beratungsgespräche dokumentiert werden.

Im Jahr 2013 fanden 432 dieser Beratungsgespräche statt (2012: 482). Im Durchschnitt wurden von den Krankenhausärzten 8,4 unterschiedliche Wirkstoffe verordnet. Das Durchschnittsalter der betreffenden Patienten lag bei 74 Jahren. In 70 Prozent der Fälle (2012: 74 Prozent) erfolgte eine Umstellung der Medikation durch die QuE-Hausarztpraxis. Hierbei wurde die Anzahl der Wirkstoffe um durchschnittlich 10 Prozent (2012 um 19 Prozent) reduziert.

Im intersektoralen Pharmakotherapiezyklus werden die Ergebnisse dann gemeinsam von Krankenhausärzten, Apothekern und QuE-Ärzten diskutiert. Ziel ist es, den beteiligten Ärzten Handlungsanweisungen zu geben, um Verordnungen besser aufeinander abzustimmen und potenzielle Wechselwirkungen zu vermeiden.

INTERNES FEHLERMANAGEMENTSYSTEM

QuE hat bereits Ende 2005 ein anonymes Fehlermeldesystem für kritische Ereignisse implementiert. Im Rahmen des Qualitätszirkels „Fach- und Sektorenübergreifende Koordination der Patientenversorgung“ werden gemeldete Sachverhalte diskutiert und aufbereitet. In Form standardisierter „Tipps“ werden die Diskussionsergebnisse sowie gezielte Verbesserungsmaßnahmen den betreffenden QuE-Mitgliedern mitgeteilt. Zusätzlich bearbeitet werden auch Meldungen aus www.jeder-fehler-zaehlt.de, einem Onlineportal, das ebenfalls kritische Ereignisse sammelt, bewertet und Lösungsmöglichkeiten anbietet.

Die Mitteilung kritischer Ereignisse in QuE kann dabei nicht nur über einen Dokumentationsbogen aus Papier erfolgen (siehe Seite 77), sondern alternativ elektronisch über den internen Bereich der QuE-Homepage. Hierbei können Probleme und Fallschilderungen zeitunabhängig, papierlos und schnell dokumentiert werden, um diese dann anonym an das QuE-Büro zu übermitteln.

Auch auf Ebene der Medizinischen Fachangestellten werden kritische oder unerwünschte Ereignisse thematisiert. Dies findet im QuE-MFA-Kreis statt, der jedes Quartal zusammenkommt. Relevante Ergebnisse beziehungsweise Verbesserungsmöglichkeiten, die den MFA zugeführt werden sollen, werden im Rahmen des 2-monatlichen MFA-Newsletters kommuniziert.

Therapiekoordination/Kontinuität der Versorgung im Gesundheitsnetz QuE Nürnberg

TERMINVEREINBARUNGSREGELN

„Wir sparen Ihnen Zeit. Wir haben das Ziel, Wartezeiten möglichst kurz zu halten und die nötigen Termine beim QuE-Spezialisten zeitnah und schnell abzustimmen. Notwendige Maßnahmen können schneller eingeleitet werden. Somit sparen Sie sich wertvolle Zeit.“ Dieses Serviceversprechen kommunizieren die QuE-Ärzte über das aktuelle Leitbild des Netzes.

Konkret haben sich alle an den QuE-Selektivverträgen teilnehmenden Praxen auf folgende Bestimmungen geeinigt: Alle an den Netzverträgen teilnehmenden Fachärzte haben sich für Netzpatienten verpflichtet, möglichst innerhalb von zehn Tagen einen Facharzttermin anzubieten – jeweils unabhängig vom Leistungsspektrum. Bei medizinischer Dringlichkeit innerhalb von 24 Stunden. Im Rahmen gesonderter Netzprojekte gibt es weiterführende Regelungen. Im Projekt CardioNet NORIS für Herzinsuffizienzpatienten werden zum Beispiel die beteiligten Kardiologen zusätzlich dazu angehalten, eine angeforderte Echokardiografie binnen 24 Stunden durchzuführen. Des Weiteren streben die Netzpraxen für alle Patienten eine maximale Wartezeit von 30 Minuten für vorab vereinbarte Termine an.

Um nachweisen zu können, dass die Vorgaben möglichst flächendeckend eingehalten werden, führt QuE alle zwei Jahre eine Analyse der Wartezeiten sowie der Terminvereinbarungsmöglichkeiten durch. Dies erfolgt im Rahmen einer netzweiten Patientenbefragung. Zusätzlich werden die Praxen dazu angehalten, entsprechende Kennzahlen im Rahmen ihrer individuellen QM-Tätigkeiten zu erheben.

Im Rahmen der letzten QuE-Patientenbefragung wurde die Einschätzung zur Wartezeit sowie zur Möglichkeit, zeitnahe Termine zu erhalten, ermittelt. Hierbei zeigte

sich, dass knapp 85 Prozent der über 4.500 Befragten nicht länger als 30 Minuten gewartet haben. Knapp 89 Prozent der befragten „eingeschriebenen QuE-Patienten“ gaben an, nicht länger als 30 Minuten zu warten. Damit erfüllen QuE-Praxen die Erwartungen ihrer Patientinnen und Patienten voll und ganz, denn 77,5 Prozent finden Wartezeiten bis 30 Minuten akzeptabel, weitere 16,4 Prozent wären auch mit Wartezeiten bis zu 45 Minuten zufrieden. Mehr als 250 Befragte finden sogar Wartezeiten über 45 Minuten für vertretbar (Abb. 1).

Wartezeit 2012

WIE LANGE IST IHRER ERFAHRUNG NACH DIE WARTEZEIT IN DER PRAXIS?

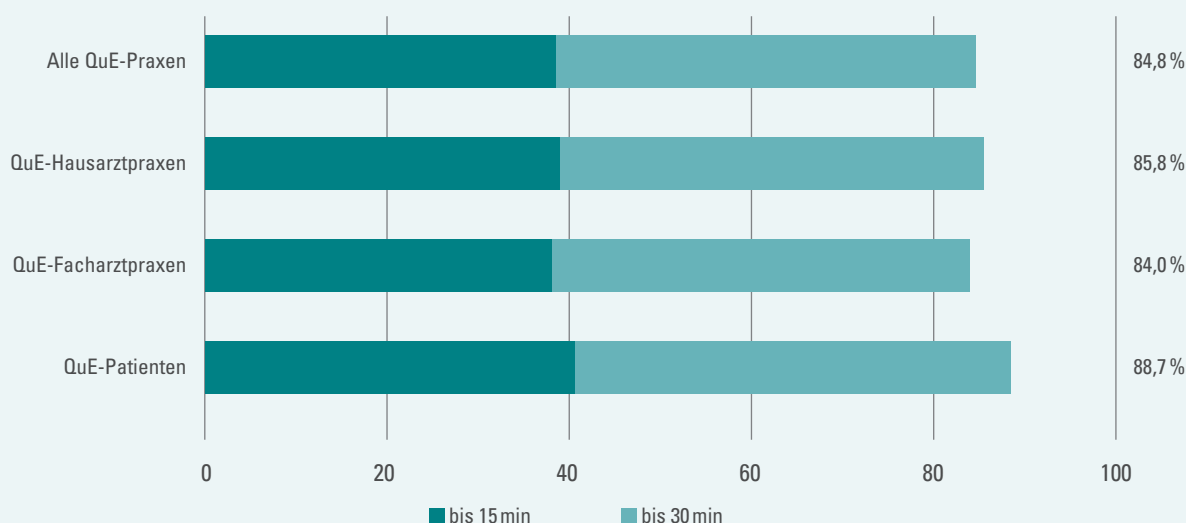


Abb. 1: Die Gesamtwerte entsprechen der Summe der Prozentwerte von „Wartezeiten bis zu 15 min“ und „Wartezeiten bis zu 30 min“. Quelle: Brendanschmittmann-Stiftung, QuE-Patientenbefragung 2012

Der Aussage „Es ist mir möglich, passende Termine zu bekommen“ stimmten knapp 94 Prozent aller Befragten zu. Bei den Fachärzten sind es immerhin 91,8 Prozent, die das bestätigten. Der Anteil in der höchsten Bewertungskategorie „stimme voll und ganz zu“ ist bei den Fachärzten mit 64,2 Prozent allerdings deutlich geringer als bei den Hausärzten (80,9 Prozent). Damit bestätigt sich die Vermutung, dass es für fachärztliche Untersuchungen oftmals schwerer ist, einen passenden Termin zu bekommen.

Allerdings zeigt das Ergebnis auch, dass die Befragten nur in wenigen Fällen wirklich sehr unzufrieden sind. Lediglich 81 Befragte stimmen der Aussage „Es ist mir möglich, passende Termine zu bekommen“ nicht zu (43) oder voll und ganz nicht zu (38). Die Vorgabe, wonach eingeschriebene QuE-Patienten möglichst innerhalb von zehn Tagen einen passenden Facharzttermin erhalten sollen, wird damit in den allermeisten Fällen auch umgesetzt (siehe Abb. 2).

Terminvereinbarung 2012

„ES IST MIR MÖGLICH, PASSENDE TERMINE ZU BEKOMMEN“

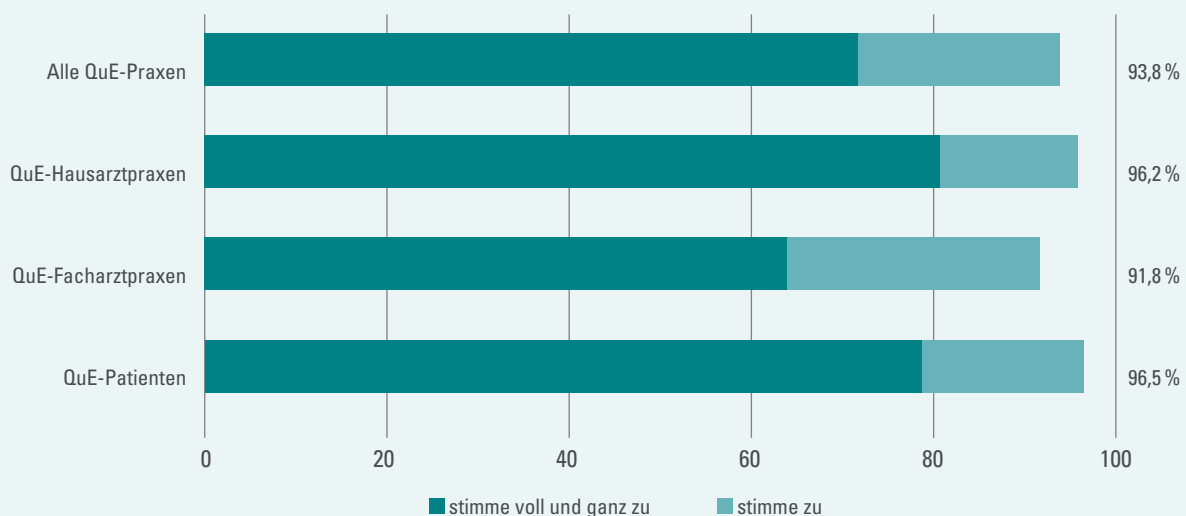


Abb. 2: Die Gesamtwerte entsprechen der Summe der Prozentwerte von „stimme voll und ganz zu“ und „stimme zu“. Quelle: Brendan-Schmittmann-Stiftung, QuE-Patientenbefragung 2012

FALLMANAGEMENT AM BEISPIEL DER HERZINSUFFIZIENZ-VERSORGUNG

Am Beispiel der Herzinsuffizienzversorgung lässt sich gelebtes Fallmanagement im Gesundheitsnetz QuE veranschaulichen. Die größten Herausforderungen in der Behandlung von Patienten mit Herzinsuffizienz sind, dass Patienten nach stationärem Aufenthalt nicht schnell genug zu ihrem Hausarzt gehen, nicht regelmäßig einen Kardiologen besuchen oder die alarmierenden Symptome ihrer Krankheit nicht frühzeitig genug erkennen können. All diese Situationen führen zu Krankenhausaufenthalten, die im Vorfeld hätten vermieden werden können. Für das Gesundheitsnetz QuE bot sich daher an, für diese Indikation ein entsprechendes Fallmanagement zu etablieren.

Als Unterstützung im Behandlungsprozess wurden daher ausgebildete Herzinsuffizienzschwestern im stationären Bereich eingesetzt, sowie im ambulanten

Bereich eine telefonische Betreuung implementiert. Das ambulante Herzinsuffizienz-Koordinationszentrum („AHIK“) des Gesundheitsnetzes QuE kontaktiert hierbei die Patienten in fest definierten Abständen telefonisch, um sie an die Einnahme von Medikamenten und das Wiegen sowie das Führen des Patiententagebuches zu erinnern. Dabei informiert das AHIK regelmäßig die niedergelassenen Ärzte zu deren Patienten und tauscht sich intensiv mit der stationären Herzinsuffizienzschwester aus. Die Einschreibung und somit Einwilligung für die zusätzliche Betreuung erfolgt dabei entweder in der Klinik oder beim betreuenden Hausarzt. Begleitend wurde gemeinsam mit den niedergelassenen Hausärzten und Kardiologen des Gesundheitsnetzes QuE und der Kardiologie des Klinikums Nürnberg ein Zuweiser- und Entlassmanagement etabliert, dass neben der Festlegung genauer Prozesse auch die Erstellung standardisierter Aufnahme- und Entlassformulare und -briefe beinhaltet.



Die Aufklärung der Patienten ist ergänzend ein wichtiger Baustein von CardioNet NORIS. Es wurde ein modulares Schulungskonzept für Patienten erstellt, das individuell auf die Bedürfnisse des Einzelnen abgestimmt werden kann. Bei den regelmäßigen Schulungen werden dem Patienten Schulungsunterlagen und ein Patiententagebuch zur Medikamenten- und Gewichtsdocumentation mit der Möglichkeit zur Selbstbeurteilung des aktuellen Gesundheitszustandes an die Hand gegeben. Damit wird der betroffene Patient selbst befähigt, seine Erkrankung besser zu verstehen und mit ihr umzugehen.

Befähigung/Informierte Entscheidungsfindung im Gesundheitsnetz QuE Nürnberg

Die umfassende Patientenbeteiligung wird im Gesundheitsnetz QuE vor allem durch eine verstärkte Motivation zu mehr Verantwortungsübernahme für die eigene Gesundheit sowie durch eine aktivere Beteiligung an der Therapieentscheidung gefördert. Nachfolgend werden hierzu verschiedene Aspekte dargestellt.

SCHULUNGSANGEBOTE IM GESUNDHEITSNETZ QUE NÜRNBERG

Im Gesundheitsnetz QuE Nürnberg werden eine Reihe verschiedener Schulungen angeboten. Neben der 2011 gestarteten QuE-Schulungsinitiative für DMP-Patienten (s. u.) sowie wöchentlichen Schulungen für Herzinsuffizienzpatienten im Rahmen des Projekts CardioNet NORIS (vgl. www.cardionet-noris.de) wird Anfang 2015 ein von QuE organisiertes Raucherentwöhnungsprogramm starten.

QuE-DMP-Schulungszentrum: Im Gesundheitsnetz QuE sind überdurchschnittlich viele chronisch kranke Patienten eingeschrieben, die zum großen Teil auch an den verschiedenen DMP-Programmen teilnehmen. Ein wichtiger Bestandteil dieser DMP-Programme sind Patientenschulungen. Das größte Schulungsproblem im Praxisalltag: Selbst in einer großen Hausarztpraxis kann es Wochen dauern, bis eine homogene Schulungsgruppe zustande kommt. Zudem ist der Aufwand für die Organisation einer Schulung erheblich: Terminabstimmungen mit den Patienten, Pflege und Aktualisierung von Wartelisten und schließlich die Integration in den normalen Praxisalltag. Seit Herbst 2011 werden daher die Schulungsaktivitäten innerhalb des Praxisnetzes gebündelt. Die DMP-Schulungen zu den Themen Diabetes mellitus, Asthma-COPD und Koronare Herzkrankheit finden nun an ausgewählten Praxisstandorten statt und werden in Form von Kleingruppen durch speziell fortgebildete QuE-Ärzte und Medizinische Fachangestellte durchgeführt.

Übersicht über die QuE-Schulungspraxen

Asthma
Dr. med. Brälg (ab 2012)
Kleinreuther Weg 88, 90408 Nürnberg
Tel. 5 48 55

Diabetes mellitus
Gemeinschaftspraxis
Direkt. med. Zink, Stöckl
Ostendstr. 229, 90482 Nürnberg
Tel. 546 07 01

Diabetes mellitus
Gemeinschaftspraxis
Direkt. med. D. und B. Baran, Prof. Dr. Herold
Außen Südlicher Straße 16, 90489 Nürnberg
Tel. 55 20 94

Dr. med. Häppler
Münchstr. 57, 90408 Nürnberg
Tel. 35 30 47

Dr. med. Reich
Außen Bayreuther Straße 105, 90409 Nürnberg
Tel. 55 50 00

Gemeinschaftspraxis
Direkt. med. M. u. O. Reisinger
Herrnbergstr. 34, 90562 Kalchreuth
Tel. 5 18 08 94

Gemeinschaftspraxis
Direkt. med. Schmidt, Tex
Am Stadtpark 2, 90409 Nürnberg
Tel. 52 38 440

Dr. med. Wild
Strossmühlplatz 6, 90489 Nürnberg
Tel. 55 36 10

Koronare Herzkrankheit
Dr. med. Reich
Außen Bayreuther Straße 105, 90409 Nürnberg
Tel. 55 50 00

Dr. med. Wild
Strossmühlplatz 6, 90489 Nürnberg
Tel. 55 36 10

Gemeinschaftspraxis
Direkt. med. Zink, Stöckl
Ostendstr. 229, 90482 Nürnberg
Tel. 546 07 01

Schulungen für chronisch kranke Patienten

- Diabetes mellitus Typ I und Typ II
- Koronare Herzkrankheit
- Asthma bronchiale
- COPD

Wir sind Mitglied

Neu ab Herbst 2011

KOOPERATION MIT SELBSTHILFEGRUPPEN

Seit 2010 besteht eine intensive Zusammenarbeit mit der Kontakt- und Informationsstelle Selbsthilfegruppen in Mittelfranken (KISS). Im Rahmen dieser Kooperation werden beispielsweise regelmäßig Praxisteam- und Arzt Schulungen durchgeführt. Darüber hinaus gibt QuE in seinen Qualitätszirkeln verschiedenen Vertretern von Selbsthilfegruppen eine Plattform, die jeweiligen Selbsthilfegruppen vorzustellen. QuE hat auch eine eigene Selbsthilfebeauftragte ernannt, die als Kontaktperson und Ansprechpartnerin für Selbsthilfegruppen fungiert und die Schnittstelle zu den QuE-Arztpraxen darstellt. Aktueller Schwerpunkt ist die Einbindung von Gruppen, die sich speziell um Anliegen und Probleme von Patienten mit Migrationshintergrund kümmern.

EINBINDUNG EINES PFLEGESTÜTZPUNKTS

Seit Anfang 2012 arbeitet QuE eng mit dem neu geschaffenen Pflegestützpunkt Nürnberg zusammen. Die Strukturen im Pflege-, Gesundheits- und Sozialbereich sind oft schwer durchschaubar und ändern sich immer wieder. Unterschiedlichste Anbieter und Dienstleistungen erschweren gerade in Großstädten die Suche nach einer passenden Lösung. Hier hilft der Pflegestützpunkt Nürnberg schnell und unkompliziert und lotst durch den „Angebotsdschungel“

BEREITSTELLUNG UNABHÄNGIGER UND QUALITÄTSGESICHERTER INFORMATIONEN

In QuE werden gezielte schriftliche Medien zur Patienteninformation eingesetzt (zum Beispiel Patientenleitlinien). Die eingesetzten Patienteninformationsmedien vermitteln evidenzbasierte Inhalte. So gibt es zum Beispiel eine Patientenleitlinie „Bluthochdruck“ oder verschiedene Patientendossiers (zum Beispiel zu sinnvollen Vorsorgeuntersuchungen). Darüber hinaus gibt es eine Patientenzeitschrift, die halbjährlich in einer Auflage von 12.000 Stück in den QuE-Netzpraxen verteilt wird.

Das Patientenportal im Rahmen des QuE-Internet-auftritts bietet zusätzlich gebündelten Zugriff auf qualitätsgeprüfte Informationsquellen unabhängiger Anbieter (zum Beispiel DEGAM, ÄZQ, KBV, UPD).

Barrierefreiheit im Gesundheitsnetz QuE Nürnberg

Da die Basisstufe des Anerkennungsverfahrens keine Vorgaben hinsichtlich des Kriteriums Barrierefreiheit vorsieht, gibt es in QuE aktuell noch keinen netzspezifischen Zielprozess, wie er zum Beispiel in den Ausbaustufen gefordert wird. Gleichwohl gibt es erste Projektansätze zu diesem Thema, die nachfolgend skizziert werden.

Bezieht man die Vorgabe ausschließlich auf die teilnehmenden Mitgliedspraxen, würde Barrierefreiheit vor allem folgende Aspekte umfassen:

- Behindertenparkplätze,
- Praxis ebenerdig oder Aufzug vorhanden,
- Zugang ist stufenfrei,
- Aufzug ist rollstuhlgerichtet,
- Aufzug ist barrierefrei,
- Zugang ist barrierefrei,
- Untersuchungsmöbel höhenverstellbar/flexibel,
- Gebärdensprache,
- Orientierungshilfen für Sehbehinderte,
- WC ist bedingt barrierefrei oder barrierefrei,
- Leichte Sprache für Menschen mit Lernschwierigkeiten,
- Praxis ist rollstuhlgerichtet.

