



5 • 2019

VERSORGUNG LÄNDLICHER REGIONEN UND VULNERABLER GRUPPEN



Jenseits von Paragraphen und Verträgen lebt unser Gesundheitssystem vom Gespräch und vom Austausch der Akteure. Vor allem Weiterentwicklungen unseres Gesundheitssystems finden nicht am Reißbrett statt, sondern im Diskurs der Akteure miteinander. Mit iX-Media wird diesem Austausch eine Plattform gegeben. Wir laden „auf allen Kanälen“ zum Dialog ein: Print, Audio und Video stehen Ihnen zur Verfügung, um Ihre Positionen, Ihre Ideen, Ihre Erkenntnisse der gesundheitspolitischen Community mitzuteilen.

Mit Dr. Albrecht Kloepfer, Dr. Jutta Visarius, Dr. Martina Kloepfer und dem übrigen iX-Media-Team stehen langjährige Systemexperten hinter dem Projekt, die wissen wie gesundheitspolitisch der Hase läuft (und zukünftig laufen wird), die der Komplexität des Themas auch mit einfachen Worten gerecht werden können und denen auch die technischen Aspekte medialer Umsetzungen vertraut sind. Wenden Sie sich an uns – wir sind für Sie da!



GESUNDHEITSPOLITISCHER WOCHENRÜCKBLICK

Die iX-Highlights informieren immer montags über aktuelle gesundheitspolitische Entwicklungen und liefern relevante Hintergrundinformationen. In seinem gesundheitspolitischen Editorial bewertet Dr. Albrecht Kloepfer ein herausragendes Wochenthema. In der Rubrik „Mondphasen“ kommen einmal im Monat Vertreter aus Politik oder Selbstverwaltung zu Wort. Aktuelle Dateien der Woche (Bundestagsdrucksachen, Studien etc.) können als Service zusätzlich kostenlos abgerufen werden.



GESUNDHEITSPOLITIK IN DER DISKUSSION

Die Zeitschriften-Reihe iX-Forum greift die großen gesundheitspolitischen Themen des Gesundheitswesens auf und bietet Ihnen die Möglichkeit, mit ausreichend Platz und in ansprechendem Rahmen Ihre Positionen, Ihre Ideen, Ihre Erkenntnisse der gesundheitspolitischen Szene mitzuteilen. Der Clou an der Sache: Die Hefte werden bundesweit an mehr als 2.500 gesundheitspolitische Entscheider und Meinungsführer versandt. – Wir sorgen dafür, dass Ihre Gedanken Beachtung finden!



GESUNDHEITSPOLITIK ZUM HÖREN

In monatlicher Folge widmet sich iX-Radio einem aktuellen gesundheitspolitischen Thema und lässt dazu die wichtigsten Entscheider zu Wort kommen. Erläuternde Moderationen beleuchten die Hintergründe und stellen das jeweilige Thema in den Kontext der unterschiedlichen Interessen. Ziel dabei ist, dass nicht nur die Szene sich selbst bespiegelt, sondern dass unser komplexes Gesundheitssystem auch Außenstehenden nahe gebracht wird.



VISUELLE PRÄSENZ IM GESUNDHEITSWESEN

iX-Spotlight ist die Video-Plattform für Ihre bildstarke Kommentierung des aktuellen Zeitgeschehens im Gesundheitssystem. Denn um überzeugende Statements sichtbar in Szene zu setzen, sind nicht nur eindrucksvolle Bilder ausschlaggebend, sondern vor allem auch fundierte Kenntnisse des Systems. Mit Dr. Martina Kloepfer haben wir eine bühnen- und filmerfahrene Expertin im Team, die auch Sie medienwirksam „in Szene setzen“ kann.