In einer Umfrage aus dem Jahr 2010 wurde ermittelt, dass 68.000 Ärzte in Deutschland eine oder mehrere der aufgezeigten Vorkehrungen der Barrierefreiheit in ihren Praxen bieten. 158.000 Ärzte trafen seinerzeit noch keinerlei Vorkehrungen (vgl. <http://www.stiftung-gesundheit-foerdergemeinschaft.de/projekte-und-vorhaben/projekt-barrierefreie-praxis/>).

Praxisnetze hätten nach Ansicht des Verfassers zweierlei Aufgaben zu übernehmen. Zum einen über die konkrete Umsetzung im Praxisalltag zu informieren und aufzuklären. Gegebenenfalls Einzelmaßnahmen auch zu unterstützen und zu fördern. Hierzu wäre es zunächst erforderlich, eine netzbezogene Umfrage zur Stuserhebung durchzuführen. QuE plant diese Erhebung im Laufe des Jahres 2015.

Zum anderen gilt es praxisübergreifende Maßnahmen umzusetzen, die es möglichst vielen der betreuten Patienten beispielsweise ermöglicht, „barrierefrei“ an wichtige Gesundheitsinformationen zu kommen. Der Aufbau einer „barrierefreien“ Netzhomepage könnte hierzu ein erster Anfang sein. Auch die Bereitstellung von Patienteninformationen und Entscheidungshilfen in unterschiedlichen Sprachen wäre hierbei ein weiterer Beitrag der Netzorganisation. Das Gesundheitsnetz QuE hat hierzu vor einem Jahr das Projekt „Kultur- und schichtspezifische Patientenversorgung“ gestartet mit dem Ziel, sprachliche Barrieren abzubauen beziehungsweise zu überwinden und die Praxen verstärkt im Umgang mit Patienten mit Migrationshintergrund zu sensibilisieren.

Hintergrund: Sprachliche Barrieren und eine damit verbundene vage Symptombeschreibung durch die Patienten sowie unterschiedliche Krankheitsvorstellungen können die Anamnese und die Therapie beeinträchtigen. Die Tragweite und Dringlichkeit eines medizinischen Problems sind schwer einzuschätzen. Patienten verstehen aufgrund anderer Vorstellungen über Gesundheit oder fehlender Gesundheitskompetenzen die ärztlichen Anweisungen nicht. Um hier entsprechend gegenzusteuern beziehungsweise die Ärzte im Praxisalltag zu unterstützen, wurden in QuE folgende Maßnahmen umgesetzt:

- ➊ Infomappen für alle Praxen mit Hintergrundwissen zu Migranten allgemein und speziell zu großen Bevölkerungsgruppen, mit Dolmetscherhilfen und einer Aufstellung möglicher Beratungsdienste.
- ➋ Das QuE-Netzbüro stellt Patienteninformationsblätter zu verschiedenen Fachthemen in unterschiedlichen Sprachen zur Verfügung.
- ➌ Eine Vernetzung der Praxen untereinander, zu Migrantenorganisationen, Selbsthilfegruppen und Dolmetscherdiensten wird ausgebaut.
- ➍ Fortbildungen für Ärzte und Praxisteams hinsichtlich Kultursensibilität.
- ➎ Mit der Weiterbildung einer Netzbüromitarbeiterin steht künftig auch eine kompetente Ansprechpartnerin für alle Netzpraxen zum Thema kultursensible Patientenversorgung zur Verfügung.

Kontakt

*Dr. med. Veit Wambach,
Facharzt für Allgemeinmedizin
Flataustraße 25, 90411 Nürnberg, Deutschland
Tel.: +49 (0)911-95663280
Fax: +49 (0)911-95663279
E-Mail: info@drwambach.de
Internet: www.deutsche-aerztenetze.de
<http://www.que-nuernberg.de/>*

4

KAPITEL

KOOPERATIVE BERUFSAUSÜBUNG



Dr. med. Jürgen Flohr
Vorstandsvorsitzender Leipziger
Gesundheitsnetz Management
GmbH



Sebastian Klein
Netzmanager Leipziger Gesund-
heitsnetz e.V.

Kooperative Berufsausübung: Schnittstellengestaltung im Leipziger Gesundheitsnetz

Dr. med. Jürgen Flohr

1. Gemeinsame netzzentrierte Qualitätszirkel

Nicht erst seitdem es Netze gibt, versuchen Ärzte kooperative Berufsausübungsformen zu etablieren und in ihnen arbeitsteilig zusammenzuwirken, um ein gemeinsames Ziel – zum Beispiel eine qualitativ bessere medizinische Versorgung in ihrer Region – zu erreichen.

Insbesondere die teilnehmenden Patienten profitieren von dieser abgestimmten medizinischen Versorgung „aus einer Hand“, im Idealfall auch die Kostenträger von nachweisbaren ökonomischen Effekten.

In einem strukturell zerklüfteten Gesundheitswesen bieten die Schnittstellen zwischen den Akteuren naturgemäß großes Potenzial Synergien freizulegen. Für die lokale beziehungsweise regionale (Mit-)Gestaltung dieser Aufgabe sind Praxisnetze prädestiniert.

Kriterien für eine anerkannte kooperative Berufsausübung in Praxisnetzen sind gemeinsame Fallbesprechungen im Rahmen netzzentrierter Qualitätszirkel, eine sichere elektronische Kommunikation und gemeinsame Dokumentationsstandards (zum Beispiel bezüglich Medikationsplan, Befundübermittlung), das damit verbundene Wissens- und Informationsmanagement und die Kooperation mit Leistungserbringern anderer Sektoren. Im Folgenden werden ausgewählte mit beispielhafter Umsetzung im Leipziger Gesundheitsnetz (LGN) näher beschrieben.

Qualitätszirkel (QZ) sind ein seit Mitte der 90er Jahre fest in der ärztlichen Fortbildung integrierter Bestandteil auf freiwilliger Basis. Themengebunden tauschen sich Ärzte hierbei in kleinen Arbeitskreisen nach dem „Best-Practice“-Prinzip aus und reflektieren ihre tägliche Arbeit moderiert. Dieses „Peer-to-Peer“-Setting auf Augenhöhe eignet sich hervorragend als praktisches Element innerhalb der Arbeit von Praxisnetzen auf operativer Ebene.

„Qualitätszirkel: Gruppe von meist fünf bis zehn in der ambulanten Versorgung tätigen Ärzten, die sich im Rahmen eines ein- bis zweistündigen Treffens zu Themen austauschen, die für die Qualität ihrer Praxistätigkeit relevant sind. Zirkel kommen idealerweise regelmäßig in fester Besetzung zusammen. Sie müssen inhaltlich koordiniert, kontinuierlich organisiert und strukturiert sein, um von den Kassenärztlichen Vereinigungen als Fortbildungsveranstaltung anerkannt zu werden.“¹

In vielen Verträgen der integrierten Versorgung ist deshalb eine Teilnahme an themenbezogenen Qualitätszirkeln verpflichtend. Für die Anerkennung von Praxisnetzen wird der Nachweis von netzzentrierten Qualitätszirkeln gefordert, die dem KV-Standard entsprechen^{2,3}.

1 Stock, Johannes (2012): Qualitätssicherung. Netze machen Ärzte stark. In: G+G Gesundheit und Gesellschaft, herausgegeben von AOK-Bundesverband, KomPart GmbH: Berlin, 15. Jg., Ausgabe 11/12, S. 28-33.

2 Qualitätszirkel – Qualität – Mitglieder – Kassenärztliche Vereinigung Sachsen: Url: <http://www.kvs-sachsen.de/mitglieder/qualitaet/qualitaetszirkel/> (v. 17.10.14)

3 Handbuch Qualitätszirkel der KBV, 2. Auflage, 2010, S. 1.

Was einen Qualitätszirkel darüber hinaus als „netz-zentriert“ charakterisiert, ist nicht vorgegeben – aus unserer Sicht sind es die folgenden Kriterien:

- regional bezogen auf das Netzeinzugsgebiet,
- thematisch an der Schnittstellenarbeit des Praxis-netzes orientiert,
- moderiert durch einen Netzarzt,
- Teilnehmerkreis mehrheitlich Netzmitglieder oder Kooperationspartner,
- kontinuierlich (mindestens 4-mal jährlich) stattfindend.

Im Leipziger Gesundheitsnetz fanden im Jahre 2014 beispielsweise netzzentrierte Qualitätszirkel zu folgenden Themen statt:

- QZ „Pharmakotherapie“: Ärzte bringen anonymisierte Beispiele komplizierter Behandlungsfälle mit. Ein Pharmakologe leitet ein und geht in die Diskussion.
- QZ „Interdisziplinäre ambulante Schmerztherapie und Palliativmedizin“: Diskussion von Fallbeispielen, Information über die Weiterentwicklung bestehender regionaler Versorgungsstrukturen sowie Aufbau einer allgemeinen, ambulanten Palliativversorgung (AAPV-Struktur).
- QZ für MFA: Auch von Medizinischen Fachangestellten im Netz werden eigene Zirkeltreffen gern besucht, da sie den regelmäßigen Austausch untereinander fördern. Themen sind unter anderem Hygienemanagement, Datenschutz in der Arztpraxis und Umgang mit „schwierigen Patienten“.

2. Wissens- und Informationsmanagement

Die Zahl an Wissens- und Informationsquellen, die in Praxisnetzen zur Verfügung stehen, steigt stetig an. Die Fülle von Informationen machen Entscheidungsprozesse komplexer und zeitaufwändiger.

Wissens- und Informationsmanagement sind deshalb die entscheidende Voraussetzung für Wettbewerbsfähigkeit und unternehmerischen Erfolg. Die Nutzbarmachung der Informationsangebote stellt zunehmend eine größere organisatorische und technische Herausforderung dar. Das in den Praxisnetzen vorhandene Wissen muss strukturiert dargestellt, bewertet, zwischen den Mitgliedern verbreitet und für sie zugänglich gespeichert sowie weiterentwickelt werden.

Für eine gelingende kooperative Berufsausübung vieler unterschiedlicher Fachgruppen in Netzen sind gemeinsame Standards der Wissens- und Informationsvermittlung unverzichtbar. Hierbei geht es vor allem um die Gestaltung und Lenkung von vorhandenem Wissen und von Informationsflüssen, die für ein gelungenes Miteinander unentbehrlich sind und an die jeweiligen regionalen, fachlichen und strukturellen Erfordernisse der Mitglieder angepasst werden müssen.

Im anschließenden Abschnitt wird dargestellt, wie der Zugang zu Therapiestandards (Leitlinien und Behandlungspfade) und zu Fortbildungsangeboten des Leipziger Gesundheitsnetzes gesteuert wird und wie interne und externe Kommunikation hierbei zusammenspielen.

2.1. LEITLINIEN UND NETZADAPTIERTE BEHANDLUNGSPFADE

LEITLINIEN

Die Ärzte des Leipziger Gesundheitsnetzes orientieren sich an den aktuellen Versorgungsleitlinien der Fachgesellschaften.

„Nach der Definition des Ärztlichen Zentrums für Qualität in der Medizin (ÄZQ) sind Leitlinien systematisch entwickelte, wissenschaftlich begründete und praxisorientierte Entscheidungshilfen für die angemessene ärztliche Vorgehensweise bei speziellen gesundheitlichen Problemen. Experten aus unterschiedlichen Fachbereichen entwickeln Leitlinien (möglichst unter Einbeziehung von Patienten) nach einem definierten, transparent gemachten Vorgehen im Konsens. Leitlinien sind Handlungs- und Entscheidungskorridore, von denen Ärzte in begründeten Fällen abweichen können oder sogar müssen.“¹

Sie stellen eine optimale Zusammenfassung aus medizinischer Erfahrung, wissenschaftlicher Erkenntnisse und deren Alltagsrelevanz dar.

Ziel der Tätigkeit nach Leitlinien ist es, die individuell ärztliche Tätigkeit am Patienten transparent auf die aktuell wissenschaftlichen Ergebnisse abzustimmen. Sie dienen durch die Definition medizinischer Standards der Verbesserung der Qualität der medizinischen Versorgung und der Optimierung von Ressourcen.

BEHANDLUNGSPFADE

Das Leipziger Gesundheitsnetz entwickelt auf seine Region abgestimmte Behandlungspfade zu ausgewählten Indikationen. Diese definieren neben dem oben beschriebenen abgestimmten ärztlichen Handeln nach Leitlinien die Schnittstellen der fachgebietsübergreifenden Versorgung und Therapie der Patienten⁴.

Häufiger Anlass zur Entwicklung eines netzinternen Behandlungspfades ist entweder ein erkanntes Versorgungsdefizit (zum Beispiel der erschwerte Zugang zu bestimmten Facharztgruppen), oder der Pfad ist ein grundlegender Bestandteil von Selektivverträgen.

„Lokal konsentrierte Behandlungspfade konkretisieren die Therapie für bestimmte Fälle oder Behandlungen. Charakteristikum eines Behandlungspfades ist die Beschreibung von Abfolge, Terminierung, Inhalten und Verantwortlichkeiten wichtiger Bestandteile der Versorgung definierter Patientengruppen. Behandlungspfade sollten unter Berücksichtigung existierender Leitlinien erstellt werden. Sie können dann ein wesentliches Instrument der Leitlinien-Implementierung sein.“¹

MASSNAHMEN DER ERSTELLUNG UND IMPLEMENTIERUNG VON BEHANDLUNGSPFADEN

Zur Behandlungspfaderstellung im Leipziger Gesundheitsnetz wird eine entsprechende Arbeitsgruppe aus allen für die Indikation relevanten Facharztgruppen, gegebenenfalls weiteren nichtärztlichen Gesundheitsdienstleistern und mindestens einem hausärztlich tätigen Mitglied, zusammengestellt. Ein Facharzt, der als AG-Leiter fungiert, wird hierfür vom Netzvorstand benannt und bei Bedarf um einen Moderator für Arbeitssitzungen ergänzt. Dieser kann zum Beispiel aus dem Management oder einer externen Organisation stammen.

Die Arbeitsgruppe erstellt auf der Grundlage der aktuellen fachspezifischen S3-Leitlinie den Behandlungspfad-Entwurf und informiert den Vorstand über Fortschritte beziehungsweise Probleme. Dabei werden insbesondere die regionalen Besonderheiten (zum Beispiel die Verfügbarkeit der Facharztgruppen im Netz oder einheitliche, strukturierte Zuweisungskriterien) berücksichtigt. Im Idealfall werden dazu Sitzungsprotokolle in der Arbeitsgruppe erstellt und weitergeleitet. Auf einer Mitgliederversammlung stellt der Arbeitsgruppenleiter den Behandlungspfad-Entwurf im Rahmen einer Präsentation zur Diskussion.

⁴ Handbuch zur Entwicklung regionaler Leitlinien, Herausgeber: ÄZQ Berlin, PMV forschungsgruppe Universität Köln, Leitliniengruppe Hessen, ISBN ab 01.01.2007: 978-3-9811002-3-5, Books on Demand GmbH, Norderstedt. 1. Auflage 2006.

Mindestens ein Quartal lang wird der Behandlungspfad durch die Arbeitsgruppe selbst und gegebenenfalls durch weitere Mitglieder auf Praxistauglichkeit getestet. Bei positivem Ergebnis wird dieser in ein standardisiertes Flussdiagramm (Swim Lane Darstellung, siehe Abbildung 1) überführt und in das Netz-QM-System übernommen. Die Mitglieder werden informiert und entsprechend geschult.

Regelmäßig, spätestens ein Jahr nach Einführung eines Behandlungspfades, wird der Gruppenleiter durch den Vorstand gebeten, den Pfad auf wissen-

schaftliche Aktualität gegen die S3-Leitlinie beziehungsweise auf Überarbeitungsbedarf im praktischen Ablauf zu prüfen und gegebenenfalls die Arbeitsgruppe dazu neu zu formieren. Bei Veröffentlichung von aktualisierten Pfaden werden die Mitglieder erneut informiert. Der Zugang aller Netzmitglieder und eine Rückmeldungsschleife zum Netzmanagement sind besonders wichtig für die Umsetzung der hinterlegten Behandlungspfade. Im Idealfall sind messbare Parameter hinsichtlich Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität für das fortwährende Controlling vorhanden.

Behandlungspfad Rückenschmerz

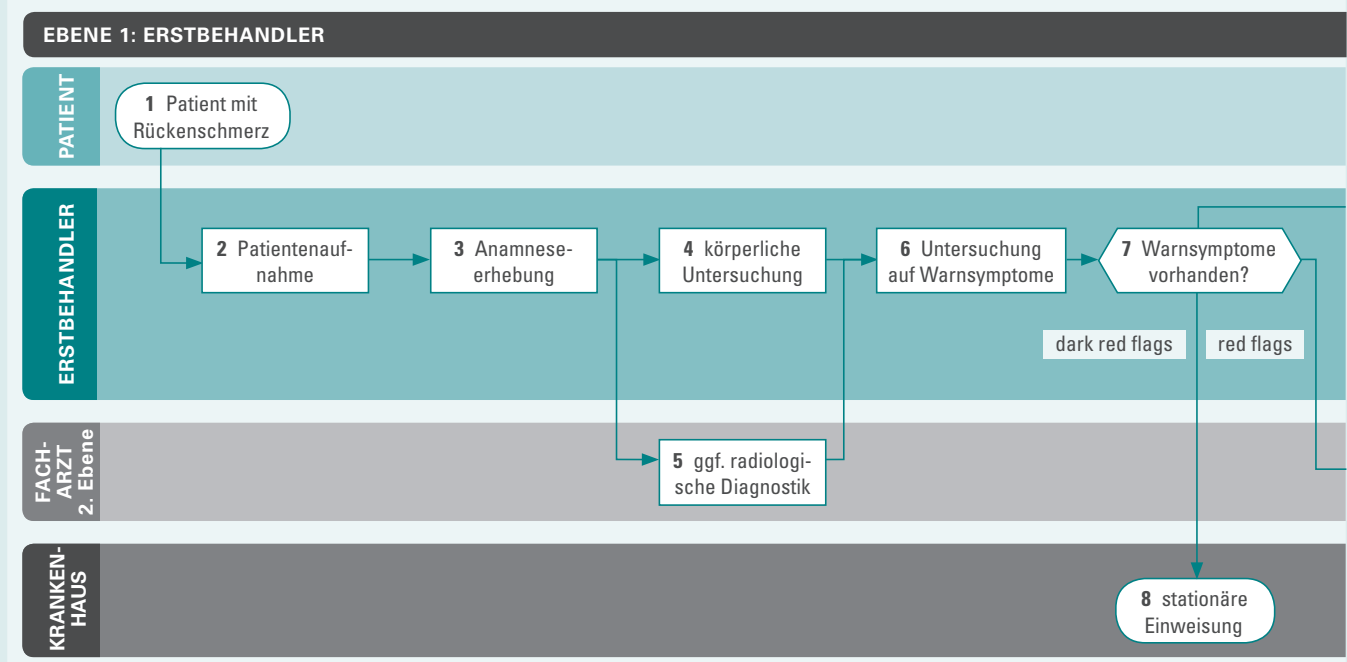


Abbildung 1: Ausschnitt Webmodell Behandlungspfad Rückenschmerz des Leipziger Gesundheitsnetzes

Im Leipziger Gesundheitsnetz wurde beispielsweise ein fach- und sektorenübergreifender Behandlungspfad für die Indikation Rückenschmerz (siehe Abbildung 1) für den Integrierten Versorgungsvertrag mit der BMW BKK etabliert.

In der Arbeitsgruppe „Steuerung“ des Kooperationspartners „GeriNet Leipzig“ werden unter anderem durch Mitwirkung von Ärzten des Leipziger Gesundheitsnetzes sektorenübergreifende Behandlungs- und Versorgungspfade für den geriatrischen Patienten entsprechend seines Risikoprofils erstellt.

2.2. PRAXISNETZBEZOGENE FORTBILDUNGS-ANGEBOTE

Ein Ziel des Leipziger Gesundheitsnetzes ist die stetige Verbesserung der medizinischen Versorgungsqualität in der Region. Dazu organisiert das Netz regelmäßig eigene Fortbildungsreihen entsprechend dem neuesten wissenschaftlichen Stand. Die Fortbildungsorganisation erfolgt durch das Netzmanagement unter ärztlicher wissenschaftlicher Leitung. Themenwünsche und/oder -notwendigkeiten werden über Mitgliederumfragen regelmäßig geprüft.

Ein jährlich erscheinendes Programm und feste Fortbildungsreihen wurden dazu etabliert. Diese Veranstaltungen richten sich an im Netz beteiligte Mitglieder, wie zum Beispiel Haus- und Fachärzte sowie Praxispersonal und Therapeuten. Beispiele sind die DMP-Fortbildungsreihen für Ärzte und MFA, welche auch externen Teilnehmern offen stehen. Hier referieren überwiegend Netzfachärzte für ihre Kollegen.

Zu allen Netzveranstaltungen werden Evaluationsbögen an die Teilnehmerinnen und Teilnehmer ausgegeben und ausgewertet.

Neben diesen Angeboten sind auch die bereits seit Jahren etablierten fachspezifischen beziehungsweise indikationsspezifischen Qualitätszirkel eine erfolgreiche Form der gemeinsamen Fortbildungsmöglichkeit der Netzmitglieder. Hier lohnt es sich, neben eigenen Initiativen die im Netz bereits bestehenden Qualitätszirkel zu erfassen und für alle publik zu machen.