Versorgung ländlicher Regionen und vulnerabler Gruppen



- 4** **Editorial**
Dr. Jutta Visarius, Dr. Albrecht Kloepper
Herausgeber



- 6** **Bestens versorgt – auch auf dem Land**
Martin Litsch
Vorstandsvorsitzender des AOK-Bundesverbandes



- 10** **Lieber daheim als im Heim – wohnortnahe ambulante Versorgung älterer multimorbider Menschen in Sachsen-Anhalt**
Dr. Burkhard John
Vorstandsvorsitzender Kassenärztliche Vereinigung Sachsen-Anhalt



- 15** **Auch die Verhältnisse beeinflussen das Verhalten: Zahnärztliche Versorgung vulnerabler Bevölkerungsgruppen nicht vernachlässigen**
Prof. Dr. Dietmar Oesterreich
Vizepräsident der Bundeszahnärztekammer



- 19** **Versorgungssteuerung in Selektivverträgen als Beitrag zu einer flächendeckenden Qualitätsförderung**
Dr. Christopher Hermann
Vorsitzender des Vorstandes, AOK Baden-Württemberg



- 24** **Versorgung vulnerabler Gruppen: Außerklinisch beatmete Personen**
Martin Spiegel
Fachgebietsleiter Stationäre Versorgung, Siemens-Betriebskrankenkasse



- 28** **„Substitutionstherapie ist echte ‘harm reduction‘“**
Dr. Konrad Cimander
Leiter Kompetenzzentrum Suchtmedizin und Infektiologie, Hannover



- 32** **Gesundheitsregionen: Aktivposten und Erneuerungsplattform für eine zukunftsfähige Versorgung in ländlichen Regionen**
Josef Hilbert
Vorsitzender des Netzwerk Deutscher Gesundheitsregionen NDGR e. V.



Uwe Borchers
stellv. Vorsitzender des Netzwerk Deutscher Gesundheitsregionen NDGR e. V.



Thomas Nerlinger
Geschäftsführer, Vorstandsmitglied und Projektleiter bei der Gesundheitsregion EUREGIO e. V.

Impressum

Liebe Leserinnen, liebe Leser,

Versorgung zu organisieren, wenn man aus der Fülle der Angebote schöpfen kann, ist eine vergleichsweise einfache Angelegenheit. Mehr noch: Gelegentlich droht hier sogar Überversorgung aufgrund einer „angebotsinduzierten Nachfrage“. Eine solche Arbeit „aus der Fülle“ wird allerdings in der sich wandelnden Versorgungslandschaft zukünftig in Deutschland immer weniger der Fall sein. Bereits jetzt und zukünftig sicher in wachsendem Maße werden wir uns auf das Gegenteil einstellen müssen: Löchrige, zum Teil reißende Versorgungsnetze werden uns vor ganz neue Herausforderungen stellen, um in allen Teilen Deutschlands den Versicherten eine verantwortbare medizinische Grundversorgung zur Verfügung zu stellen. Die Regionen, in denen es „eng“ wird, sind in der gesundheitspolitischen Diskussion schon jetzt beinahe sprichwörtlich: die Uckermark, die Eifel, Mecklenburg-Vorpommern, der Bayerische Wald ... Andere werden folgen.

Rein formal sind die Verantwortungen in dieser Situation ziemlich klar geregelt: Für die ambulante Versorgung liegt der Sicherstellungsauftrag bei den Kassenärztlichen Vereinigungen, und für eine ausreichende Zahl und die richtige Verteilung von Krankenhäusern sorgt die jeweilige Krankenhausbedarfs-Planung der Bundesländer. Soweit die Theorie.

In der Praxis jedoch ist niemandem gedient, wenn Verantwortungen einfach hin und her geschoben und „Schuldige“ identifiziert werden. Am Ende wollen und müssen schlicht Menschen in gesundheitlichen Notlagen versorgt werden. Punkt. – Allerdings würden die unterzeichnenden Herausgeber nicht immer den Eindruck teilen wollen, dass die Bekämpfung tatsächlicher Versorgungsnöte bei mancher Funktionärsdebatte in Berlin an erste Stelle des Engagements steht.

Aber an der Basis wird gehandelt. Denn „in der Region“ sind die verschiedenen Versorgungsverantwortungen und -bedarfe in der Regel bekannt, und auch für die Lücken im Versorgungsnetz gibt es vor Ort ein feines Gespür. Kein Wunder also, dass sich nicht nur diverse Kassenärztliche Vereinigungen, sondern auch regional starke Kassen auf den Weg machen, um mit individuellen Vertragslösungen alte Versorgungsnetze zu reparieren oder gänzlich neue, alternative Netze zu knüpfen. Dabei scheinen weniger die rechtlichen Rahmenbedingungen und Verpflichtungen den ausschlaggebenden Antrieb für die Formulierung neuer Konzepte zu geben, sondern die Erkenntnis, dass dort gehandelt werden muss, wo sich erkennbare Defizite und Engpässe zeigen.