2.3. NETZINTERNE UND EXTERNE KOMMUNIKATION

Wie in jedem Unternehmen sollte auch die netzinterne und externe Kommunikation als Grundlage von Transparenz des Handelns und Wissensstandes nicht punktuell und zufällig erfolgen, sondern kontinuierlich und gesteuert.

Grundlage ist eine Corporate-Identity (CI) mit allen Merkmalen, die ein Netz in der Kommunikation kennzeichnen und charakterisieren. Vom Logo über die Hausschriftart und grafischen Grundgestaltungs-

menten bis hin zur Bildsprache sind im Leipziger Gesundheitsnetz diese Kennzeichen in einem Gestaltungshandbuch festgelegt. Sie unterstützen die Netzidentität in allen Kommunikationsmedien und können bei Bedarf jederzeit an externe Dienstleister, zum Beispiel zur Webseiten- oder Broschüregestaltung, weitergegeben werden.

Kommunikation im Sinn der Teilhabe und des „Mitteilens“ ist die Grundlage des Zusammengehörigkeitsgefühls unter den Netzärzten. Die Standard-Kommunikationsmittel und Anlässe in Praxisnetzen sind:

- Mitgliederversammlungen,
- Netzzentrierte Fortbildungen und Qualitätszirkel für Ärzte und MFA,
- Mitgliederrundschreiben,
- Intranet beziehungsweise interner Bereich der Netzwebseite, zum Beispiel ein Downloadbereich oder Forum/NetzWiki etc.,
- Praxisbesuche/Einzelgespräche durch das Netzmanagement,
- Projekt-/Arbeitsgruppentreffen.

Fax-, besser aber E-Mail-Verteiler sind dabei für die effektive schriftliche Kommunikation das Maß der Dinge in Netzen. Inhaltlich, zeitlich und formal sollten die oben beschriebenen Wege integriert werden und sich gegenseitig ergänzen. Ein Kommunikationsplan auf jährlicher Basis hilft dabei im Leipziger Gesundheitsnetz. Er umfasst die Beschreibung aller geplanter Aktivitäten mit:

- Kommunikationsmedium,
- Zeitpunkt/Zeitabständen,
- Inhalten,
- Verteiler/Zielgruppen.

Hier sind auch Elemente der externen Kommunikation, wie zum Beispiel der Qualitätsbericht, Patientenbroschüre, Flyer oder Pressemitteilungen, vermerkt. Für die Öffentlichkeitsarbeit ist in weiter entwickelten Netzen die Benennung eines Pressesprechers sinnvoll.

Der Webaufttritt des Leipziger Gesundheitsnetzes gliedert sich in zwei Bereiche. Im öffentlichen Bereich bekommen Patienten, Interessierte und Kooperationspartner einen Überblick über das Praxisnetz, die Mitgliedspraxen und deren Leistungsspektrum, Verträge, Projekte und Pressemeldungen.

Im passwortgeschützten (internen) Mitgliederbereich informiert das Netz über Termine, bietet ein Archiv von Vorträgen und Mitgliederrundschreiben sowie alle nötigen IV-Vertragsdokumente und weitere Downloadangebote aus dem Netz-QM, wie zum Beispiel hinterlegte Behandlungspfade und das interne Überweisungsmanagement sowie erweiterte Kooperationspartnerinformationen. Ein gedrucktes internes Mitgliederverzeichnis, unter anderem mit Direktwahlnummern und E-Mail-Kontaktdaten, ergänzt diese Informationen.

3. Sichere elektronische Kommunikation in Praxisnetzen

Die elektronische Netzkommunikation kann dazu beitragen, die Versorgungsqualität durch gemeinsam nutzbare Daten zu erhöhen. Die Gründe für die Einführung von Systemen zur einrichtungsübergreifenden elektronischen Kommunikation von medizinischen Daten sind vielfältig; zum Beispiel:

- Reduktion oder Vermeidung von Doppelverordnungen und -untersuchungen durch fehlende Informationen,
- Sicherheitsgewinn durch vollständigen Medikamentenplan,
- Effizienzgewinn und Kostenreduktion durch weniger Medienbrüche (versus Arztbrief gedruckt, versendet, eingescannt und wieder importiert in Praxisverwaltungssystem),
- Controlling von IV-Verträgen und Gewinnung von Qualitätsindikatoren, zum Beispiel bei der Einhaltung von Behandlungspfaden durch unterschiedliche Fachrichtungen.

Daher wird die elektronische Kommunikation zu Recht als wichtiger Unterstützungsprozess in Praxisnetzen wahrgenommen. Die Anforderungen an eine sichere elektronische Kommunikationslösung sind dabei konkret:

- Vertraulichkeit – Daten stehen nur autorisierten und berechtigten Nutzern zur Verfügung,
- Integrität – Daten sollen nicht unbemerkt von Dritten modifiziert werden können,
- Authentizität – Daten im System sollen von einem vertrauenswürdigen Absender/Ersteller, welcher eindeutig identifizierbar ist, stammen.

Den Umgang mit personenbezogenen Daten regelt u. a. das Bundesdatenschutzgesetz. Im Leipziger Gesundheitsnetz sind diese Kriterien in einer Verfahrensweisung (VA) „Datenschutz“ in das Netz-QM eingeflossen, welche auch Informationsschutz- und Sicherheitsrichtlinien umfassen.

Für die KV-Anerkennung von Praxisnetzen ist die Benennung eines Datenschutzbeauftragten mit folgendem Aufgabenspektrum auf Netzebene erforderlich:

- Überwachung der Einhaltung von Datenschutzbestimmungen,
- Hinweise auf Verbesserungsmöglichkeiten,
- Ansprechpartner für die Netzpraxen bezüglich des Datenschutzes bei der elektronischen Kommunikation, zum Beispiel unterschriebene Datenschutzerklärung der Patienten.

Zu seiner Unterstützung wird die Benennung eines IT-Sicherheitsbeauftragten gefordert, der:

- Ansprechpartner bezüglich der IT-Sicherheit bei Neueinrichtung oder Ausbau der IT-Struktur auf Netzebene ist,
- IT-Sicherheitsrisiken analysieren und Maßnahmen vorschlagen oder durchführen kann.

Sollten diese Kompetenzen nicht intern vorhanden sein, ist die Bestellung eines externen Datenschutz- und / oder IT-Sicherheitsbeauftragten durch das Netzmanagement möglich.

Der gegenwärtige Markt anwenderfreundlicher und praxisverwaltungssystemübergreifender Software-Lösungen zur Kommunikation und zum Datenaustausch ist nach wie vor unbefriedigend ⁵.

Entscheidend für den Nachweis der Anerkennung des Leipziger Gesundheitsnetzes in Stufe 1 war die etablierte gemeinsame elektronische Patientenakte (EPA)

von Haus- und Fachärzten im Pflegeheimmodellprojekt (siehe 4.). Sie basiert auf der Herstellerlösung Medatixx ix.x.comdoxx-integrated ⁶ (siehe Abbildung 2).

Alle oben genannten Anforderungen der sicheren elektronischen Kommunikation werden hierbei erfüllt.

5 Gutachten 2014 | Gutachten | svr-gesundheit.de: Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen, Gutachten 2014, S. 573. Url: <http://www.svr-gesundheit.de> (v. 18.11.14).

6 medatixx | Zusatzprodukte: x.comdoxx – Netzwerk: Url: <http://medatixx.de/zusatzprodukte/xcomdoxx/> (v. 27.03.2014)

Pflegeheim

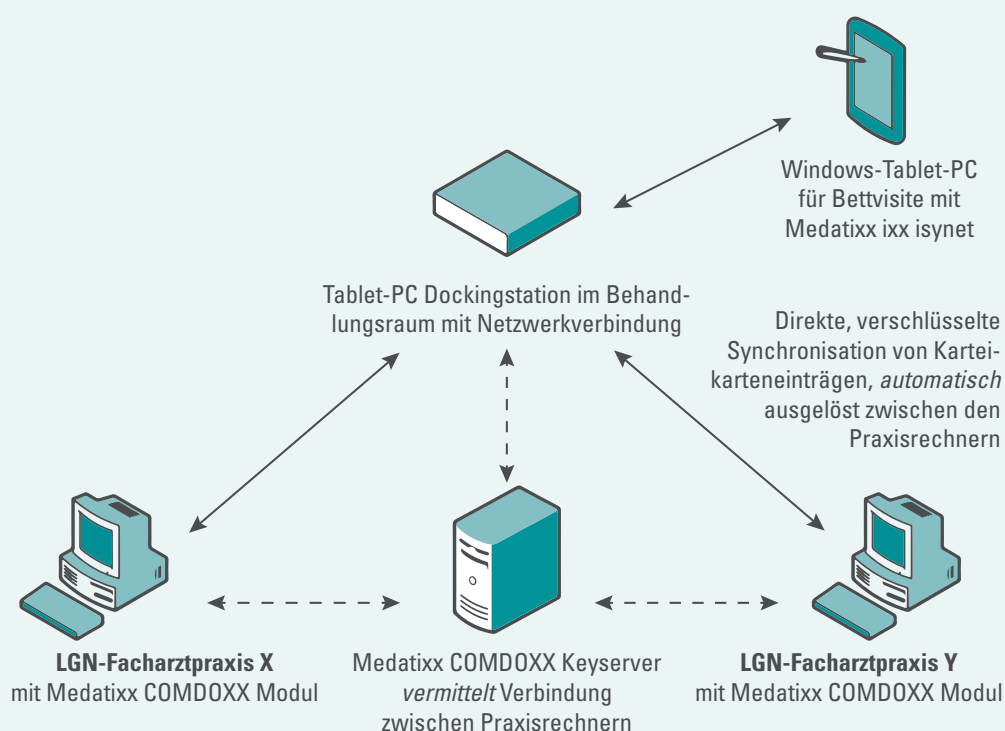


Abbildung 2: EPA von Haus- und Fachärzten im Pflegeheimmodellprojekt des LGN

Mit der Verankerung einer KV-SafeNet-Quote von 100 Prozent der Mitgliedspraxen für die Netzanerkennung und -förderung in einigen Bundesländern wird zudem versucht, die KV-seitige Plattform für herstel-

lerunabhängige sichere elektronische Kommunikation zu etablieren. Die zugehörigen Kommunikationsanwendungen fehlen indes vielerorts noch.

4. Sektorenübergreifende Zusammenarbeit am Beispiel „Pflegeheimmodellprojekt“ des LGN

Die heute über 100 im LGN organisierten Haus- und Fachärzte sowie nichtärztliche Leistungserbringer haben ein gemeinsames Grundverständnis und eine gemeinsame Zielvorstellung in der stetigen Verbesserung der ambulanten medizinischen Betreuung ihrer Patienten gefunden. Seither wurde eine intensivere Kommunikation zwischen den beteiligten Ärzten gepflegt. Dies umfasste auch den Aufbau einer dezentralen elektronischen Patientenakte (EPA) (siehe Abbildung 2). Sie bietet die Möglichkeit des gezielten Abgleichs von Medikation, Diagnosen und Befunden zwischen behandelnden Ärzten mit Zustimmung des Patienten, ohne einen zentralen Server vorhalten zu müssen.

Durch die frühzeitige Zusammenarbeit mit dem Pflegeheimbetreiber gelang es, bereits in der Planungsphase des Neubaus des Pflegeheimes (PH) „Domizil am Ostplatz“, spezielle Aspekte in der stationären Versorgung geriatrischer Patienten aus ärztlicher Sicht mitzugestalten. Das Versorgungsprojekt möchte durch eine verbesserte Steuerung und Koordination die Versorgungseffizienz und -qualität im Pflegeheim steigern.

Die Voraussetzung hierfür war der Ausbau des lokalen Versorgungsnetzes zwischen den Haus- und Fachärzten sowie Therapeuten des LGN.

ZUR UMSETZUNG DER PROJEKTZIELE DIENEN FOLGENDE MASSNAHMEN:

- Ein feststehendes Hausärzteteam, kooperierende Fachärzte sowie Therapeuten aus dem LGN betreuen die Pflegeheimbewohner regelmäßig.
- Hausärztliche Visiten zu festen Terminen mit gegenseitiger Vertretung.

- Wechselnde erweiterte Rufbereitschaft an 7 Tagen.
- Einsatz eines Tablet-PCs für effiziente Bettvisite.
- Einheitliche Dokumentation im Arztpraxisverwaltungssystem über dezentrale EPA (comdoxx), inkl. Vor-Ort-Betreuung im eigenen Besprechungsraum des Pflegeheims.
- Schulung des Pflegepersonals zu den häufigsten medizinischen Indikationen.

NACHHALTIGKEIT DER VERNETZTEN VERSORGUNG

Die Sicherung eines hohen Niveaus in Pflege und Betreuung ist eine gemeinsame Aufgabe aller Beteiligten. Die Involvierung des Pflegeheims begünstigt nicht nur die Schaffung arbeitsentlastender Rahmenbedingungen für Pflegenden und Ärzte, sondern unterstützt darüber hinaus die langfristige Qualitätssicherung der Heimversorgung, wie zum Beispiel durch die Erweiterung der fachärztlichen ambulanten Betreuung oder Implementierung von Behandlungsleitlinien.

Abschließend bleibt anzumerken: Die für die Netzanerkennung relevanten Kriterien einer kooperativen Berufsausübung in Praxisnetzen sind sinnvoll gewählt. Von Qualitätszirkeln über elektronische Vernetzung bis hin zur intersektoralen Kooperation, zum Beispiel mit Kliniken oder Pflegeheimen, wird das Zusammenwirken im Netzwerk bewertet.

Die Anerkennungskriterien können somit genauso als Zielvorgaben für die Frage dienen, wo das einzelne Praxisnetz steht und in welche Richtung es sich strategisch weiter entwickeln will.

Kontakt:

Leipziger Gesundheitsnetz Management GmbH
 Adresse: Prager Str. 191, 04299 Leipzig
 Tel. +49 (0) 341-35 54 08 27
 Fax: +49 (0) 341-35 54 08 26
 E-Mail: info@gesundheitsnetz-leipzig.de
 Webseite: www.gesundheitsnetz-leipzig.de

VERBESSERTE EFFIZIENZ/ PROZESSOPTIMIERUNG



Dr. Carsten Jäger

Geschäftsführer der ANSB Consult GmbH – Ärztenetz Südbrandenburg, Elsterwerda, u. a. für das Management populationsorientierter Selektivverträge zuständig; Stellvertretender Vorsitzender des Vorstands der Agentur deutscher Arztnetze e. V., Berlin.

Verbesserte Effizienz und Prozessoptimierung im Arztnetz Südbrandenburg

Dr. Carsten Jäger

Die Änderung des § 87b SGB V im Rahmen des Versorgungsstrukturgesetzes zum 01.01.2012 kann zweifelsfrei als Meilenstein für die Ärztenetze bezeichnet werden. Auch wenn die inhaltlichen Aspekte der Anerkennung und Förderung noch verbesserungswürdig erscheinen, führte die Änderung des § 87b dazu, dass erstmals in der Historie der deutschen Sozialgesetzgebung die Praxisnetze als eigenständige Institutionen im SGB V Erwähnung fanden. Knapp drei Jahre später war dies in politischen Kreisen bereits allseits akzeptierte Realität und nicht mehr wegzudenken.

Jenseits der bloßen Erwähnung der Praxisnetz im SGB V und später auch im SGB XI, wurden untergesetzliche Regelungen geschaffen, die Anerkennung und Förderung gemäß § 87b SGB V zu konkretisieren und zu operationalisieren. Dabei sei insbesondere darauf hingewiesen, dass diese Operationalisierung nicht durch die Selbstverwaltung der Ärzteschaft allein stattfand, sondern die zum 01.05.2013 in Kraft getretene „Rahmenvorgabe für die Anerkennung von Praxisnetzen nach § 87b Abs. 4 SGB V“ ausdrücklich im „Einvernehmen mit dem GKV-Spitzenverband“ verabschiedet wurde. Nach der Umsetzung der KBV-Rahmenvorgabe durch die jeweilige regionale KV sollte also jedes Praxisnetz die Möglichkeit erhalten haben, eigene Prozessoptimierungen und Effizienzsteigerungen transparent und nach gemeinsamen Kriterien der obersten Selbstverwaltungsorgane von

Krankenkassen und ambulanter Ärzteschaft nachzuweisen. Dieser Nachweis sollte im Folgenden zwei zusätzliche Finanzierungsquellen für Praxisnetze erschließen beziehungsweise einen entsprechenden Kontrakt befördern: kollektivvertragliche Vergütungen im Rahmen der Förderung des § 87b SGB V und selektivvertragliche Kontrahierung. Trotz der bisher eher zurückhaltenden Öffnung dieser Finanzierungsquellen für zertifizierte Praxisnetze, haben viele Netze die Rahmenvorgabe beziehungsweise regionale Richtlinie genutzt, um die eigene Tätigkeit skalierbar und nachweisbar zu machen. Die Darlegungsfähigkeit der Praxisnetze ist infolge dessen deutlich gestiegen, Effizienzen und Prozessoptimierungen können wesentlich valider dargestellt werden, wenngleich eine dringend notwendige flächendeckende Qualitäts- und Effizienzmessung in der Regelversorgung noch nicht als Vergleichsmaßstab herangezogen werden kann.

Die im Folgenden beschriebenen Schritte und Prozesse zur effizienteren Patientenversorgung und Prozessoptimierung stellen Beispiele dar und müssen je nach regionaler Versorgungs- und Problemlage adaptiert, ergänzt oder gekürzt werden.

In der praktischen Arbeit stehen alle Netze beziehungsweise die Entscheidungsträger im Netz vor der Frage: „Wo fange ich sinnvollerweise an?“ Die Effizienzreserven müssen also zunächst identifiziert und priorisiert werden.

Effizienzreserven identifizieren und priorisieren

„Gigantische Verschwendung im Gesundheitswesen“ titelte im Jahr 2009 das Handelsblatt. Einsparungen durch eine effizientere Mittelverwendung von bis zu 9,8 Mrd. Euro pro Jahr seien möglich.¹ Prof. Dr. Volker Penter (KPMG AG) kommt in einer aktuellen Studie aus dem Jahr 2014 zum Ergebnis: „Die Lösung liegt in einer klügeren Verwendung der Mittel.“

Deutschland belegt im Vergleich der OECD-Staaten bezüglich der Ausgabeneffizienz nur Platz 15 von 24 – andere Staaten haben hier offensichtlich effizientere Lösungen zur Verwendung der Mittel gefunden (siehe Abb. 1).

Zu diesen oder ähnlichen Ergebnissen kommen regelmäßig Studien zur Effizienz im deutschen Gesundheitswesen. Eine „klügere Verwendung der Mittel“ – selbstverständlich stimmt diesem Hinweis jeder Leser zu, die Frage nach den konkreten, operativen Schritten bleibt hingegen meist unbeantwortet. Im Folgenden wird ausschließlich auf die Effizienzen abgestellt, die durch regionale Praxisnetze beeinflussbar sind – Effizienzreserven in zentralen Preisverhandlungen zu Leistungen und Produkten im Gesundheitswesen werden beispielsweise nicht betrachtet.

Die Identifizierung und Wichtung der zu hebenden Effizienzreserven im Praxisnetz sollte grundsätzlich in vier Schritten erfolgen:

Ausgabeneffizienz der europäischen Gesundheitssysteme (OECD-Staaten)

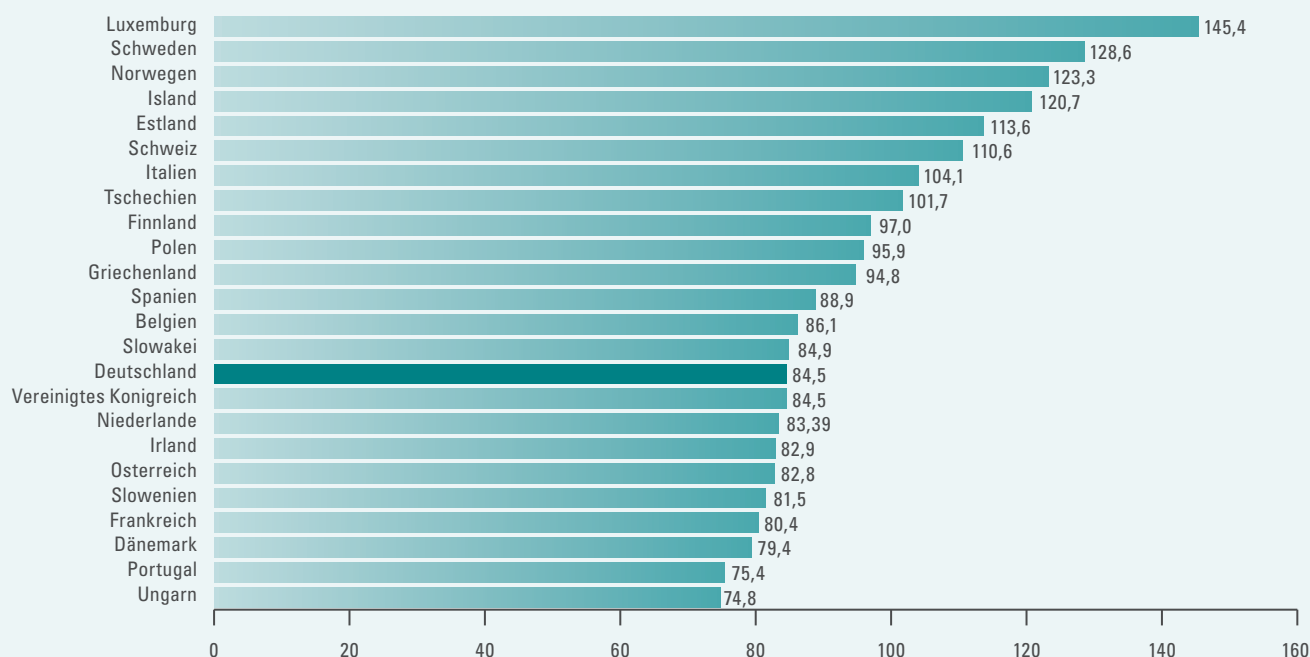


Abbildung 1: Ausgabeneffizienz der europäischen Gesundheitssysteme (OECD-Staaten)

Quelle: OECD-Gesundheitsbericht 2013, Datenauswahl, Berechnungen, und Darstellung durch KPMG, Deutschland, 2014

¹ Augurzyk, Tauchmann, Werblow, Felder; „Effizienzreserven im Gesundheitswesen“, RWI-Materialien 49 unter <http://www.rwi-essen.de/publikationen/rwi-materialien/13/>

1. Daten erheben / Daten sammeln,
2. Daten auswerten und vergleichen,
3. Netzinterne Präferenzen feststellen und berücksichtigen,
4. Priorisierung der aus 1.–3. erkannten Effizienzreserven.

1. DATEN ERHEBEN / DATEN SAMMELN

Als Grundlage für die Identifizierung von Effizienzreserven muss sich jedes Praxisnetz zunächst einen möglichst umfassenden Überblick über die eigene Versorgung verschaffen und zu diesem Zweck Daten erheben oder beschaffen, zusammenführen und auswerten. Einbezogen werden sollten hier mindestens folgende Daten/Datenquellen:

- eigene Netzdaten aus den einzelnen Praxisverwaltungssystemen zusätzlich, soweit vorhanden, auch aus der eigenen Netzsoftware,
- öffentlich zugängliche Daten, wie zum Beispiel der statistischen Ämter oder Gebietskörperschaften,
- Daten der Krankenkassen,
- Daten der Kassenärztlichen Vereinigungen, einschließlich KBV.

2. DATEN AUSWERTEN UND VERGLEICHEN

Die Datenstruktur und –menge erreicht dabei schnell eine Komplexität, die eine Professionalisierung bezüglich der Analysemethoden und –werkzeuge erfordert. Diese Professionalisierung zählt nicht zu den Kernaufgaben eines Praxisnetzes und sollte daher durch spezialisierte Dienstleister unter Wahrung der datenschutzrechtlichen Bestimmungen erfolgen. Ein speziell zu diesem Zweck für Praxisnetze entwickeltes Analysetool ist der sogenannte „Netzmonitor“, entwickelt vom Unabhängigen Zentrum für empirische

Markt- und Sozialforschung (UCEF) in Zusammenarbeit mit der Firma Health Concept Ltd.²

3. NETZINTERNE PRÄFERENZEN FESTSTELLEN UND BERÜCKSICHTIGEN

In Vorständen und anderen Führungsgremien von Netzen ist immer wieder zu beobachten, dass allein die Datenerhebung und Datenanalyse als Grundlage zur Priorisierung der geplanten Aktivitäten zur Effizienzsteigerung herangezogen werden. Diese Vorgehensweise führt nicht selten dazu, dass wichtige und sinnvolle Projekte zur Effizienzsteigerung nur zögerlich von der Netzbasis umgesetzt werden. Die Gründe im Detail sind hier vielfältig, die Ursache liegt jedoch meist in der mangelnden Einbeziehung der Praxispräferenzen vor der Festlegung der Prioritäten. Dabei sollten nicht nur die Präferenzen der Netzärzte einbezogen werden, sondern auch die der Praxismitarbeiterinnen und Praxismitarbeiter, die in der Regel einen großen Teil des organisatorischen Aufwands bei neuen Projekten zu tragen haben.

4. PRIORISIERUNG DER ERKANNTEN EFFIZIENZRESERVEN

Die identifizierten Effizienzreserven werden in aller Regel zu umfangreich sein, um gleichzeitig mit der Erarbeitung von Konzepten zum Heben dieser Reserven zu beginnen. Eine Fokussierung auf einzelne beziehungsweise wenige Projekte ist notwendig. Die Erkenntnisse aus der Datenauswertung und den Präferenzen der Netzpraxen müssen dabei systematisch aufgelistet und bewertet werden. Bezüglich der Zielrichtung der Effizienz kann dabei zwischen drei Alternativen unterschieden werden, deren Übergänge fließend und teilweise überlappend sein können:

- Versorgungseffizienz (primäre Zielgruppe Patient),
- Kosteneffizienz (primäre Zielgruppe Krankenkasse),
- Prozessoptimierung (primäre Zielgruppe Netzpraxis).

² Vgl. Dr. M. Richter in Schriftenreihe Praxiswissen, Heft V, Neuauflage 2012, S. 34 ff.

Das Projekt zur Effizienzsteigerung mit der höchsten Bewertung sollte als erstes umgesetzt werden. Die Bewertung sollte dabei strukturiert und transparent erfolgen.

Effizienzreserven heben

Die Priorisierung der Effizienzreserven wird je nach regionaler Ausdehnung und inhaltlicher Fokussierung des Praxisnetzes höchst unterschiedlich ausfallen. Praxisnetze in Ballungszentren werden andere Schwerpunkte setzen als die in strukturschwachen Regionen. Praxisnetze mit Budgetverantwortung werden sich unweigerlich stärker mit der Frage der Kosteneffizienz auseinandersetzen als Praxisnetze ohne Verträge mit Budgetverantwortung.

Exemplarisch wird hier im Folgenden die Vermeidung oder zeitliche Verzögerung von vollstationären Aufenthalten in Krankenhäusern und Pflegeeinrichtungen betrachtet, um dem Patienten nicht zwingend notwendige Aufenthalte zu ersparen und ein langes Leben in der eigenen Häuslichkeit zu ermöglichen (Versorgungseffizienz), die in der Regel mit hohen Kosten verbundenen vollstationären medizinischen und pflegerischen Leistungen durch ambulante Leistungen zu ersetzen (Kosteneffizienz) und die Netzpraxen ihre entsprechenden Leistungen zielgerichteter einsetzen zu lassen und von der Koordination des Versorgungsgeschehens zu entlasten (Prozessoptimierung).

Im Ärztenetz Südbrandenburg hat sich folgendes Vorgehen für die ambulant verfügbaren Fachgruppen bewährt beziehungsweise in der praktischen Umsetzung als logische und notwendige Schrittfolge ergeben:

1. empirische Ermittlung der Gründe für nicht notwendige vollstationäre Aufenthalte,
2. Ermittlung und gemeinsame Strukturierung der Alternativen zwischen den ambulanten Haus- und Fachärzten,

3. Qualifizierung des medizinischen Fachpersonals in den Hausarztpraxen,
4. Entlastung der hausärztlichen Praxen durch netzeigenes Personal,
5. Schaffung netzeigener ambulanter Strukturen.

1. EMPIRISCHE ERMITTLUNG DER GRÜNDE FÜR NICHT NOTWENDIGE VOLLSTATIONÄRE AUFENTHALTE

Einzelnen befragt, berichten Haus- und Fachärzte sowie Patienten relativ offen über die Gründe, die zu nicht notwendigen stationären Aufenthalten führen. Hausärzte haben aufgrund der langen fachärztlichen Wartezeiten in unterversorgten Regionen oft keine Möglichkeit, den Patienten in einem medizinisch vertretbaren Zeitraum einem ambulanten Fachkollegen vorzustellen und wählen daher als Alternative die (ambulante) Vorstellung in einer Klinik. Gleiches berichten Patienten, die mangels Termin die Notaufnahme einer Klinik frequentieren.³ Die ambulanten Fachkollegen hingegen beklagen – auf die langen Wartezeiten angesprochen – die hohe Frequentierung ihrer Praxen mit undifferenziert überwiesenen Patienten. Die entsprechende Differenzialdiagnostik bindet Zeit, die dann nicht mehr für die Therapie zur Verfügung steht.

Beispiel orthopädischer Rückenschmerz:

Die Wartezeit auf einen Termin beträgt ca. 9 Monate. Die niedergelassenen Orthopäden beklagen eine hohe Zahl an überwiesenen Patienten, bei denen die Differenzialdiagnostik eine nicht-orthopädische (zum Beispiel neuropathische) Ursache zeigt. Der Patient wird durch den Orthopäden zum Neurologen oder Schmerztherapeuten überwiesen und hat orthopädische Ressourcen gebunden.

Es stellt sich somit die Frage, welche Maßnahmen notwendig sind, um Patienten gezielter direkt zum jeweils „richtigen“ Fachkollegen zu überweisen.

³ In einigen Fachrichtungen im Süden Brandenburgs müssen Wartezeiten von bis zu 10 Monaten in Kauf genommen werden, in einigen Fachrichtungen erhalten neue Patienten überhaupt keine Termine.

2. ERMITTLUNG UND GEMEINSAME STRUKTURIERUNG DER ALTERNATIVEN ZWISCHEN DEN AMBULANTEN HAUS- UND FACHÄRZTEN

Wiederum einzeln befragt, können sowohl die Haus- als auch die Fachärzte Lösungen aus ihrer Sicht aufzeigen. Diese Lösungen gilt es strukturiert und modelliert so zusammenzubringen, dass für beide Gruppen ein individueller Mehrwert darstellbar ist.

Beispiel Kardiologie:

Im Landkreis Elbe-Elster (ca. 106.000 Einwohner) praktiziert lediglich ein niedergelassener Kardiologe, der Mitglied im Praxisnetz ist. Neue Patienten können aus Kapazitätsgründen nicht mehr in die Betreuung aufgenommen werden. In der strukturierten Diskussion mit einigen Netzhausärzten konnte der Kardiologe deutlich machen, dass die differenzialdiagnostische Leistung „Ergometrie“ (Fahrradergometer) nur in Ausnahmefällen in der kardiologischen Praxis erbracht werden kann, da schlicht die Zeit fehlt. In der Diskussion einigten sich Kardiologe und Hausärzte darauf, künftig die Ergometrien für Netzpatienten in den Hausarztpraxen durchzuführen und das Protokoll zusammen mit weiteren anamnestischen und diagnostischen Daten vor dem Patientenkontakt elektronisch gesichert an den Kardiologen zu übersenden. Dieser wiederum erklärte sich bereit, die auf diese Weise überwiesenen Netzpatienten überhaupt kardiologisch zu betreuen und einen kurzfristigen Termin zu vergeben. Die Hausärzte waren für den Zusatznutzen für die Patienten (Versorgungseffizienz) bereit, den zusätzlichen Aufwand zu betreiben. Erst später erfolgte auch eine Vergütung dieser zusätzlichen Leistungen aus den Effizienzergebnissen der Selektivverträge mit Budgetverantwortung.

3. QUALIFIZIERUNG DES MEDIZINISCHEN FACHPERSONALS IN DEN HAUSARZTPRAXEN

Das unter 2. beschriebene Prozedere wurde sukzessive für alle im Netz vertretenen Fachgruppen praktiziert. Dies führte schnell zu einer übermäßigen

Belastung der Netzhausärzte, die nun differenzialdiagnostisch für ihre Fachkollegen tätig wurden, obwohl auch hier die Ressource „Zeit“ bereits knapp war – 1.600 oder 1.800 „Scheine“ pro Quartal sind in dieser ländlichen Region keine Seltenheit. Als erster Entlastungsschritt wurde darauf hingearbeitet, die in den Hausarztpraxen angestellten MFA durch das Netz zu qualifizieren, um die Hausärzte zu entlasten. Es wurden „Schmerzassistentinnen“, „Demenz-Fachkräfte“ und ähnliches ausgebildet.

Beispiel Demenzfachkraft DeFa:

In zwei vom Netzmanagement angebotenen Kursen wurden insgesamt mehr als 20 MFA zur DeFa ausgebildet, um bereits beim ersten Kontakt in der Praxis sensibilisiert auf auffällige Verhaltensänderungen bekannter Patienten reagieren zu können. Die entsprechenden kognitiven Testverfahren (Uhrentest, Mini-Mental Status-Test-MMST, etc.) werden selbstständig durch die DeFa durchgeführt und die Ergebnisse dem Hausarzt mit der Patientenakte beim Patientenkontakt vorgelegt. Der Hausarzt kann so einerseits sofort erkennen, dass die DeFa eine auffällige Verhaltensänderung beim Patienten bemerkt hat und andererseits direkt auf die Ergebnisse der Testverfahren zugreifen – eine deutliche Prozessoptimierung.

4. ENTLASTUNG DER HAUSÄRZTLICHEN PRAXEN DURCH NETZEIGENES PERSONAL

Die Qualifizierungen des medizinischen Fachpersonals konnte allerdings nur punktuell für Entlastung sorgen, da zum einen nicht für alle Fachrichtungen entsprechende Qualifikationen angeboten werden und zum anderen auch die zeitlichen Kapazitäten der MFA in den hausärztlichen Praxen begrenzt waren. Neue Ressourcen mussten somit erschlossen werden. Arztentlastende Personalstrukturen in Trägerschaft des Netzes wurden eingeführt, was selbst in einem etablierten Praxisnetz nicht ohne Vorbehalte und Ängste bezüglich der berufspolitisch geführten Debatten um Substitution und Delegation vonstatten ging.

„Die Nutzung der netzeigenen Casemanager und der Gemeindeschwestern war in den hausärztlichen Praxen geprägt von einer hohen Anfangsskepsis gefolgt von einer extremen Virulenz.“

Dieses Zitat stammt von einem der engagiertesten Netzärzte in Südbrandenburg und umschreibt die Situation sehr zutreffend. Durch die Diskussionen in bundesweiten Gremien und Interessensvertretungen wird mit Schlagworten wie „Substitution des Arztberufes“, „Kompetenzverlust des Arztes“, „Umsatzeinbußen für Praxen“ und ähnlichem Unsicherheit („Anfangsskepsis“) geschürt, die für Praktiker an der Basis, zumindest auf dem „platten Land“ völlig unbegründet sind. Ist diese Unsicherheit einmal überwunden und die Landarztpraxis hat die ersten Fälle erfolgreich delegiert, offenbart sich sofort die enorme Entlastung von nicht notwendigerweise ärztlichen Tätigkeiten (Prozessoptimierung) und die Fallzahl der durch Delegation betreuten Patienten steigt rasant („extreme Virulenz“).

Entscheidend für den Übergang von der Skepsis zur Virulenz sind die kommunikativen und fachlichen Fähigkeiten der Casemanager und Gemeindeschwestern. Ist die delegierende Praxis stets über die Befunde und Maßnahmen informiert und behält der Arzt (selbstverständlich!) die Hoheit über alle medizinischen Entscheidungen, entwickelt sich eine tatsächliche Zusammenarbeit „auf Augenhöhe“. Arzt und Praxisteam erkennen schnell, dass es jenseits der medizinischen Themen eine Vielfalt von Kompetenzen gibt, die wichtig und notwendig sind, um Patienten so lange wie möglich eine qualitativ hochwertige Versorgung in der eigenen Häuslichkeit zu ermöglichen. Anträge, Begutachtungen, Widersprüche, Therapien u.Ä. im Regelungsbereich des SGB V und des SGB XI sind für die Praxen oft ungeliebtes und wenig bekanntes Terrain, das Casemanager umfänglich beherrschen. Regelmäßige Hausbesuche mit „Zeit zum Schnacken“ und dem weiten Blick für die Lebensumstände sind bei der Patientenfrequenz einer Landarztpraxis in der Lausitz schlichtweg nicht möglich. Gemeindeschwestern und Casemanager hingegen erkundigen sich nach dem Wohlbefinden des geliebten Haustieres, den Besuchen der Nachbarin oder den Problemen mit dem Pflegedienst und organisieren Hilfe auch bei den

Problemen des täglichen Lebens. Hierzu gehört auch der Blick für pflegende Angehörige, die unter der Last der Pflege oft selbst zum Pflegefall werden. „Freie Tage“ für die pflegenden Angehörigen sind daher extrem wichtig und werden durch die Organisation zusätzlicher Betreuung, wie zum Beispiel durch mehr als 60 ehrenamtliche Demenzhelfer oder die Tagespflege geschaffen. Nach 5 Jahren Casemanagement im Ärztenetz Südbrandenburg haben Gemeindeschwestern und Casemanager einen Akzeptanzgrad erreicht, der es ihnen ermöglicht, strukturellen Einfluss auf die Netzentwicklung zu nehmen. Neben diesen nichtärztlichen Tätigkeiten liefern Casemanager und Gemeindeschwestern auch wertvolle Informationen für Therapieentscheidungen des Arztes – insbesondere im Bereich der Adhärenz und Compliance:

„Bei den ersten beiden Hausbesuchen erzählen mir die Patienten auch noch, dass sie ihre Blutdrucktabletten regelmäßig nehmen, ab dem dritten oder vierten Besuch rücken sie dann mit der Sprache raus und zeigen mir die gehorteten Packungen mit der Bitte ‚aber nicht dem Doktor sagen‘...“

So oder so ähnlich stellt sich die Situation fast überall dar – die Bandbreite reicht dabei von „nicht vertragenen“ Antihypertensiva, die in der Apotheke abgeholt und eingelagert werden (der Hausarzt hat mittlerweile das dritte Medikament ausprobiert und verzweifelt ob des ausbleibenden Therapieerfolges) bis hin zu zahlreichen OTC, die kontraindiziert ohne ärztliche Rücksprache eingenommen werden.

Vertrauen, Kompetenz und vor allem Kommunikation sind der Schlüssel zum Erfolg – sowohl beim Patienten als auch beim Arzt!

5. SCHAFFUNG NETZEIGENER AMBULANTER STRUKTUREN

Casemanager, Gemeindeschwestern und ehrenamtliche Demenzhelfer wurden explizit darauf geschult, einen umfassenden Blick für die Lebensumstände des Patienten zu entwickeln und auch jenseits des eigenen Aufgabenbereiches Defizite zu erkennen und Abhilfe zu schaffen. In der Konsequenz forderten sie

fehlende Strukturen – deren Bedarf sie in der Region in ihrer täglichen Arbeit erlebt hatten – vehement beim Praxisnetz als Arbeitgeber ein. Die ehrenamtliche Demenzbetreuung mit mehr als 60 geschulten Demenzhelfern, die netzeigene Tagespflege für Demenzkranke, Demenz-Wohngemeinschaften und alternative Wohnformen in Trägerschaft des Netzes gehen somit auf Initiative der Casemanager und Gemeindefachkräften zurück. Mit Schaffung netzeigener innovativer Strukturen im Bereich Pflege und Betreuung weitete sich die Komplexität und die Geschäftstätigkeit automatisch aus, was Konflikte mit anderen Leistungserbringern in der Region hervorrufen kann.

BEISPIEL KOMPETENZZENTRUM FÜR EIN BESSERES LEBEN:



Die bisher innovativste und komplexeste Struktur, die im Ärztenetz Südbrandenburg geschaffen wurde, ist

das sogenannte „Kompetenzzentrum für ein besseres Leben“ – ein dreigeschossiger komplett barrierefreier Neubau mit abgestuften Wohn- und Betreuungsformen, einer Gesamtfläche von 1.600qm und einem Investitionsvolumen in Höhe von ca. 3 Mio. Euro.

Das Gebäudekonzept sieht vor, innerhalb des Hauses für jede Lebenssituation genau so viel Unterstützungsbedarf anzubieten, wie der Bewohner in der jeweiligen Lebensphase gerade benötigt. Dies reicht vom einfachen barrierefreien Wohnen im 2. OG über in unterschiedlichen Intensitäten betreuten Wohnraum im 1. OG bis hin zu einer 24-Stunden-Betreuung durch den netzeigenen ambulanten Pflegedienst innerhalb der Demenz-Wohngemeinschaft im Erdgeschoss. Alle Flächen sind dabei privater Wohnraum der Gäste, in dem Pflege- und Betreuungskräfte temporär oder dauerhaft zu Gast sind und damit **keine stationäre Pflegeeinrichtung**, was sich sowohl auf die gefühlte Versorgungsqualität (Versorgungseffizienz) als auch die Kosteneffizienz positiv auswirkt. Bei veränderten Lebensbedingungen und steigendem Betreuungsbedarf muss maximal innerhalb des Gebäudes umgezogen werden, selbst die Pflege schwerstkranker Menschen in der letzten Lebensphase durch die netzeigene Spezialisierte Ambulante Palliativversorgung ist im Kompetenzzentrum möglich – ein Aspekt, der bereits vor dem Einzug von noch mobilen Mietern nachgefragt wird und hohe Priorität besitzt.