Tatsächlich korrelieren diese Aktivitäten mit unserer festen Überzeugung, dass schlechte Versorgung in der Regel die teuerste ist, weil aus einer latenten Unter- oder Fehlversorgung weiterer Versorgungsbedarf resultiert, der am Ende immer aufwendigere Maßnahmen nach sich zieht. Im Idealfall ist also die Besserstellung der Versorgung auf dem Land eine Win/win-Situation, die nicht nur den Patientinnen und Patienten nutzt, sondern auch dem Gesundheitssystem insgesamt.

Diese Erkenntnis betrifft auch das zweite Versorgungsfeld, dem sich das vorliegende Heft des iX-Forum zuwenden möchte: Denn die ländliche ist nur *eine* Versorgungsherausforderung „wenn ´s schwierig wird“. Vor ganz andere, aber nicht minder gravierende Probleme werden Menschen gestellt, die auch in unserem gut organisierten Gesundheitssystem „durch ´s Gitter rutschen“. Dies trifft häufig Versorgungsbrüche an der Schnittstelle zwischen Gesundheit (SGB V) und Pflege (SGB XI). Aber auch Fehlanreize und falschen Parametern im Wettbewerb

fällt hier häufig eine Verantwortung zu. Dass es also um die (zahn-)ärztliche Versorgung in Pflegeheimen nicht zum besten bestellt ist, dass es gleichzeitig bei der Versorgung in der Intensivpflege eine massive Über- und Fehlversorgung gibt und dass Randgruppen wie beispielsweise Suchtkranke nur schwer akzeptierte und akzeptable Versorgungsangebote finden, davon soll in diesem Heft auch die Rede sein – und zwar eher in positiven als in negativen Beispielen.

Dass aber in diesem Zusammenhang mehrere unserer Beiträge mit der expliziten Bitte an die Politik schließen, endlich die Rahmenbedingungen für die Versorgung in schwierigen Situationen zu verbessern, dürfte eben auch kein Zufall sein: Unser System orientiert sich am Standard, der – wie eingangs gesagt – nicht die größte Herausforderung darstellt. Aufgabe wäre es aber vermutlich, genau diesen Standard rechtlich und politisch nicht zur *Norm* zu erheben. Denn dann wird es wirklich schwierig, kreative und am tatsächlichen Versorgungsbedarf orientierte Lösungen zu finden. Nicht die konkrete Patientenbetreuung stellt aber für die meisten der in diesem Heft versammelten Beiträge die größte Herausforderung dar,

sondern die vertragliche und rechtliche Durchsetzung des jeweils *besonderen* Versorgungsbedarfs bei den zuständigen Institutionen und Aufsichten in den Ländern und beim Bund.

Freiheit, Vertrauen und flexible Rahmenbedingungen sind also die zentralen Grundlagen und die politischen Forderungen der in diesem Heft zusammengestellten Versorgungskonzepte. Denn die hohe intrinsische Motivation der jeweiligen Kooperationspartner ist ein kostbares Gut, auf das wir in Zukunft mehr und mehr werden zurückgreifen müssen, wenn wir die Herausforderungen des demographischen Wandels und auch des medizinischen Fortschritts meistern wollen.

Die Beispiele des vorliegenden Heftes sollen Mut machen, sich auch in den eigenen Verantwortungsbereichen diesen Herausforderungen zu stellen. Und sie sollen allen politischen und administrativen Verantwortlichen den Mut geben, entsprechende Aktivitäten eher mit Freiheiten zu unterstützen als durch gängelnde Rahmenbedingungen zu behindern. Wir werden solche kreativen Ansätze in Zukunft eher mehr als weniger brauchen.

Wir wünschen Ihnen bei der Lektüre ein kreativ-kritisches Vergnügen!



Dr. Jutta Visarius



Dr. Albrecht Klopfer

Bestens versorgt – auch auf dem Land

Martin Litsch,
Vorstandsvorsitzender des
AOK-Bundesverbandes



Die AOK verstärkt ihr Engagement für die Gesundheitsversorgung in ländlichen Gebieten. Bereits vor gut einem Jahr, Ende Februar 2019, hat sie dafür die Initiative „Stadt. Land. Gesund.“ gestartet. Mit dutzenden Projekten in ganz Deutschland zeigen wir erfolgreich, wie die Gesundheitsversorgung trotz Bevölkerungsrückgang und schwindender Infrastruktur gut funktionieren kann.

Für 95 Prozent der Befragten einer forsa-Umfrage ist der Hausarzt vor Ort am wichtigsten, erst danach folgen Einkaufsmöglichkeiten (93 Prozent) und schnelles Internet (90 Prozent). Das gilt sowohl für Städter als auch für die Menschen auf dem Land. Deutliche Unterschiede zwischen beiden offenbaren sich aber bei der Zufriedenheit mit den Infrastruktureinrichtungen. So sind Bewohner ländlicher Regionen deutlich unzufriedener mit dem Öffentlichen Nahverkehr und der Internetversorgung, aber auch mit dem Angebot an Krankenhäusern und Fachärzten. Vor allem die Menschen in kleineren und mittleren Städten nehmen sogar eine Verschlechterung der Versorgung mit Haus- und Fachärzten sowie Krankenhäusern wahr. Die Umfrage fand Anfang 2019 im Auftrag der AOK mit rund 2.000 Befragten statt.

Mit unserer Initiative „Stadt. Land. Gesund.“ greifen wir die Erfahrungen und Befürchtungen der Menschen auf dem Land auf und setzen uns insbesondere für eine gleichwertige medizinische Versorgung überall in Deutschland ein. Die AOK ist dafür der richtige Akteur, denn viele unserer Versicherten leben in ländlichen Regionen und auch wir sind dort wie keine Krankenkasse vor Ort vertreten. Wir wollen, dass alle Menschen auch künftig qualitativ hochwertig versorgt werden.

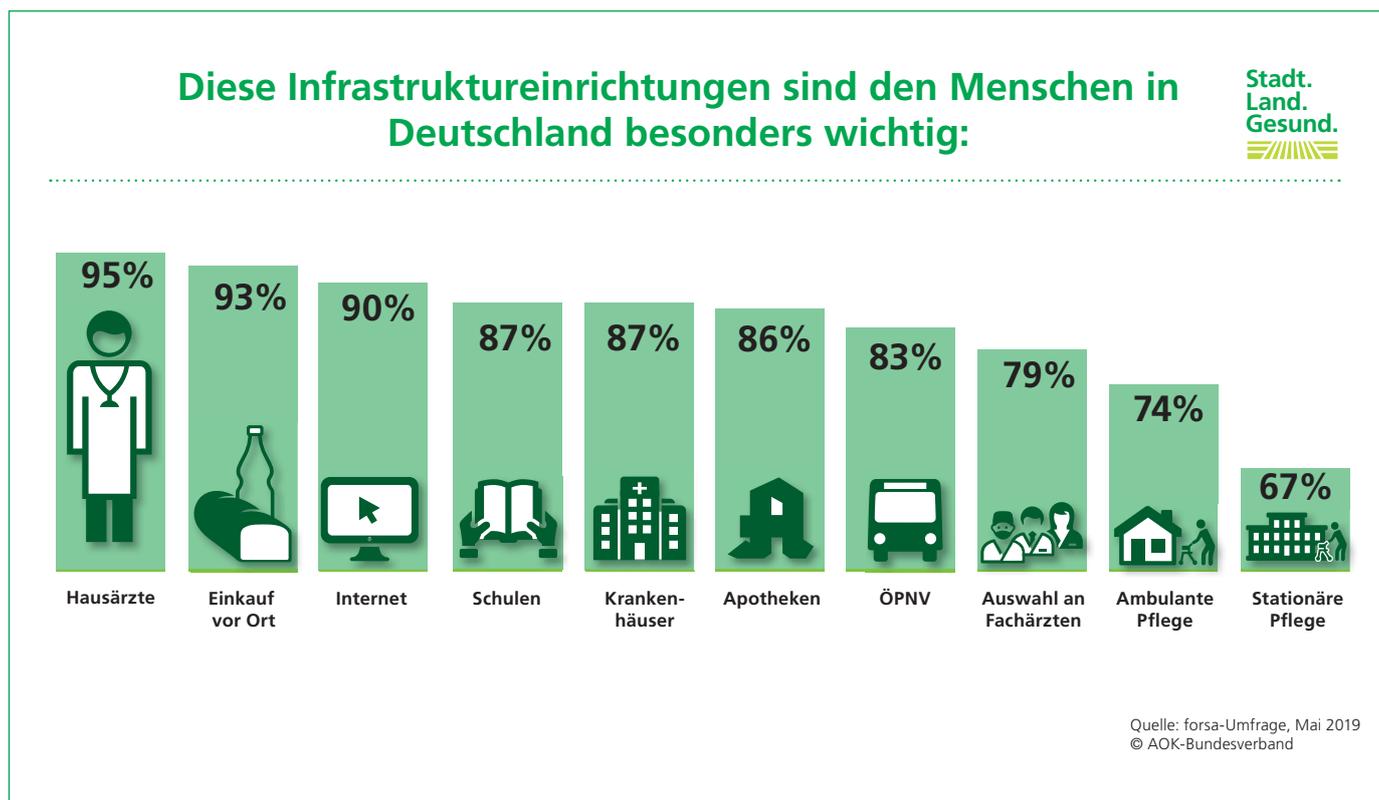
Bundesweit über 100 innovative Versorgungsangebote für den ländlichen Raum