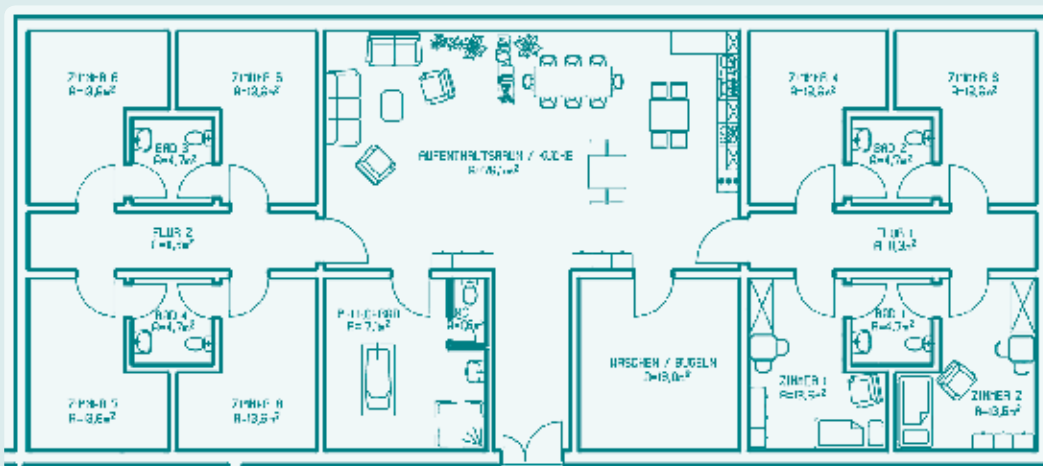


Abbildung 2: Grundriss der Demenz Wohngemeinschaft innerhalb des Kompetenzzentrums für ein besseres Leben

Die gesamte Neustrukturierung der Versorgungskette betrachtend, könnte man die These aufstellen, dass ehrenamtliche Demenzhelfer mittelbar nicht notwendige stationäre Aufenthalte vermeiden helfen und

somit zu einer Erhöhung der Versorgungs- und Kosteneffizienz maßgeblich beitragen. Die gesamte Kette der neustrukturierten Versorgung ist in der folgenden Abbildung stark vereinfacht schematisch dargestellt.

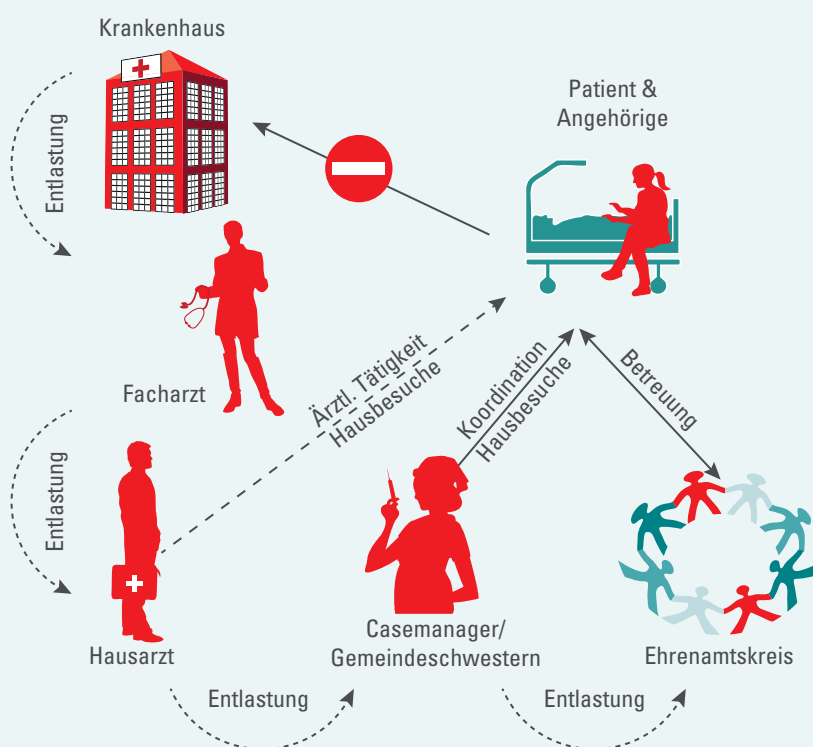


Abbildung 3: Neustrukturierung von Aufgaben zur Effizienzerhöhung

Effizienzen nachweisen

Die durch diese Maßnahmen erreichte Prozessoptimierung innerhalb des Praxisnetzes beziehungsweise der einzelnen Netzpraxen bedarf keines weiteren Nachweises – hier genügt das Erleben in der täglichen Arbeit!

Sofern die Tätigkeit des Praxisnetzes allerdings nicht ausschließlich diesem Zweck dient, Versorgungsverträge geschlossen wurden oder werden sollen und so auch finanzielle Mittel für die Versorgungsstrukturen generiert werden sollen, müssen die Effekte auf die Versorgungseffizienz mithilfe von Outcome orientierten Qualitätsparametern und die Effekte auf die Ver-

sorgungskosten mithilfe von Vergleichsrechnungen valide und transparent nachgewiesen werden.

1. VERSORGUNGSEFFIZIENZ

Hier soll unter Versorgungseffizienz die Erhöhung des Outcomes bei gleichem oder geringerem Mitteleinsatz verstanden werden (Maximalprinzip beziehungsweise Extremumprinzip; nicht Minimalprinzip!). Eine Erhöhung der Versorgungseffizienz bedeutet somit eine Erhöhung des Outcomes, also der Ergebnisqualität der Versorgung. Hierzu existieren einige Analyse- und Bewertungsmethoden, die überwiegend auf dem Vergleich einzelner Qualitätsparameter basieren.

QM-Systeme können – soweit sie standardisiert im gesamten Praxisnetz und dem Netzmanagement umgesetzt sind – wertvolle Indikatoren liefern. DMP-Programmdaten, Daten aus den einzelnen Praxisverwaltungssystemen oder der Netzsätze können ebenso herangezogen werden. Das derzeit umfangreichste System ambulanter Qualitätsindikatoren bildet „QiSA: Qualitätsindikatorensystem für die ambulante Versorgung“ ab. Die Indikatoren von QiSA sind allerdings nicht vollumfänglich aus Routinedaten zu generieren, was einen erheblichen zusätzlichen Erfassungsaufwand bedeutet und eine vollumfängliche Nutzung nicht möglich macht. Mit dem Projekt „QuATRO: Qualität in Arztnetzen – Transparenz mit Routinedaten“ haben der AOK Bundesverband und die beteiligten AOKen ein Qualitätsindikatorensystem entwickelt, das sich einiger QiSA-Indikatoren bedient, allerdings ausschließlich aus Routinedaten gespeist wird und somit keinen zusätzlichen Erfassungsaufwand generiert.

Welche Indikatoren beziehungsweise welches Indikatorensystem ein Praxisnetz zur Darlegung der Steigerung der Versorgungsqualität und somit bei gleichem Mitteleinsatz auch zur Steigerung der Versorgungseffizienz anwendet, wird vom Netz in Abstimmung mit (potenziellen) Vertragspartnern festzulegen sein. Im Rahmen des § 87b SGB V muss diese Festlegung gemeinsam mit der Kassenärztlichen Vereinigung vereinbart werden beziehungsweise ist von dieser bereits in der entsprechenden Richtlinie vorgegeben. Problematisch ist hierbei in jedem Fall das Fehlen flächendeckender Qualitätsparameter in der Regelversorgung als Vergleichsmaßstab.

2. KOSTENEFFIZIENZ

Sofern das Praxisnetz Effizienzsteigerungen auch als Finanzierungsgrundlage im Rahmen selektivvertraglicher Vereinbarungen mit Krankenkassen nutzen will, muss die Kosteneffizienz dargelegt werden. Problematisch dabei ist, dass das Netz in der Regel nur eigene Daten zur Verfügung hat, was ausschließlich longitudinale Vergleiche innerhalb des Netzes zulässt. Externe Einflüsse beziehungsweise Kostenänderungen im Gesundheitswesen führen zu einer Verzerrung

der rein longitudinalen Beurteilung. Aufgrund des Fehlens flächendeckender Versorgungs-, Qualitäts- und Kostendaten in der Regelversorgung kann ein Praxisnetz kaum auf valide Vergleichsdaten zugreifen, die notwendig wären, die eigene Kosteneffizienz beziehungsweise Effizienzsteigerung (im Vergleich zur Regelversorgung) zu belegen. Solche Vergleichsdaten liegen beispielsweise bei den Körperschaften der Selbstverwaltung. Kassenärztliche Vereinigungen und Krankenkassen stellen diese Daten in der Regel nur für Praxisnetze zur Verfügung, wenn eine vertragliche Grundlage hierzu existiert.

Im Bereich der AOK Nordost wurde beispielsweise in mehrjähriger Arbeit ein Messmodell auf Basis einer Regressionsanalyse erarbeitet und gemeinsam mit einem Praxisnetz angepasst und justiert.

Die Änderung des § 87b SGB V hat in Bezug auf Effizienzsteigerungen und Prozessoptimierungen im Gesundheitswesen neue Möglichkeiten geschaffen, die nun von allen Beteiligten inhaltlich ausgestaltet werden müssen. Insbesondere für die Darlegungsfähigkeit der Netzergebnisse bietet die Einbindung in den Kollektivvertrag über die Akkreditierung und gegebenenfalls Förderung durch die regionalen Kassenärztlichen Vereinigungen erhebliches Potenzial, da hier die ambulanten Versorgungsdaten sowohl für die Regelversorgung als auch für die (zertifizierten) Praxisnetze vorliegen. Gelingt es darüber hinaus, Daten zu veranlassten Leistungen aus dem Krankenkassenbereich hinzuzufügen, entsteht ein umfassendes Bild der Versorgungs- und Kosteneffizienz im Praxisnetz – verglichen mit der jeweiligen regionalen Regelversorgung – ein weiterer wichtiger Schritt zur Etablierung von Praxisnetzen als qualitativ hochwertiger regionaler Versorgungsverbund!

Kontakt:

*Dr. Carsten Jäger
Elsterstraße 23
04910 Elsterwerda
Tel.: +49 (0)3 53 3-48 95 73
Fax: +49 (0)3 53 3-48 95 74
E-Mail: c.jaeger@ansb.de*

MANAGEMENT VON NETZEN



Markus Knöfler

Geschäftsführer des Praxisnetzes
Herzogtum Lauenburg e. V.;
Partner und Geschäftsführer der
Conclusys Beratungsgesellschaft
mbH, Hamburg



Christina Möllmann

Conclusys Beratungsgesellschaft
mbH, Hamburg; leitet die Projekt-
arbeit im Management regionaler
Ärztetetze

Management von Arztnetzen – Förderung von Arztnetzen nach § 87b SGB V

Markus Knöfler und Christina Möllmann

Nach der Einführung des GKV-Versorgungsstrukturgesetzes im Januar 2012 wurden erstmals vernetzte Leistungserbringer beziehungsweise Arztnetze im Sozialgesetzbuch (SGB) berücksichtigt. Nach § 87b Abs. 4 SGB V hat die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) in Abstimmung mit dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen (GKV-SV) eine Rahmenvorgabe zur Anerkennung von Praxisnetzen zu erstellen. Diese Rahmenvorgabe ist erstmals zum 01. Mai 2013 in Kraft getreten. Die Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) können in Anlehnung daran entsprechende Richtlinien auf Landesebene bestimmen. Hierbei zeigte sich die Kassenärztliche Vereinigung Schleswig-Holstein (KVSH) als einer der Vorreiter und veröffentlichte bereits im Juni 2013 ihre Richtlinie zur Anerkennung und Förderung von Praxisnetzen nach § 87b Abs. 4 SGB V, die dann bereits zum 01. Juli 2013 in Kraft gesetzt wurde. In der Richtlinie der KVSH wird zwischen drei Stufen der Anerkennung unterschieden:

1. Basisstufe
2. Stufe I
3. Stufe II

Die Kriterien zur Erfüllung der Basis-Stufe sind verbindlich und müssen bei der Antragsstellung nachgewiesen werden, einige Kriterien können mit dem jährlichen Versorgungsbericht nachgereicht werden. Für die Anerkennung nach Stufe I und II müssen erweiterte Kriterien erfüllt werden, die aber für die Antragsstellung des Praxisnetzes Lauenburg nicht von Belang waren. Eine Verpflichtung von Praxisnetzen der Basisstufe zur Weiterentwicklung in die nächsten Stufen besteht nicht.

Als bundesweit zweites anerkanntes Netz nach § 87b Abs. 4 SGB V besteht das Praxisnetz Herzogtum Lauenburg e. V. in seiner Vereinsform nun seit mehr als zehn Jahren und wird seit Juni 2013 durch ein professionelles Netzmanagement unterstützt. Hierbei agieren ein Geschäftsführer und eine Projektleiterin gemeinsam mit dem ärztlichen Vorstand als Koordinatoren und Kommunikatoren im Netz. Parallel zur Implementierung des Netzmanagements wurde die Praxisnetz Herzogtum Lauenburg Management GmbH als wirtschaftlicher Eigenbetrieb gegründet, hundertprozentiger Gesellschafter ist dabei der Praxisnetz Herzogtum Lauenburg e. V. Die Gründung einer eigenen Managementgesellschaft sollte nur vor dem Hintergrund realistischer Geschäftskonzepte erfolgen, da die Gründungskosten hoch sind sowie laufende Kosten für Buchführung und Jahresabschluss anfallen.

Zu Beginn der Übernahme des Netzmanagements wurde eine Mitgliederversammlung einberufen, auf der das zukünftige Netzmanagement den anwesenden Mitgliedern Projekte und Planungen der nächsten 12 Monate vorstellte. In einem zweiten Schritt wurden alle Netzmitglieder durch die Geschäftsführung und Projektleitung in den Praxen besucht. Neben dem persönlichen Kennenlernen lag ein Augenmerk auf der Einschätzung, welche Ansichten die einzelnen Mitglieder vertreten und wer für die aktive Netzarbeit gewonnen werden kann. Die Besuche in den Praxen wurden überwiegend positiv aufgenommen und es konnten viele, für die Netzarbeit wichtige, Eindrücke gesammelt werden. Eine solche Besuchsrunde wird jährlich durch die Geschäftsführung und die Projektleitung vorgenommen,

um den persönlichen Kontakt in die einzelnen Praxen zu pflegen. Bei zu großem zeitlichen Aufwand werden die Besuche durch Telefontermine ergänzt.

Das Netzmanagement konnte in der Arbeit des ersten Jahres auf die erfolgreiche Netzarbeit von über zehn Jahren aufbauen, so bestand bereits eine QM-Zertifizierung nach DIN ISO. Ohne die fundierte Vorarbeit und erfolgreich initiierte Versorgungsmodelle ist das Anerkennungsverfahren nach § 87b SGB V nicht erfolgreich zu durchlaufen, ein gewisser Reifegrad des Netzes ist erforderlich. Dennoch müssen die Netzstrukturen weiter gefestigt und fortentwickelt werden.

Um die interne Kommunikation im Netz zu optimieren, werden die bestehenden Kommunikationskanäle ausgebaut. In einem ersten Schritt wurden ein E-Mail- und Faxverteiler aller Mitglieder (auch Ärzte und Geschäftsführer der Mitgliedskrankenhäuser/MVZ) eingerichtet. Die Mitglieder erhalten allgemeine Netzinformationen, Ankündigungen und Einladungen fast ausschließlich per E-Mail, einige wenige Praxen erhalten Informationen per Fax. Der Faxversand wird sukzessive eingestellt werden, ab Ende 2015 werden Netzinformationen ausschließlich per E-Mail an die Mitglieder versandt werden.

Die Geschäftsführung führt einmal pro Quartal alle netzspezifischen Informationen zu Projektständen, Gesprächen, Arbeitsgruppen etc. zusammen und gibt diese in Form eines Rundschreibens der Geschäftsstelle an die Mitglieder weiter. Auf der neuen Homepage des Praxisnetzes – www.pnhl.de – werden diese Rundschreiben sowie andere wichtige Informationen (Veranstaltungshinweise, Presseartikel zu gesundheitspolitischen Themen, Vorlagen, aktuelle praxisrelevante Informationen etc.) im passwortgeschützten Mitgliederbereich zur Verfügung gestellt. Zur Unter-

stützung der kollegialen Kommunikation und des Austausches in der täglichen Arbeit wird im Mitgliederbereich eine Telefonliste mit den direkten Durchwahlnummern der ärztlichen und psychotherapeutischen Kollegen eingepflegt. Bei dringlichen medizinischen Fragen können fachärztliche Kollegen/innen somit schnell und direkt kontaktiert werden.

Als Plattformen des kollegialen Austausches wurde eine Veranstaltungsreihe für Ärztinnen und Ärzte und parallel eine Reihe für medizinisches Fachpersonal aufgebaut, hier werden zunächst praxisrelevante Themen wie Arbeitsschutz, Hygiene, Praxisorganisation, Abrechnungsthemen etc. angeboten. Die Veranstaltungen finden ab 2015 gemeinsam mit der KV-Kreisstelle statt, so dass das Praxisnetz alle Ärzte der Region kommunikativ erreicht.

Die jährliche Vollversammlung des Netzes im Herbst/Winter und das Sommerfest wurden bereits 2014 so umgestaltet, dass Kooperationspartner des Netzes die Gelegenheit haben, sich und ihre Arbeit vorzustellen.

Der allgemeine Austausch, sowie Entscheidungsgespräche zwischen der Geschäftsführung und dem Vorstand des Praxisnetzes, der aus neun ärztlichen und psychotherapeutischen Mitgliedern besteht, werden im Rahmen regelmäßiger Vorstandssitzungen geführt. Daneben ist ein ärztlicher Beirat bestehend aus drei Vorstandsmitgliedern implementiert, der die Funktion des Kontrollgremiums der Praxisnetz Management GmbH ausübt.

Im Folgenden sind die Organigramme des Praxisnetzes Herzogtum Lauenburg e. V. sowie der Praxisnetz Management GmbH in ihren aktuellen Aufstellungen abgebildet:

Organigramm Praxisnetz Herzogtum Lauenburg e. V.

Stand 10/2014

Mitgliederversammlung

59 Mitglieder in 36 Praxen, zwei MVZen + zwei stationäre Einrichtungen

Vorstand

strategisches Management/Kontrollorgan des Vereins

Dr. med. Ralph Wagner	Fachärztlicher Vorstandssprecher	Chirurgie
Dr. med. Torsten Diederich	Hausärztlicher Vorstandssprecher	Allgemeinmedizin
Dr. med. Ulrich Berghof	Kassenwart	Allgemeinmedizin
Dr. med. Jörg Heinze	Schriftführer	Rehabilitationsmedizin
Dr. med. Andreas Schmid	Beisitzer	Chirurgie
Dr. med. Sabine Altmann-Kraft	Beisitzer	Allgemeinmedizin
Prof. Dr. med. Ralf Köster	Beisitzer	Innere Medizin
Dr. med. Susanne Westermann	Beisitzer	Anästhesiologie
Dr. med. Christian Jäger	Beisitzer	Psychiatrie/Psychotherapie

Ärztliche Koordinatoren

als Beirat der Management GmbH

Herr Dr. med. Ulrich Berghof
Herr Dr. med. Torsten Diederich
Herr Dr. med. Ralph Wagner

Organigramm Praxisnetz Herzogtum Lauenburg Management GmbH

Stand 10/2014

Gesellschafterversammlung

Vorstand des Praxisnetz Herzogtum Lauenburg e. V.

Geschäftsführung

operative Managementaufgaben

Herr Markus Knöfler
Tel: 040-64 88 333 0
Fax: 040-64 88 333 9
markus.knoefler@praxisnetz-lauenburg.de

Ärztlicher Beirat

Kontrollgremium

Herr Dr. med. Ulrich Berghof
Herr Dr. med. Torsten Diederich
Herr Dr. med. Ralph Wagner

Nach Gründung der GmbH und kurzer Einarbeitungszeit wurde ab Juli 2013 mit der Ausarbeitung des Antrages zur Anerkennung und Förderung von Praxisnetzen nach § 87b SGB V begonnen.

Im Vorfeld mussten die bestehenden Strukturen im Praxisnetz zusammengeführt und dargestellt werden. Hierzu zählten insbesondere die Themen und Teilnehmer regionaler Qualitätszirkel, Fallkonferenzen und Boards aber auch Informationen zu erfolgten Verordnungsberatungen in den Praxen oder durchgeführten Patientenberatungen bei Polypharmazie.

Die strukturellen Anforderungen nach § 3 KVSH-Richtlinie wurden zu einem großen Teil erfüllt, ohne dass das Netzmanagement Maßnahmen ergreifen musste (zum Beispiel mindestens drei Fachrichtungen, 20 bis maximal 100 Praxen, mindestens vier Jahre bestehend, etc.).

Alle Mitglieder im Praxisnetz Lauenburg

Fachrichtung	Praxen	Fachärzte
Allgemeinmedizin	39	57
Anästhesisten	1	1
Augenärzte	2	2
Chirurgen	2	2
Dermatologen	2	4
Gynäkologen	6	6
HNO-Ärzte	1	2
Internisten (fachärztlich)	5	11
Internisten (hausärztlich)	7	8
Labormediziner	1	2
Neurologen	4	5
Orthopäden	3	3
Pädiater	1	1
Psychologen	1	2
ärztl. Psychotherapeuten	5	5
psych. Psychotherapeuten	4	4
Radiologen	2	3
Rehamediziner	1	1
Urologen	2	2
	89	121

- DRK Krankenhaus Mölln-Ratzeburg
- Johanniter Krankenhaus Geesthacht
- Klinik für Geriatrie Ratzeburg
- Vitanas Klinik für Geriatrie Geesthacht
- Bethesda Krankenhaus Bergedorf
- MVZ Buntenscamp Geesthacht
- LADR MVZ GmbH Geesthacht

Die Richtlinie der KVSH schreibt bei Antragstellung eine Durchdringung mit KV-SafeNet von 50 Prozent aller Praxen vor. Diese Regelung bezieht sich auf die Betriebsstätten und nicht auf die erreichbaren Ärzte, was zu einer Benachteiligung größerer Praxisstrukturen führt. Im zweiten Jahr nach Antragstellung sollen 75 Prozent und im dritten 100 Prozent Anschlussquote erreicht sein.

KV-SafeNet ist die Basis für die Nutzung des verschlüsselten Dienstes SafeMail zum sicheren elektronischen Austausch von Patientendaten, daneben werden eine Reihe von Mehrwertdiensten durch die KVSH angeboten, unter anderem ein Online-Abrechnungsscheck vor Abgabe der Quartalsabrechnung.

Die Satzung des Praxisnetzes wurde durch Mehrheitsentscheidung im Rahmen einer Mitgliederversammlung den Anforderungen angepasst. Das Netz besteht nunmehr aus aktiven Netzpraxen mit vollem Stimmrecht und assoziierten Mitgliedern ohne Stimmrecht. Der Status „aktive Netzpraxis“ ist gekoppelt an eine Mitgliedschaft aller Ärztinnen und Ärzte einer Berufsausübungsgemeinschaft beziehungsweise gegebenenfalls angestellter Ärzte und setzt eben das Vorhandensein eines KV-SafeNet Anschlusses voraus.

Mit den vorgenommenen Satzungsänderungen werden Netzprojekte durch aktive Netzmitglieder schneller und stringenter umgesetzt, ohne dabei den großen Kreis assoziierter Mitglieder auszuschließen. Der Übergang in die aktive Mitgliedschaft ist fließend und gekoppelt an den Nachweis der entsprechenden Voraussetzungen gegenüber der Netzzentrale.

Mit Stand November 2014 sind im Praxisnetz Lauenburg 59 aktive niedergelassen Ärzte/innen und Psychotherapeuten/innen in 36 Praxen aus 16 unterschiedlichen Fachrichtungen vertreten. Von den fünf

Mitgliedskrankenhäusern weisen bisher zwei Akutkrankenhäuser einen KVSafeNet Anschluss vor, die beiden MVZ verfügen ebenfalls über einen Anschluss.

Aktive Mitglieder im Praxisnetz Lauenburg

Fachrichtung	Praxen	Fachärzte
Allgemeinmedizin	14	30
Anästhesisten	1	1
Augenärzte	1	1
Chirurgen	2	2
Dermatologen	1	3
Gynäkologen	2	2
HNO-Ärzte	1	2
Internisten (fachärztlich)	4	5
Internisten (hausärztlich)	1	2
Labormediziner	1	2
Neurologen	2	3
Pädiater	1	1
ärztl. Psychotherapeuten	1	1
psych. Psychotherapeuten	1	1
Rehamediziner	1	1
Urologen	2	2
	36	59

- DRK Krankenhaus Mölln-Ratzeburg
- Johanniter Krankenhaus Geesthacht
- MVZ Buntenscamp Geesthacht
- LADR MVZ GmbH Geesthacht

§ 3 der KVSH-Richtlinie fordert für die vertragsärztliche und psychotherapeutische Versorgung die wohnortnahe Versorgung eines zusammenhängenden Gebietes. Das Praxisnetz Lauenburg versorgt mit dem Kreisgebiet Herzogtum-Lauenburg drei Mittelbereiche (Mölln, Ratzeburg und Metropolregion Südost).

Neben Strukturvorgaben stehen Aspekte der Versorgungsorganisation und Versorgungsqualität im Mittelpunkt der Anerkennungsrichtlinie. § 4 fordert daher die Darlegung konkreter Maßnahmen für die Bereiche:

- Patientenzentrierung,
- Kooperative Berufsausübung,
- Verbesserte Effizienz und Prozessoptimierung.

In professionellen Praxisnetzen steht die Verbesserung der Versorgung, also die bessere Koordination und Überwindung von Schnittstellen im Mittelpunkt der täglichen Arbeit, so auch im Praxisnetz Lauenburg. Viele Bausteine fügen sich daher zu einem Gesamtbild mit klarem Nutzen für die Patienten der Region.

Mittels umfassender Informationen zu Schulungsangeboten, über Gesundheitsthemen, Patientenbroschüren und Informationsveranstaltungen zu definierten Erkrankungen sollen Patienten befähigt werden, informiert und mündig Entscheidungsprozesse aktiv mitzugestalten.

Durch eine initiale „Bestandsaufnahme“ als netzinterne Mitgliederbefragung wurde das medizinische Leistungs- und Schulungsspektrum aller Praxen erhoben, aber auch Fragen zur Erreichbarkeit und Barrierefreiheit beantwortet. Diese Informationen werden allen Patientinnen und Patienten der Region auf der Webseite des Praxisnetzes zur Verfügung gestellt.

Gleichzeitig wurden für das Management wichtige strukturell-organisatorische Aspekte erhoben:

- Netz-MFA als Ansprechpartnerin des Managements in jeder Praxis (Delegation an Mitarbeiterinnen),
- In den Praxen tätige Weiterbildungsassistenten (Nachwuchsmediziner und „Praxisabgeber“ gegebenenfalls zusammenbringen),
- Gerätebestand der Praxen (gemeinsame Nutzung/gemeinsamer Einkauf).

Im Rahmen des neu gegründeten Qualitätszirkels „Polypharmazie“ werden in Zusammenarbeit mit einer Beratungsapothekerin Modelle und Pfade zur Vermeidung unerwünschter Arzneiwirkungen und Kontraindikationen mit regionalem Ansatz entwickelt. Im Rahmen von Fallbesprechungen werden Medika-

tionschecks bei Risikopatienten durchgeführt, die Ergebnisse des Qualitätszirkels sollen in 2015 verstärkt in die Breite der Versorgung überführt werden.

Die jährlich erscheinende Patientenbroschüre in einer Auflage von 10.000 Exemplaren rundet das Informationsangebot ab.

Das vorgeschriebene interne Fehlermanagement ist durch entsprechende Lenkung und Darlegung im zertifizierten Qualitätsmanagement ausreichend geregelt. Als Anlaufstelle für Patientenbeschwerden ist das Praxisnetz dem Verein „Ombudsmann/-frau Schleswig Holstein e. V.“ beigetreten und kommuniziert dessen Kontaktdaten offensiv.

Die Kriterien **Therapiekoordination/Kontinuität der Versorgung** werden durch netzinterne Behandlungspfade zu folgenden Indikationen organisiert:

- Diabetes mellitus Typ I + II,
- Schmerz,
- Asthma,
- COPD,
- Rheuma.

Im Bereich der COPD arbeiten wir an einer Evaluation des Pfades gemeinsam mit der Universität Kiel, da im ambulanten Setting bisher keine belastbare Studienlage vorliegt.

Um den Patienten angemessene Wartezeiten auf Facharzttermine gewährleisten zu können, werden unterschiedliche Maßnahmen ergriffen. Eine Analyse der durchschnittlichen Wartezeiten im Kreisgebiet im Rahmen einer Patientenbefragung hat gezeigt, dass bei einigen wenigen Fachrichtungen Handlungsbedarf besteht. Abgefragt wurden die durchschnittliche Vorlaufzeit auf einen Facharzttermin ohne Dringlichkeit sowie die Wartezeit bei vergebenem Termin in der Praxis. Durch Testanrufe mit unterschiedlichen Diagnosen und Symptomen findet eine jährliche Überprüfung der Terminalsituation im Netzgebiet statt.

Bei der Diagnostik und Therapie rheumatischer Erkrankungen entstand als Ergebnis zu den erhobenen Termini- und Daten das Projekt „Rheuma im Herzogtum

Lauenburg“. Durch die Schulung der Hausärzte, den Einbezug rheumatologisch qualifizierter Orthopäden und die Umsetzung eines indikationsbezogenen Behandlungspfades wird das Zeitfenster bis zum Therapiebeginn auf wenige Wochen verkürzt (bisher bis zu acht Monate!).

Für die schnelle Vergabe von Facharztterminen hat jede Netzpraxis Zugriff auf Arzt-zu-Arzt Telefonnummern, einige Praxen ermöglichen auch eine Online-Terminvergabe.

Die Förderung der kooperativen Berufsausübung als Versorgungsziel umfasst alle Maßnahmen zur Verbesserung der Zusammenarbeit und des Austauschs zwischen den Praxen des Kreisgebietes. Durch die Adressierung haftungs- und damit praxisrelevanter Fortbildungsthemen erzielen wir eine breite Akzeptanz bei den Mitgliedspraxen.

In 2014 wurden Fortbildungen für Netzärzte und Praxisteams zu folgenden Themen organisiert:

- intensive Hygieneschulung = jährliche Unterweisung für Ärzte und Fachpersonal,
- Arbeitsschutz in der Praxis = jährliche Unterweisung der Mitarbeiter,
- aktuelle Entwicklungen im Patientenrechtegesetz,
- EBM, Honorarbescheid und Honorarverteilung,
- Praxisorganisation, Termin- und Zeitmanagement,
- Notfallmanagement in der Praxis.

Die durchschnittliche Teilnehmerzahl lag bei etwa 50 Teilnehmer/innen, die Evaluation der Veranstaltungen fällt durchweg positiv aus. Parallel werden Fortbildungen nur für Medizinische Fachangestellte (MFA) beziehungsweise das Praxispersonal angeboten. Im Rahmen einer Umfrage haben die MFA die vorgeschlagenen Themen priorisiert, so dass der Fortbildungskalender für das nichtärztliche Personal für die kommenden zwei Jahre fest steht. Teils werden Veranstaltungen im Nord- und Südkreis doppelt angeboten.

Für die Veranstaltungen mit primär ärztlicher Zielgruppe werden regelmäßig Fortbildungspunkte durch die Ärztekammer gewährt. Die Fortbildungen sind für Mitgliedspraxen kostenfrei.

Alle aktiven Netzpraxen und einige Kliniken verfügen über einen KV-SafeNet-Anschluss, erste Projekte zum elektronischen Austausch von Patienteninformationen, insbesondere mit einer Klinik, stimmen positiv. Das Netz hat einen externen Datenschutzbeauftragten bestellt, ein Datenschutzhandbuch befindet sich im Aufbau.

Neben den bei der KVSH angemeldeten Qualitätszirkeln werden Fallbesprechungen in den Kliniken angeboten und über das Netz beworben.

Effizienzverbesserungen erreichen wir auf der Basis des nach DIN ISO 9001:2008 zertifizierten und in 2014 auf der Basis der DIN ISO 9001:2013 re-zertifizierten QM-Systems des Praxisnetzes. Die im System beschriebenen Prozesse, Verfahrensanweisungen und Vorlagen unterstützen die effiziente Netzarbeit und sind die Basis für Transparenz und Nachhaltigkeit.

Von den aktiven Netzpraxen haben 25 ein Qualitätsmanagementsystem erfolgreich eingeführt, acht Praxen haben das System zertifizieren lassen. Als QM-verantwortlicher Arzt des Netzes wurde ein Mitglied des ärztlichen Beirats berufen. Die Position des nichtärztlichen QM-verantwortlichen Mitarbeiters wurde durch die Projektleitung übernommen.

Als Nachweis der Anerkennungs- und Förderungswürdigkeit nach § 87b SGB V muss ein jährlicher Versorgungsbericht erstellt, der KVSH übermittelt und veröffentlicht werden. Der Netzbericht umfasst zum einen die Darlegung aller auf die Anerkennungskriterien bezogenen Daten, zum anderen einen Finanzbericht, in dem die Ausgaben der Fördergelder aufgeführt sind.

Die Beschleunigung von Therapie- und Diagnoseprozessen setzt verbindliche, interne Regelungen voraus. Die Festlegung erfolgt in interdisziplinärer beziehungsweise interprofessioneller Zusammenarbeit und meist im Rahmen von Qualitätszirkeln und Arbeitsgruppen.

Die Strukturvorgaben, Versorgungsziele und Maßnahmen zur Verbesserung der kooperativen Berufsausübung bilden ein Rahmengerüst, innerhalb dessen Netzarbeit strukturiert und koordiniert entwickelt werden kann. Der einzusetzende Arbeitsaufwand, selbst innerhalb von Netzen mit höherem Reifegrad, ist durch ehrenamtliche Arbeit neben der Praxistätigkeit kaum zu leisten. Alle bisher in Schleswig-Holstein anerkannten und geförderten Netze werden durch ein professionelles Management geleitet.

Das Netzmanagement wurde zunächst durch Rücklagen aus einem zwischenzeitlich gekündigten Strukturvertrag der AOK NordWest vorfinanziert. Nach erfolgreicher Antragstellung und Förderung ist die weitere Managementunterstützung und damit der Ausbau des Netzes gesichert. Der wirtschaftliche Eigenbetrieb, die Praxisnetz Herzogtum Lauenburg Management GmbH, verfolgt das Ziel, das Netzmanagement mittelfristig durch wirtschaftliche Aktivitäten zu refinanzieren und damit die Abhängigkeit von Fördermitteln zu verringern.

Geplante Versorgungsverträge mit Krankenkassen konnten, trotz teilweise intensiver Gespräche, bisher nicht abgeschlossen werden. Die Gründe hierfür sind vielfältig, die ungünstige Versichertenverteilung im Netzgebiet ohne einen Kostenträger mit nennenswertem Marktanteil ist ein Grund, unattraktive Angebote von Seiten der Kostenträger ein anderer.

In 2015 wird der Fokus der Netzarbeit im weiteren Aufbau der Management-GmbH und der wirtschaftlichen Aktivitäten des Netzes liegen, insbesondere die Entwicklung von Dienstleistungsangeboten zur Unterstützung der Praxisführung wie:

- Laufende Buchhaltung und Lohnbuchhaltung
- EDV-Dienstleistungen
- Gebäudemanagement und Hausmeisterdienste
- Wirtschaftliche Beratung und Finanzierung aus einem Cashpool

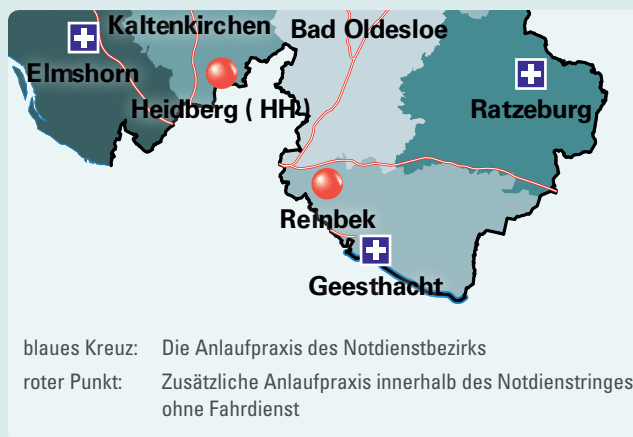
Eine Arbeitsgruppe des Praxisnetzes hat ein niedrigschwelliges Workshop-Konzept zum Betrieblichen Gesundheitsmanagement erarbeitet und mit Aufbau-modulen angereichert. Das Konzept wird als 2x dreistündiger Intensiv-Workshop durch Ärzte/innen und Psycho-therapeutinnen und -therapeuten des Netzes in Kleingruppen von maximal 15 Mitarbeitenden für Unternehmen der Region umgesetzt.

Das Konzept beinhaltet eine Bedarfsanalyse des individuellen psychischen und physischen Risikoprofils in Verbindung mit dem jeweiligen Arbeitsplatz. Es werden Methoden und Maßnahmen zur individuellen Gesundheitsförderung vermittelt. Module, Kurse und Material zur nachhaltigen Gesundheitsförderung runden das Angebot ab.

Neben einem angemessenen Honorar für die Kursleiterinnen und Kursleiter verbleibt ein Umsatzanteil bei der Management GmbH als Vertragspartner der durchführenden Unternehmen. Für die Leistungen der Kursleiterinnen und Kursleiter sowie für die Abwicklung, Organisation und den Arbeitsaufwand durch die GmbH wird den Unternehmen ein Pauschalpreis pro Workshop in Rechnung gestellt. Das Konzept entspricht Voraussetzungen des § 20a SGB V und des „Leitfadens Prävention“ des GKV Spitzenverbandes und ist somit eine geförderte Präventions- und Gesundheitsmaßnahme. Zur weiteren Unterstützung sind wir im Gespräch mit nahezu allen relevanten Kostenträgern.

Für das Netzmanagement haben sich im Laufe des Jahres neben den beschriebenen Projekten weitere Aufgabenfelder entwickelt. Im November 2014 wurde die Position des Notdienstbeauftragten im südlichen Lauenburg durch die Geschäftsführung des Netzes übernommen. Gemeinsam mit der Projektleitung und einem ärztlichen Notdienststellvertreter wird der Notdienstplan für den Südkreis des Herzogtums erstellt und koordiniert. Damit übernimmt das Praxisnetz eine weitere wichtige Funktion in der regionalen Versorgung und erhält direkten Kontakt auch zu Ärzten, die nicht Mitglied des Praxisnetzes sind.

Das Praxisnetz zeichnet für die Besetzung der Anlaufpraxis in Geesthacht und für den Fahrdienst verantwortlich.



Quelle: http://www.praxis-oberdorf.de/pdf/1550_notdienstbezirke_20061205_oe.pdf

Zudem wird in Zusammenarbeit mit den neuen Lehrstuhlinhabern der Allgemeinmedizin in Kiel und Lübeck ein Verbundweiterbildungskonzept in Anlehnung an den Leitfaden der Deutschen Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin (DEGAM) entwickelt. Weitere Beteiligte in der Pilotphase sind das DRK-Krankenhaus in Ratzeburg sowie einige hausärztliche Praxen des Netzes. Ziel ist es, den Studierenden der Medizin ein unterstützendes, strukturiertes und gesamtheitliches Weiterbildungskonzept in der Region anbieten zu können. Durch die tariflichen Gehälter – auch während der ambulanten Weiterbildungsabschnitte – wird den Weiterbildungsassistenten eine gerechte Entlohnung gesichert. Im besten Falle können durch das Angebot eines strukturierten Weiterbildungsprogramms, sowie durch die bereits vorhandene regionale Vernetzung, einige junge Ärztinnen und Ärzte für die Niederlassung im Kreisgebiet gewonnen werden.

Schon während des Medizinstudiums werden die Studenten/innen mit dem Fach der Allgemeinmedizin in Berührung gebracht. Die Universität Kiel hat hierfür ein erweitertes Blockpraktikum geschaffen. Die Studierenden haben somit die Chance im 5. und 10. Semester die hausärztliche Praxis und die Arbeit am Patienten kennenzulernen. Im Praxisnetz finden sich viele Hausarztpraxen, die bereits als Akademische Lehrpraxis anerkannt wurden und mit den Unikliniken kooperieren. Eine erhöhte Beteiligung der nieder-

gelassenen Ärzte/innen des Netzes wird durch Informationsveranstaltungen gefördert.

Auf Wunsch werden Netzmitglieder bei der Suche nach der Praxisnachfolge vom Netzmanagement unterstützt. Diese Unterstützung kann in Form einer gezielten Suche und Ansprache möglicher Interessentinnen und Interessenten intern im Netz sowie über öffentliche Kanäle erfolgen. Innerhalb des letzten Jahres konnten zwei Hausarztpraxen durch die Übernahme einer Netzkollegin/eines Netzkollegen neu besetzt werden. Eine neue hausärztliche Kollegin wurde rekrutiert und zwei medizinische Fachangestellte bei der Suche nach einer neuen Praxistätigkeit unterstützt. Durch die Nähe zur Region und die allgemeinen Kenntnisse zur Versorgungssituation können (drohende) Versorgungslücken frühzeitig erkannt werden. Das Netzmanagement ist in der Regel täglich telefonisch für alle Fragen oder Anliegen über die Rufnummer der Geschäftsstelle zu erreichen.

Die Aufgabenbereiche eines professionellen Netzmanagements reichen von einfachen Verwaltungsaufgaben bis hin zu eingeleiteten Maßnahmen zur Sicherstellung der regionalen Versorgung. Besonders wichtig für ein strukturiertes und auf die Optimierung der Versorgung spezialisiertes Management ist die Zusammenarbeit mit den ärztlichen Leistungserbringern. Ohne die Unterstützung und fachliche Beratung durch den ärztlichen Beirat und Vorstand können viele Maßnahmen und Entscheidungen nicht mit der ausreichenden medizinischen Kompetenz getroffen werden. Ein professionelles Netzmanagement muss neben den notwendigen Kompetenzen einer Geschäftsführerposition (Struktur, Organisation, Kommunikation) zwingend die örtliche Nähe zur Versorgungsregion und Kenntnisse über die Versorgungsstrukturen des Netzgebietes vorweisen.

In der folgenden Grafik werden die unterschiedlichen Arbeits- und Verantwortungsfelder des Netzmanagements im Praxisnetz Herzogtum Lauenburg abschließend zusammenfassend dargestellt:



Kontakt:

Markus Knöfler (Geschäftsführung)
Christina Möllmann (Projektleitung)
Dechower Weg 4
23909 Ratzeburg
Tel.: 04541- 879 09 11
Fax: 04541- 879 09 13

markus.knoefler@praxisnetz-lauenburg.de
christina.moellmann@praxisnetz-lauenburg.de

ANHANG

A network diagram on a teal background. It features several colorful pushpins (yellow, red, blue, green) connected by thin rubber bands of various colors (red, yellow, blue, green). The connections form a complex web of triangles and other geometric shapes, symbolizing a network or interconnected system.