Um Ärzte aufs Land zu locken, hat die Bundesregierung bereits mehrere Gesetze verabschiedet und zahlreiche Zusatzanreize geschaffen. Der Erfolg ist bislang ausgeblieben, was wenig verwunderlich ist. Denn diese Ansätze fokussieren zu stark auf die klassische Arztrolle. Dabei ist der Beruf des Landarztes weniger eine Frage des Geldes als vielmehr eine Frage der attraktiven Infrastruktur. Es geht um Kita- und Schulplätze, Arbeitsmöglichkeiten für den Partner oder kulturelle Angebote.

Um die ländliche Versorgung langfristig zu sichern, setzt die AOK deshalb auch verstärkt auf innovative Versorgungsangebote. Angebote, die beispielsweise mit digitalen Lösungen oder der Delegation von ärztlichen Aufgaben dafür sorgen, die räumliche Distanz zwischen Patient und medizinischer Infrastruktur zu überwinden. Mit der Initiative „Stadt. Land. Gesund.“ rückt die Gesundheitskasse bundesweit über 100 Projekte in den Mittelpunkt, die die ländliche Versorgung stärken.

Dazu gehört beispielsweise die „Elektronische Arztvisite in Pflegeheimen in Westfalen-Lippe und Schleswig-Holstein“, kurz eVi. Initiiert hat das Projekt die AOK NordWest. Bei eVi verbinden sich die teilnehmenden Ärzte über Kamera und Mikrofon mit den Pflegekräften und Patienten der Pflegeeinrichtungen. Bei der digitalen Visite können sie beispielsweise chronische Wunden begutachten, Messwerte erfassen und Therapien besprechen. So lassen sich für alle Beteiligten Warte- und Wegezeiten sowie Fahrtkosten reduzieren. Und stellt sich im Rahmen des Videochats der Bedarf für eine persönliche Visite heraus, vereinbaren Ärztin oder Arzt und Patient einen Termin in der Praxis.

Ein Gewinn für alle Seiten sind auch speziell geschulte Arzthelferinnen, wie es sie im Arztnetz „Unternehmung Gesundheit Hochfranken (UGHO)“ gibt. In Kooperation mit der AOK Bayern organisiert UHGO die ambulante und wohnortnahe medizinische Versorgung, die sogenannte eNurse übernimmt in diesem Rahmen beispielsweise Hausbesuche. Erfordert ein Anliegen ärztlichen Rat, ruft die eNurse den Arzt noch während des Termins dazu – telefonisch oder per Videoschalt. Inzwischen beteiligen sich über 70 Haus- und Fachärzte in der Stadt und dem Landkreis Hof sowie in Teilen des Landkreises Wunsiedel an dem 2009 gegründeten Arztnetz. Rund 80 Prozent der teilnehmenden Ärzte sind elektronisch vernetzt. So lassen sich Behandlungsergebnisse schnell austauschen und Doppeluntersuchungen bzw. -verordnungen werden vermieden.