Checklisten:

Rahmenvorgaben für die Anerkennung von Praxisnetzen der KBV – Versorgungsziele und Kriterien
Gegenüberstellung der KV-Kriterien Umsetzung § 87b
Richtlinien und Förderpraxis in den einzelnen KVen
Adressen – Ansprechpartner für Netze
QuE-Dokumentation – Meldung von kritischen Ereignissen und Fehlern

Rahmenvorgaben für die Anerkennung von Praxisnetzen der KBV – Basis-Stufe

Kriterien	Versorgungsziel	Darlegung	Versorgungsbericht	Netzmanagement	Ärzte/Praxen
Patientenzentrierung					
Patientensicherheit	Angebot Medikamentencheck für Netzpatienten (Polymedikation)	Nachweis über abgestimmtes, verbindliches Vorgehen bei definierten Patientengruppen	Anzahl Patienten mit Medikationscheck	Patientengruppen und Maßnahmen definieren, Protokoll der Beschlussfassung, Anzahl der Medikationschecks der einzelnen Praxen sammeln und zusammenfassen	Patienten gem. abgestimmtem Vorgehen auswählen, Medikamentencheck durchführen, Anzahl der Medikamentenchecks ans Netzmanagement melden
Patientensicherheit	internes Fehlermanagement	Nachweis eines Fehlermanagements		Berichtswesen aufbauen und Checklisten erstellen, erfassen	Behandlungsfehler berichten, ggf. nach Checkliste, an Netzmanagement schicken
Terminkoordination/Kontinuität der Versorgung	Terminvereinbarungsregeln im Netz	Nachweis von Terminvereinbarungsregeln, netzindividuell vorgegebene Wartezeit soll nicht überschritten werden, Terminvergabe nach Dringlichkeit und Zeitbedarf	Ø-Wartezeiten bei Haus- und Fachärzten, Soll-/Ist-Darstellung	Regeln für Terminvereinbarung erstellen, Zielzeiten festlegen, Protokoll der Beschlussfassung, regelmäßige Analysen der Wartezeit auf einen Termin, ggf. Fragebogen erstellen, Patienten-/Praxisbefragungen durchführen, Fragebögen analysieren, Soll-/Ist-Abgleich, Veränderungsprozess ggf. anstoßen bzw. entwickeln	Wartezeiten erfassen, Liste der Wartezeiten nach Facharztgruppen an Netzmanagement schicken, ggf. Patientenbefragung durchführen, Fragebögen an Netzmanagement schicken
Kooperative Berufsausübung					
Gemeinsame Fallbesprechungen	Protokolle regelmäßiger Fallbesprechungen	Protokolle regelmäßiger Fallbesprechungen	Gesamtzahl Fallbesprechungen im Netz	Fallbesprechungen vereinbaren, Sammeln der Fallbesprechungs-Protokolle (KV muss nach ICD melden) und zusammenfassen	Teilnahme an Fallbesprechungen und Protokoll erstellen
Netzzentrierte Qualitätszirkel	Protokolle von Qualitätszirkeln, die den KV-Standards entsprechen	Protokolle nach KV-Standards	Anzahl der Qualitätszirkel pro Indikation	Qualitätszirkel durchführen, Qualitätszirkel-Protokolle sammeln (KV muss nach ICD melden) und zusammenfassen	Teilnahme an Qualitätszirkeln und Protokolle erstellen
sichere elektronische Kommunikation	verbindliche Absprachen zur Kommunikation, sicheres Netz	Nachweis über Absprache zur Kommunikation, besonders den Transfer von Patientendaten, geschützter Bereich im Internet nur für Netzmitglieder (Intranet), Online-Abrechnung alle Netzmitglieder, Benennung eines Datenschutz- und IT-Sicherheitsbeauftragten		Absprache zur netzinternen Kommunikation treffen, Protokoll der Beschlussfassung, geschützten Bereich (Intranet) einrichten, geforderte Informationen ablegen und pflegen. Darauf hinwirken, dass alle Mitglieder Online-Abrechnung durchführen, in Beitrittserklärung aufnehmen, Datenschutzbeauftragten und IT-Sicherheitsbeauftragten benennen, dokumentieren	Einhalten der Kommunikationsregeln, Online-Abrechnung mit der KV einrichten und nutzen

Rahmenvorgaben für die Anerkennung von Praxisnetzen der KBV – Basis-Stufe

Kriterien	Versorgungsziel	Darlegung	Versorgungsbericht	Netzmanagement	Ärzte/Praxen
Wissens- und Informationsmanagement	netzadaptierte Behandlungspfade, Fortbildungsinitiativen des Netzes	Nachweis über Angebot der Fortbildung zu: – praxisbezogenen Fortbildungen (Kat. C) und – zertifizierten Qualitätszirkeln, übers Intranet Zugänglichkeit zu Behandlungspfaden, Zugriffsmöglichkeit auf Leitlinien und andere Informationsquellen	Anzahl der Fallkonferenzen pro Indikation	netzadaptierte Behandlungspfade erstellen, im Intranet zur Verfügung stellen, Fortbildungsangebote auflisten, praxisbezogene Fortbildung (Qualitätszirkel, Fallkonferenzen...) anbieten, Sammeln der Fallkonferenzen/-Fortbildungs-Protokolle (KV muss nach ICD melden) und zusammenfassen, Sammlung und Bereitstellung von Leitlinien und anderen Informationsquellen (z.B. Linksammlung) im Intranet	Teilnahme an Veranstaltungen, Nutzung des Intranetangebotes

Verbesserte Effizienz/Prozessoptimierung

Darlegungsfähigkeit auf Praxis- und Netzebene	jährlicher Versorgungsbericht	Darlegung der Anerkennungskriterien		alle Informationen zu Strukturdaten, Darlegungspflichten und die Punkte für den Versorgungsbericht sammeln, in einem Bericht zusammenfassen und in elektronischer Form an die KV schicken	fristgerechtes Einsenden der zum Versorgungsbericht benötigten Daten
			Anzahl eingeschriebener DMP-Patienten (§ 137f SGB V)	Daten der Praxen sammeln und zusammenfassen (von der KV sollen den Netzen spezifische Strukturdaten zur Verfügung gestellt werden, DMP-Zahlen sind darin enthalten)	Anzahl DMP-Patienten erheben und dem Netzmanagement melden
Beschleunigung von Therapie- und Diagnoseprozessen	geordnete Behandlungsprozesse	Nachweis über verbindliche Regeln zu interdisziplinärer/interprofessioneller Zusammenarbeit Arzneimittel-Verordnungsgrundsätze und Therapiesicherheit		geordnete Behandlungsprozesse vereinbaren, insb. interdisziplinär, Arzneimittelgrundsätze und Grundsätze der Therapiesicherheit verabreden, Protokoll der Beschlussfassung	Absprachen einhalten

eigene Darstellung mit Aufgaben vom Netzmanagement und Ärzten/Praxen

Im Versorgungsbericht Nachweis über:

- **Strukturdaten,**
- **Darlegungspunkte,**
- **Daten des Versorgungsberichtes, pro Praxis (Information vorhalten) und als Summe des Netzes:**
 - Aktualisierungen, Stichpunkterhebung, Zeitpunkt des Versorgungsberichtes, Abfragepunkte des Netzes bei den Ärzten,
 - spezifische Strukturdaten von der KV für das Netz, ergänzend zum Versorgungsbericht.

Gegenüberstellung der KV-Kriterien Umsetzung § 87b SGB V, Basis-Stufe

Rahmenvorgaben	Baden-Württemberg	Bayern	Berlin	Hamburg	Sachsen	Sachsen-Anhalt	Schleswig-Holstein	Thüringen	Westfalen-Lippe
Strukturvorgaben									
Anzahl Praxen 20-100	✓	×	✓	×	✓	✓	✓	✓	✓
Versorgungsgebiet	✓	×	✓	✓	×	✓	×	✓	✓
Fachgruppen	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
zusammenhängendes Gebiet	✓	×	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Gesellschaftsform	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
3 Jahre Bestand	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Kooperation nicht ärztlicher LE/KH	✓	×	✓	✓	✓	✓	×	✓	✓
Vereinbarung von Standards	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Managementstrukturen	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Anzeige Ärztekammer	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
zusätzliche Anforderungen		×	×		×	×	×		×
Versorgungsziele und Kriterien: Patientenzentrierung (Basis-Stufe)									
Patientensicherheit – Medikationscheck	✓	×	✓	✓	✓	✓	×	✓	×
Patientensicherheit – Fehlermanagement	✓	×	×	×	×	✓	✓	✓	✓
Therapiekoordination – Termine und Wartezeiten	✓	×	✓	✓	×	✓	✓	✓	×
informierte Entscheidungsfindung	✓	✓	×	✓	×	✓	×	✓	✓
Barrierefreiheit im Netz	✓	✓	×	✓	×	✓	✓	✓	✓
Kooperative Berufsausübung (Basis-Stufe)									
gemeinsame Fallbesprechungen	✓	×	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
netzinterne Qualitätszirkel	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
sichere Kommunikation	✓	✓	✓	×	×	✓	×	✓	×
Dokumentationsstandards	✓	✓	×	✓	×	✓	✓	✓	✓
Wissens- und Informationsstandards, Behandlungspfade	✓	×	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Kooperation mit anderen LE	✓	✓	×	✓	×	✓	✓	✓	✓
Verbesserte Effizienz/Prozessoptimierung (Basis-Stufe)									
jährlicher Netzbericht	✓	×	×	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Nutzung Patientenperspektive	✓	✓	×	✓	×	✓	✓	✓	✓
Therapie- und Diagnoseprozesse (Behandlungspfade)	✓	✓	✓	✓	×	✓	×	✓	×
Wirtschaftlichkeitsverbesserung	✓	✓	×	✓	×	✓	✓	✓	✓
Nutzung von Qualitätsmanagement	✓	✓	×	✓	×	✓	×	✓	✓
Sonstiges									
Förderung durch die KV	keine	keine	noch offen	keine Aussage dazu	separate Förderrichtlinie	max. 1.000 Euro	100.000 Euro/Jahr pro Netz	keine	keine
Gebühren in Euro		950,00							
zusätzliche Anforderungen		×		×		×			

Folgende Länder haben keine eigenen Richtlinien und sind daher nicht in die Tabelle aufgenommen: Brandenburg, Bremen, Mecklenburg-Vorpommern, Nordrhein, Rheinland-Pfalz, Saarland.

Hessen und Niedersachsen haben individuelle Regelungen zur Netzförderung, sie sind nicht in die Übersicht aufgenommen worden.

In der Tabelle bedeutet ein

„✓“: Dieser Punkt in den KV-Richtlinien entspricht genau dem der KBV-Rahmenvorgabe.

„×“: Dieser Punkt in den KV-Richtlinien weicht von der KBV-Rahmenvorgabe ab.

Stand: 12/2014

Richtlinien und Förderpraxis in den einzelnen KVen

Laut Gesetz sind die KVen angehalten, die Vorgaben der KBV „zu beachten“ (§ 87b Absatz 4 Satz 3). Das heißt, die KBV-Rahmenvorgabe muss grundsätzlich beachtet werden, es kann jedoch davon in begründeten Fällen, insbesondere bei regionalen Besonderheiten, davon abgewichen werden. Bislang traten bei der Anerkennung in einzelnen KV-Bereichen keinerlei Friktionen zwischen antragsstellenden Netzen und KVen auf. Inwieweit KVen ihre Richtlinien erstellen oder verändern werden, bleibt abzuwarten und wird im Streitfall schlimmstenfalls juristisch zu klären sein.

Baden-Württemberg

RICHTLINIE & FÖRDERUNG

Die KV Baden-Württemberg hat die KBV-Rahmenvorgabe als Förderrichtlinie erlassen. Damit ist jedoch keine Förderung von Praxisnetzen verbunden. Derzeit ist ein Netz von der KV Baden-Württemberg anerkannt.

ANERKANNTES NETZ:

Medizinisches Qualitätsnetz Ärzteinitiative Kinzigtal e. V.
Hauptstraße 85
78132 Hornberg
Telefon: 07833/965980
E-Mail: info@mqnk.de

Bayern

RICHTLINIE & FÖRDERUNG

Die KV Bayerns hat am 14. Juni 2014 eine umfangreiche Richtlinie zur Anerkennung von Praxisnetzen verabschiedet. Diese Richtlinie regelt zunächst nur die Anerkennung der „Basis-Stufe“ und orientiert sich streng an den KBV-Rahmenvorgaben und ergänzt diese durch zahlreiche Detailanforderungen. Diese werden durch eine umfassende Nachweispflicht ergänzt, so dass das Zertifizierungsverfahren wohl als das aufwändigste und umfangreichste in Deutschland gilt. Zudem setzt die KV Bayerns voraus, dass bis zum 31.12.2015 alle Praxen eines anerkannten Netzes vollständig an KV-SafeNet angeschlossen sind. Die KV Bayerns erhebt eine Antragsbearbeitungsgebühr von 950 Euro, die unabhängig vom Ausgang

des Verfahrens zahlbar ist. Eine Übersicht zu den einzureichenden Unterlagen gibt die fünfseitige Anerkennungsvoraussetzung im Internet.

Eine Förderung von Praxisnetzen ist in der KV Bayerns nicht vorgesehen.

ANERKANNTES NETZ:

Gesundheitsnetz Qualität und Effizienz (QuE) eG
Nürnberg
Vogelsgarten 1
90402 Nürnberg
Telefon: (09 11) 95 66 32 80
Telefax: (09 11) 95 66 32 79
E-Mail: joerg.lindenthal@que-nuernberg.de

Berlin

RICHTLINIE & FÖRDERUNG

Die Vertreterversammlung der KV Berlin hat am 15. Mai 2014 eine Richtlinie zur Förderung von Praxisnetzen verabschiedet. Diese orientiert sich eng an den KBV-Rahmenvorgaben. Gut einen Monat nach Verabschiedung der Richtlinie hat die KV Berlin das Praxisnetz „PIBB – Psychiatrie-Initiative Berlin-Brandenburg“ als erstes und bislang einziges Praxisnetz in Berlin anerkannt. Eine Förderung ist damit nicht verbunden. Richtlinien oder Vorgaben für eine Netzförderung hat die KV Berlin nicht erlassen.

Die Richtlinie der KV Berlin zur Förderung von Praxisnetzen, verabschiedet von der Vertreterversammlung am 15. Mai 2014, ist ebenso im Internet abrufbar wie das Antragsformular für Praxisnetze.

ANERKANNTES NETZ:

PIBB – Psychiatrie-Initiative Berlin-Brandenburg
Dem Praxisnetz „PIBB – Psychiatrie-Initiative Berlin-Brandenburg“ gehören derzeit 50 Praxen aus den verschiedenen Arztgruppen sowohl aus dem fach- als auch aus dem hausärztlichen Bereich an. Es wurde im

Jahr 2003 von 37 Gründungsmitgliedern ins Leben gerufen, hat eine eigene Satzung, ein eingeführtes Qualitätsmanagementsystem. Die „PIBB“ hat Kooperationsverträge mit mehreren Kliniken abgeschlossen.

PIBB – Psychiatrie Initiative Berlin Brandenburg GmbH & Co.KG
Tegeler Weg 4
10589 Berlin
Telefon: (03 0) 221 931 08
Telefax: (03 0) 221 931 09
E-Mail: dr.moenter@psychiatrie-in-berlin.de
Internet: www.pi-bb.de

Brandenburg

RICHTLINIE & FÖRDERUNG

Die KV Brandenburg hat keine Richtlinie erlassen, demzufolge auch keine Anerkennung und Förderung von Praxisnetzen. Die KV plant allerdings, eine Arbeitsgruppe der KV-Tochter KVRegioMed und den Brandenburger Netzen mit der Erarbeitung einer

Richtlinie zu beauftragen. Unabhängig hiervon haben in Brandenburg bereits zwei Netze einen Antrag auf Anerkennung gestellt.

ANERKANNTES ODER GEFÖRDERTE NETZE:

keine

Bremen

RICHTLINIE & FÖRDERUNG

Im Bereich der KV Bremen existieren derzeit lediglich zwei bekannte Netze. Diese befinden sich nach Angaben der KV in einem frühen Entwicklungsstadium, so

dass mangels Nachfrage derzeit keine Anerkennung und Förderung vorgesehen sei.

ANERKANNTES ODER GEFÖRDERTE NETZE:

keine

Hamburg

RICHTLINIE & FÖRDERUNG

Die Vertreterversammlung der Kassenärztlichen Vereinigung Hamburg hat in ihrer Sitzung am 27.03.2014 eine Richtlinie für die Anerkennung von Praxisnetzen beschlossen. Diese orientiert sich eng an den KBV-

Rahmenvorgaben. Über eine Förderung von Praxisnetzen hat die KV Hamburg noch nicht entschieden.

ANERKANNTES ODER GEFÖRDERTE NETZE:

keine

Hessen

RICHTLINIE & FÖRDERUNG

Die KV Hessen fördert derzeit keine Netze. Aber das Hessische Sozialministerium hat am 15.03.2013 eine Förderrichtlinie zur Förderung von regionalen Gesundheitsnetzen verabschiedet. Es steht eine Förderung von insgesamt einer Million Euro zur Verfügung, die in derzeit neun Landkreisen sektorenübergreifende Projekte mit maximal 150.000 Euro auf 2 Jahre unterstützt. Im Dezember 2013 erhielt das Ärztenetz Spessart einen Förderbescheid über 100.000 Euro als Projektmanager zur Weiterentwicklung der Versorgung im Main-Kinzig-Kreis. Eine weitere Förderbewilligung ging an das Gesundheitsnetz Werra-Meißner.

GEFÖRDERTE NETZE:

Durch die Förderung des Hessischen Sozialministeriums werden derzeit mittelbar zwei Netze gefördert:

Ärztenetz Werra-Meißner e. V.
Obermarkt 19-21
37269 Eschwege
Telefon: 05651-70023

Ärztenetz Spessart eG
Würzburger Straße 7
63619 Bad Orb
E-Mail: froehlich@aerztenetz-spessart.de
Internet: www.aerztenetz-spessart.de

Mecklenburg-Vorpommern

RICHTLINIE & FÖRDERUNG

Die KV Mecklenburg-Vorpommern hat derzeit keine Richtlinie erlassen. Eine Nachfrage zu Anerkennung und Förderung von Praxisnetzen blieb unbeantwortet.

ANERKANNTE ODER GEFÖRDERTE NETZE:

keine

Niedersachsen

RICHTLINIE & FÖRDERUNG

Die Vertreterversammlung der KV Niedersachsen hat im Februar 2013 eine eigene Förderrichtlinie zur Förderung von Praxisnetzen beschlossen. Die Förderung fließt ohne eine vorherige Anerkennung, orientiert sich in ihren Kriterien aber an der KBV-Rahmenvorgabe. Ziel ist es auch Netze zu unterstützen, die sich auf den Weg zum anerkannten Netz gemacht haben oder mit dem Gedanken spielen, ein Netz aufzubauen. Dazu stellt die KV insgesamt eine Million Euro aus dem Sicherstellungsfonds zur Verfügung. Pro Netz ist die Förderung auf 50.000 Euro begrenzt. Die Förderung wird entweder durch ein verzinsliches Darlehen oder einen verlorenen Zuschuss gewährt.

GEFÖRDERTE NETZE:

Seit Oktober 2014 werden in Niedersachsen zwei Netze mit insgesamt 88.000 Euro gefördert:

Gesundheitsnetz Leinetal e. V.

Das Gesundheitsnetz Leinetal ist ein Zusammenschluss von 53 Praxen verschiedener Fachrichtungen in Garbsen, Neustadt und Wunstorf. Ziel des Netzes ist die interdisziplinäre und kooperative medizinische Versorgung und Betreuung der Patienten in der Region. Im Vordergrund stehen dabei die Verbesserung der Medikamentenversorgung der Patienten und die Förderung der Prävention.

Gesundheitsnetz Leinetal, GeLe e. V.

An der Liebfrauenkirche 1

31535 Neustadt

Telefon: 05032-61311

Telefax: 05032-2479

E-Mail: info@gesundheitsnetzleinetal.de

Internet: www.gesundheitsnetzleinetal.de

pleXxon GbR

pleXxon ist eine Vereinigung 76 niedergelassener Ärzte im Ammerland und dem angrenzenden Ostfriesland, die durch ihren Zusammenschluss einen zentralen Ansprechpartner für alle Belange des ambulanten Gesundheitswesens in der Region darstellt. Das Netz hat die spezialisierte ambulante Palliativversorgung etabliert und baut die Standards zur optimalen, leitlinienbasierten und standardisierten Versorgung der Patienten aus. Dabei werden moderne, EDV-vernetzte Kommunikationswege genutzt. Des Weiteren wird eine spezialisierte ambulante geriatrische Versorgung durch die Hinzuziehung von speziell in geriatrischen Fragen ausgebildeten Ärzten ausgebaut.

pleXxon GbR

Ofener Str. 7

26121 Oldenburg

Telefon: 0441-21970610

Telefax: 0441-21970615

E-Mail: info@plexxon.de

Internet: www.plexxon.de

Nordrhein

RICHTLINIE & FÖRDERUNG

Die KV Nordrhein hat keine Richtlinie erlassen, demzufolge auch keine Anerkennung und Förderung von Praxisnetzen. Nach Angaben der KV befindet sich eine Richtlinie im Abstimmungsprozess. Die Richtlinie soll im Verlauf des Jahres 2015 in Kraft treten.

ANERKANNTE ODER GEFÖRDERTE NETZE:

keine

Rheinland-Pfalz

RICHTLINIE & FÖRDERUNG

Die KV Rheinland-Pfalz hat keine Richtlinie erlassen, demzufolge auch keine Anerkennung und Förderung von Praxisnetzen. Nach Angaben der KV befindet sich eine Richtlinie im Abstimmungsprozess, wurde aber

bislang noch nicht in der Vertreterversammlung behandelt.

ANERKANNTE ODER GEFÖRDERTE NETZE:

keine

Saarland

RICHTLINIE & FÖRDERUNG

Die KV Saarland hat keine Richtlinie erlassen, demzufolge auch keine Anerkennung und Förderung von Praxisnetzen. Die KV verweist auf eine enge Zusammenarbeit mit den Netzen und bestehende Verträge zwischen der KV, Netzen und Krankenkassen sowie

auf Abrechnungsdienstleistungen der KV für Netzverträge. Für die KV hat diese Vorgehensweise Vorrang vor der Umsetzung von Richtlinien.

ANERKANNTE ODER GEFÖRDERTE NETZE:

keine

Sachsen

RICHTLINIE & FÖRDERUNG

Zu Beginn des Jahres 2014 hat die KV Sachsen eine Richtlinie zur Anerkennung von Praxisnetzen erlassen. Die Basis für die Förderwürdigkeit eines Praxisnetzes bilden die Anerkennung beziehungsweise vorläufige Anerkennung sowie bestehende KV-SafeNet-Anschlüsse in allen Netzpraxen.

Die KV Sachsen stellt für die vorgesehene Gründungs- und Entwicklungsförderung und für die Projektförderung einen Gesamtbetrag von 500.000 Euro jährlich aus der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung zur Verfügung. Die Förderung erfolgt anteilig (20 Prozent der förderfähigen Kosten) und im Regelfall erst nach Einreichung entsprechender Belege.

ANERKANNTES NETZ:

Als bundesweit einziges Praxisnetz wurde das Leipziger Gesundheitsnetz in der Basisstufe anerkannt und erfüllt damit die hohen über die Basisstufe hinaus

gehenden Anforderungen. Das Leipziger Gesundheitsnetz hat bereits vor Inkrafttreten der gesetzlichen Regelungen als kooperativer, interdisziplinärer Zusammenschluss agiert. Dazu schafft das Netz abgestimmte fach- und sektorenübergreifende Behandlungspfade und pflegt einen engen Informationsaustausch. Netz-Patienten erhalten eine wohnortnahe Versorgung von Prävention über medizinische Therapie bis hin zu Pflege- und RehaMaßnahmen. Der Verein wurde im November 2009 gegründet und zählt inzwischen 103 Mitglieder.

Leipziger Gesundheitsnetz e. V.

Prager Straße 191

04299 Leipzig

Telefon: (03 41) 35 54 08 27

Telefax: (03 41) 35 54 08 26

E-Mail: info@gesundheitsnetz-leipzig.de

Internet: www.gesundheitsnetz-leipzig.de

Sachsen-Anhalt

RICHTLINIE & FÖRDERUNG

Nach Angabe der KV Sachsen-Anhalt gibt es in diesem Bundesland keine Netze, die die Rahmenvorgaben erfüllen. Daher wolle die KV Netze auf dem Weg zur Anerkennung unterstützen. Dazu kann auf Antrag eine Förderung von 1.000 Euro pro Netz erfolgen; der Antrag muss gegenüber dem KV-Vorstand gestellt werden. Eine Richtlinie ist nach Angaben der KV

Sachsen-Anhalt seit Anfang 2014 in Kraft. Sie verweist auf die Voraussetzungen aus den KBV-Rahmenvorgaben.

ANERKANNTE ODER GEFÖRDERTE NETZE:

keine

Schleswig-Holstein

RICHTLINIE & FÖRDERUNG

Die KV Schleswig-Holstein war die bundesweit erste, die bereits im Juni 2013 eine Richtlinie zur Förderung von Praxisnetzen verabschiedet hat (Inkrafttreten: 1. Juli 2013). Diese orientiert sich eng an der KBV-Rahmenvorgabe. Zum Anerkennungszeitpunkt müssen 50 Prozent der Netzpraxen an KV-SafeNet angeschlossen sein; diese Quote muss innerhalb von drei Jahren auf 100 Prozent gesteigert werden. Die Anerkennung in Schleswig-Holstein ist mit einer Förderung verbunden: diese liegt bei 100.000 Euro im Jahr und wird aus dem SicherstellungsTelefonds bereitgestellt. Die geförderten Netze müssen nach einem Jahr Rechenschaft über die Fördergelder gegenüber der KV ablegen. Zudem beabsichtigt die KV Schleswig-Holstein, dass anerkannte Netze als „Versorgungsleister“ in die Bedarfsplanung aufgenommen werden. Für die Anerkennung werden keine Gebühren erhoben.

ANERKANNTE UND GEFÖRDERTE NETZE:

Ärztenetz Eutin-Malente e. V. (ÄNEM)

Das Ärztenetz Eutin-Malente wurde 2003 gegründet und verbindet 40 Praxen mit 65 Ärzten des Raumes Eutin, Malente, Schönwalde, Ahrensböök, Scharbeutz und Neustadt.

Ärztenetz Eutin-Malente e. V.
Hospitalstraße 3
23701 Eutin
Tel: 04521 – 830 8505
Telefax: 04521 – 830 8506
E-Mail: steinbach@aerztenetz-eutin.de
Internet: www.aerztenetz-eutin.de

Praxisnetz Herzogtum Lauenburg e. V. (PNHL)

Das Praxisnetz Herzogtum Lauenburg wurde 2004 gegründet und versorgt mit mehr als 130 Fachärztinnen und Fachärzten aus nahezu allen Disziplinen. Mit zwei Akut-Krankenhäusern, zwei geriatrischen Kliniken und zwei Medizinischen Versorgungszentren wird ein Einzugsgebiet von etwa 188.000 Einwohnern im Osten Schleswig-Holsteins versorgt.

Praxisnetz Herzogtum Lauenburg e. V.
Geschäftsstelle
Dechower Weg 4
23909 Ratzeburg
Telefon: (04 54 1) 8 79 09-11
Telefax: (04 54 1) 8 79 09-13
E-Mail: info@praxisnetz-lauenburg.de
Internet: www.praxisnetz-lauenburg.de

Pinneberger Arzt Netz (PAN) GbR

Das Pinneberger Arzt Netz wurde am 11.07.2007 gegründet und ist inzwischen auf über 70 Ärzte gewachsen, mehr als die Hälfte aller Fach- und Hausärzte in der Umgebung. Schwerpunkte der Netzarbeit sind netzeigene Fortbildungen für Ärzte und Arzthelferinnen sowie die Verbesserung der Teilnahme an Qualifikationszirkeln, um die Qualität der medizinischen Leistungen für die Patienten zu optimieren.

Pinneberger Arzt Netz (PAN) GbR
Netzbüro PAN
Quickborner Strasse 106
25494 Borstel-Hohenraden
Telefon: 04101/ 771013
www.pinneberger-arztnetz.de

Gesundheitsnetz Region Wedel GbR (GRW)

Das Gesundheitsnetz Region Wedel besteht aus 54 niedergelassenen Ärzten aus Wedel und der Haseldorfer Marsch. Diese organisieren Fortbildungen, Patientenseminare, Behandlungspfade über Haus- und Facharztpraxen hinweg bis hin zum Krankenhaus und halten Kontakt zu Apotheken, Pflegediensten und zu Altenheimen ebenso wie zu den örtlichen Fitness-Einrichtungen.

Netzmanagement: Gabriele Prah
GfG Gesellschaft für Gesundheitsökonomie & -management mbH
Am Knill 53
22147 Hamburg
Telefon: (040) 645 41 09
Telefax: (040) 645 41 06
e-mail: info@gfg-hamburg.de
www.gesundheitsnetz-region-wedel.de

Thüringen

RICHTLINIE & FÖRDERUNG

Die KV Thüringen hat keine Richtlinie erlassen, demzufolge auch keine Anerkennung und Förderung von Praxisnetzen. Nach Angaben der KV befindet sich eine Richtlinie im Abstimmungsprozess. Davon unabhängig will die KV Netze mit rechtlicher Beratung, Unterstützung bei Vertragsfragen und bei der Umsetzung der Abrechnung helfen. Die Vertreterversammlung

hat im Juni 2013 beschlossen, keine gesonderten Vergütungsregelungen für Praxisnetze als eigenes Honorarvolumen als Teil der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung auszuweisen.

ANERKANNTE ODER GEFÖRDERTE NETZE:

keine

Westfalen-Lippe

RICHTLINIE & FÖRDERUNG

Die KV Westfalen-Lippe hat zum 01.01.2014 eine Richtlinie erlassen. Die Strukturvorgaben sind weitgehend formlos nachzuweisen. Mindestens 50 Prozent der Praxen müssen bei Antragstellung an KV-SafeNet angeschlossen sein, nach zwei Jahren 75 Prozent und nach fünf Jahren alle. Für die Anerkennung werden keine Gebühren erhoben. Die Richtlinie ist im Internet abrufbar.

ANERKANNTE NETZE:

Derzeit sind vier Netze anerkannt, erhalten aber keine Förderung.

Gesundheitsregion Siegerland GbR

Aufbau und schrittweise Integration von modularen Versorgungskonzepten in die Regelversorgung. Die Beseitigung von Versorgungsdefiziten, beispielsweise im Pflegeheim oder bei der Versorgung von chronischen Wunden, steht im Vordergrund. Flankierend befasst sich das Netz mit der Arzneimitteltherapiesicherheit sowie der Implementierung von wirkungsvollen Delegationskonzepten und dringend notwendiger IT-Unterstützung an der Basis der medizinischen Versorgung.

Gesundheitsregion Siegerland GbR (GRS)

Marburger Tor 4, 57072 Siegen

Telefon: 0271 / 770 175 80

Telefax: 0271 / 770 175 82

E-Mail: info@gesundheitsregion-siegerland.de

Internet: www.gesundheitsregion-siegerland.de

MuM – Medizin und Mehr eG

Seit 2005 besteht ein Vertrag zur Integrierten Versorgung mit einem populationsorientierten Ansatz, in den sich seitdem 12.300 Versicherte eingeschrieben haben. Weitere Leistungsangebote bestehen auf den Gebieten Prävention, Vorsorgeuntersuchungen, Patienten-

schulungen, Wundmanagement und betriebliche Gesundheitsförderung. MuM betreibt netzeigene Praxen für Physiotherapie, medizinische Trainingstherapie und alternative Gesundheitsleistungen. Zudem wurde MuM im Jahr 2014 bei dem Kongress für Gesundheitsnetzwerker für das Netz-Projekt „elektronische Arztvisite“ mit dem Preis für die beste Umsetzung eines integrierten Versorgungsprojektes ausgezeichnet.

Medizin und Mehr eG (MuM Bünde)

Mühlenstraße 6

32257 Bünde

Telefon: 05223-490397

Telefax: 05223-43860

E-Mail: geschaeftsfuehrung@ffg-buende.de

Internet: www.mum-buende.de

Ärztliche Qualitätsgemeinschaft Witten GmbH

Schwerpunkt: Projekt zur telemedizinischen Betreuung chronischer Wunden

ÄQW – Ärztliche Qualitätsgemeinschaft Witten GmbH

Ruhrstr. 28

58452 Witten

Telefon: 02302-5898930

Internet: www.aeqw.de

Ärztenetz Lippe GmbH

Schwerpunkt: palliativmedizinische Betreuung sowie Betreuung von Patienten in Pflegeheimen

Ärztenetz Lippe GmbH

Gildestraße 1

32760 Detmold

Telefon: 05231-458250

Telefax: 05231-4582525

E-Mail: liebe@aerztenetz-lippe.de

Internet: www.aerztenetz-lippe.de

Adressen – Ansprechpartner für Netze

Kassenärztliche Bundesvereinigung
 Dezernat 4 – Verträge und Ordnungsmanagement
 Dr. Bernhard Gibis, Dezernent
 Herbert-Lewin-Platz 2
 10623 Berlin
 Telefon: 030/4005-0
 E-Mail: info@kbv.de

Kassenärztliche Vereinigungen (Bereich Praxisnetze)

BADEN-WÜRTTEMBERG

Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg
 Albstadtweg 11
 70567 Stuttgart
 Telefon: 0711/7875-0
 Telefax: 0711/7875-3274
 E-Mail: info@kvbawue.de
<http://www.kvbawue.de>

BREMEN

Kassenärztliche Vereinigung Bremen
 Schwachhauser Heerstraße 26/28
 28209 Bremen
 Telefon: 0421 3404-0
 Telefax: 0421 3404-109
 E-Mail: info@kvhb.de
www.kvhb.de

BAYERN

Kassenärztliche Vereinigung Bayerns (KVB)
 Referat Versorgungskonzepte & Zusatzverträge
 Elsenheimerstraße 39
 80687 München
 Praxisnetz-Hotline: 089 57093-40750

HAMBURG

Kassenärztliche Vereinigung Hamburg
 Heidenkampsweg 99
 20097 Hamburg
 Telefon: 040/22 80 2 - 0
 Telefax: 040/22 80 2 - 420
 E-Mail: infocenter@kvhh.de
www.kvhh.de

BERLIN

Kassenärztliche Vereinigung Berlin
 Abteilung Qualitätssicherung
 Meldestelle „Praxisnetze“
 Masurenallee 6A
 14057 Berlin

HESSEN

Kassenärztliche Vereinigung Hessen
 Georg-Voigt-Straße 15
 60325 Frankfurt
 Telefon: (0 69) 79 50 2-0
 Fax: (0 69) 79 50 2-500
www.kvhessen.de

BRANDENBURG

Kassenärztliche Vereinigung Brandenburg
 Gregor-Mendel-Straße 10/11
 14469 Potsdam
 Telefon: 0331/2868-0
 Telefax: 0331/2868-175

MECKLENBURG-VORPOMMERN

Kassenärztliche Vereinigung Mecklenburg-Vorpommern
 Neumühler Str. 22
 19057 Schwerin
 Telefon: (0385) 7431-0
 Fax: (0385) 7431-222
 E-Mail: info@kvmv.de
www.kvmv.de

NIEDERSACHSEN

Kassenärztliche Vereinigung Niedersachsen
Berliner Allee 22
30175 Hannover
Telefon: 0511 380-030511 380-03
Fax: 0511 380-3491
Internet: www.kvn.de
E-Mail: info@kvn.de

NORDRHEIN

GMG Gesundheitsmanagementgesellschaft mbH
c/o KV Nordrhein
Herr Oliver Platz
Tersteegenstr. 9
40474 Düsseldorf

RHEINLAND PFALZ

Kassenärztliche Vereinigung Rheinland-Pfalz
Isaac-Fulda-Allee 14
55124 Mainz
Telefon 06131 326-326
www.kv-rlp.de

SAARLAND

Kassenärztliche Vereinigung Saarland
Europaallee 7-9
66113 Saarbrücken
Telefon: 0681/99 83 70
Fax: 0681/99 83 7-140

SACHSEN

Kassenärztliche Vereinigung Sachsen
Landesgeschäftsstelle
Meldestelle „Praxisnetze“
Schützenhöhe 12
01099 Dresden

SACHSEN-ANHALT

Kassenärztliche Vereinigung Sachsen-Anhalt
Abteilung Qualitäts- und Ordnungsmanagement
Meldestelle Praxisnetze
Conny Zimmermann
Doctor-Eisenbart-Ring 2
39120 Magdeburg
Telefon: 0391/627-6458
Fax: 0391/627-8459

SCHLESWIG-HOLSTEIN

Kassenärztliche Vereinigung Schleswig-Holstein
Bismarckallee 1-6
23795 Bad Segeberg
Telefon: 04551/883-0
www.kvsh.de

THÜRINGEN

Kassenärztliche Vereinigung Thüringen
Zum Hospitalgraben 8
99425 Weimar
Telefon: 03643 559-0
Telefax: 03643 559-191
E-Mail: info@kvt.de
www.kv-thueringen.de

WESTFALEN-LIPPE

Kassenärztliche Vereinigung Westfalen-Lippe
Zentralstab Unternehmensentwicklung und -steuerung
Praxisnetze – Meldestelle
Robert-Schirrigk-Straße 4-6
44141 Dortmund
Telefon: 0231/9432-3204
E-Mail: Diane.Weber@kvwl.de

Agentur deutscher Arztnetze e. V.
Chausseestraße 119b
10115 Berlin
Telefon: 030/288774-0
Fax: 030/288774-113
E-Mail: info@deutsche-aerztenetze.de
www.deutsche-aerztenetze.de



Beispiel Fehlermanagement QuE-Nürnberg

QuE-Dokumentation

Meldung von kritischen Ereignissen und Fehlern

1. **Datum** des Vorfalls: **Uhrzeit** des Vorfalls: 2. **Wo ist der Fehler aufgetreten?**☐ in eigener Praxis☐ in anderer QuE-Praxis☐ in der Netzorganisation QuE3. **War ein Patient beteiligt?**☐ ja☐ neinfalls ja, Alter des Patienten: Falls ein Patient beteiligt war, war es ein QuE-Patient? ☐ ja☐ nein☐ weiß nicht4. **Wer berichtet** (zutreffendes bitte ankreuzen):☐ Arzt☐ Praxismitarbeiter☐ keine Angabe5. **Bezug des Berichters zum Ereignis** (zutreffendes bitte ankreuzen):☐ verantwortlich☐ verursachend☐ helfend, zum Ereignis hinzu gerufen☐ selbst vom Ereignis betroffen6. **Ereignis****Was ist passiert?****Mögliche Gründe?****War das Ereignis / der Fehler Ihrer Meinung nach vermeidbar?**☐ das Ereignis / der Fehler war/wäre vermeidbar☐ das Ereignis/der Fehler war nicht vermeidbar**Bestimmen Sie bitte den Schweregrad des Fehlers:**☐ Fehlerfolge: Unbequemlichkeit/Verunsicherung für den Patienten☐ Fehlerfolge: geringe Schädigung/Gefährdung☐ erhebliche Schädigung – Eingreifen erforderlich☐ schwerwiegende Konsequenzen (zum Beispiel Einweisung, dauerhafter Schaden)☐ schwerste Folgen (zum Beispiel Lebensgefahr, Intensivbehandlung)

.....

Falls Sie uns Ihre Praxisdaten mitteilen möchten, dann geben Sie bitte nachfolgend Ihren Praxisstempel an. Dann können wir uns auch direkt mit Ihnen in Verbindung setzen. Sie können den Dokumentationsbogen aber auch ohne Absenderadresse per Post an das Netzbüro senden: QuE eG, Vogelsgarten 1, 90402 Nürnberg.

INNOVATION IM DIENST DER GESUNDHEIT

BERLIN-CHEMIE entwickelt, produziert und vertreibt pharmazeutische Produkte.

BERLIN-CHEMIE ist eine deutsche Tochtergesellschaft der MENARINI-Group, die seit Jahren den führenden Platz im italienischen Pharmamarkt einnimmt.

BERLIN-CHEMIE ist ein Unternehmen mit einer reichen Tradition und einer dynamischen Entwicklung. In Berlin-Adlershof reicht unsere Geschichte bis ins Jahr 1890 zurück. Die bei uns arbeitenden Menschen kommen zum Teil aus Familien, die sich hier nun schon in der fünften Generation mit der Entwicklung, Herstellung und Vermarktung von Arzneimitteln beschäftigen.

Wir pflegen eine besonders enge Verbindung zu unserem Hauptstandort Berlin, zu dem wir uns nachdrücklich bekennen. Zugleich sind wir ein weltoffenes Unternehmen. In 31 europäischen und asiatischen Ländern sind wir mit eigenen Organisationen vor Ort tätig und beschäftigen mehr als 4.500 Mitarbeiter. Insgesamt arbeiten bei uns Menschen aus mehr als 70 Nationen. Diese Vielfalt zählt zu unseren Stärken.

Als Mitglied des Verbandes Forschender Arzneimittelhersteller steht BERLIN-CHEMIE für Innovationen. Das Ziel unserer Forschung ist es, neue Arzneimittel zu entwickeln um kranken Menschen zu helfen und mehr Lebensqualität zu geben. Wir garantieren in Übereinstimmung mit der Philosophie der MENARINI-Group hochmoderne und sichere Arzneimittelproduktion in Top Qualität.

Schwerpunkt unserer Forschung ist die Entwicklung innovativer Arzneimittel auf den Gebieten:

- Entzündliche Erkrankungen und Schmerz
- Herz-Kreislauf-Erkrankungen
- Krebserkrankungen
- Virus-Infektionen

EinBlick

gesundheits
management 
Ihre Zukunft gemeinsam gestalten
BERLIN-CHEMIE

NEWSLETTER EINBLICK

Mit dem Newsletter **EinBlick** informiert das Gesundheitsmanagement der BERLIN-CHEMIE AG Sie über die Hintergründe der aktuellen gesundheitspolitischen Themen. Der Newsletter erscheint alle drei Wochen mit Nachrichten hinter der Nachricht und hält Sie so über die Entwicklungen auf dem Laufenden. Wichtig ist nicht nur, aktuell Bescheid zu wissen, sondern auch zu verstehen, warum die Themen gerade dann, gerade in diesem Kontext besprochen werden. So erkennen Sie frühzeitig, mit welcher Strategie Sie reagieren können.

Um den Newsletter **EinBlick** regelmäßig per E-Mail zu erhalten, können Sie sich im Internet unter www.einblick-newsletter.de anmelden.



IMPRESSUM

Herausgeber:

BERLIN-CHEMIE AG
Abteilung Gesundheitsmanagement
Glienicke Weg 125, 12489 Berlin

Verantwortlich i. S. d. P.:

Susanne Eble
Pia Maier
Tel. +49 (0)30-67 07 25 90
pmaier@berlin-chemie.de
www.berlin-chemie.de

Redaktion:

Pia Maier

Layout:

Göbel+Gröner Grafisches Atelier GmbH, Berlin

Druck:

DBM Druckhaus Berlin Mitte GmbH

Auflage: 3.000

Erscheinungstermin: Dezember 2014

BERLIN-CHEMIE AG
Glienicker Weg 125, 12489 Berlin