Ein weiterer sinnvoller Weg für eine gute medizinische Versorgung auf dem Land ist der Ausbau der sektorenübergreifenden Zusammenarbeit wie im Beispiel der sächsischen Stadt Niesky. Die kleine Klinik im Ort, das Krankenhaus Emmaus Niesky, stand auf der Kippe. Doch es kam anders: Die Evangelisch-Lutherische Diakonissenanstalt Dresden übernahm die Klinik und brachte gemeinsam mit der AOK PLUS das lokale Gesundheitszentrum Niesky auf den Weg. Das Krankenhaus mit Chirurgie und Innerer Medizin blieb als Kernstück erhalten. Zum lokalen Campus gehört jetzt aber auch ein Medizinisches Versorgungszentrum (MVZ) mit fünf Facharzt-sitzen. Hinzu kommt ein Informationszentrum für Patienten und Angehörige. Die Kassenärztliche Vereinigung Sachsen hat zudem eine Bereitschaftspraxis eingerichtet. Sie arbeitet eng mit der Notaufnahme des Krankenhauses zusammen und ersetzt die für Patienten lästige Rotation des Bereitschaftsdienstes. Die Mediziner im MVZ sind angestellt. Dieses Modell trägt zugleich dem

Wunsch vieler junger Ärzte Rechnung, nicht gleich selbstständig zu arbeiten.

Die Menschen sind offen für neue Versorgungsformen

In der Forssa-Umfrage von Anfang 2019 ging es auch darum, wie aufgeschlossen die Bevölkerung für neue und innovative Versorgungsformen ist. Die Ergebnisse sind durchweg positiv: Angebote wie die mit Ärzten abgestimmte Betreuung durch speziell qualifizierte medizinische Fachkräfte oder mobile Arztpraxen erreichen mit Zustimmungswerten von 91 beziehungsweise 82 Prozent eine hohe Akzeptanz. Auch die Nutzung von Videosprechstunden kann sich schon jeder Zweite vorstellen. Doch nicht nur die Bereitschaft zur Nutzung ist da, die Menschen erwarten entsprechende Lösungen sogar von ihrer Krankenkasse. Das heißt im Umkehrschluss, dass medizinische Versorgungsangebote nicht gleichmäßig über die Landschaft verteilt sein müssen, sondern dass

wir Distanzen überwinden und Erreichbarkeit herstellen müssen.

Gleichwertige Lebensverhältnisse als gesamtgesellschaftliche Herausforderung

Was wir in Deutschland brauchen, ist also keineswegs die gleiche medizinische Versorgung in Stadt und Land, sondern eine gleichwertige Versorgung.

Dieses Ziel verfolgt auch die Bundesregierung und hat zu diesem Zweck die Kommission „Gleichwertige Lebensverhältnisse“ geschaffen, die im Sommer 2019 ihre Handlungsempfehlungen vorgestellt hat. Dazu gehören beispielsweise die gezielte Förderung strukturschwacher Regionen, der Breitbandausbau, Barrierefreiheit und eine bessere Mobilität.

Klingt gut, doch die Ergebnisse haben gleich zwei Haken: Einerseits waren die Bundesländer bei der Vorstellung der Kommissionspläne nicht dabei, obwohl sie Teil der Kommission waren. Andererseits wurden für die Gesundheitsversorgung gar keine konkreten Maßnahmen beschlossen. Dabei sollte sie als Teil der öffentlichen Daseinsvorsorge bei allen konzeptionellen Überlegungen zumindest eine ebenso prominente Rolle spielen wie Internet- und Verkehrsanbindung. Nicht zuletzt braucht eine gleichwertige Gesundheitsversorgung schnelles Internet sowie eine moderne Verkehrsinfrastruktur und ist damit eine Querschnittsaufgabe.

Ländliche Regionen lassen sich nur stärken, wenn alle Akteure ohne Scheuklappen zusammenarbeiten – von der Kommune, über das Land bis zum Bund und natürlich auch alle Beteiligten des Gesundheitswesens. Berliner Zentralismus hingegen hilft hier wenig.

Die besten Lösungen sind immer noch die, die zu den regionalen Bedürfnissen passen. Deswegen werden wir unser Engagement für „Stadt. Land. Gesund.“ fortsetzen und gemeinsam mit Pflegediensten, niedergelassenen Ärzten

sowie Krankenhäusern und vielen weiteren Partnern gute und innovative Versorgungsangebote schaffen und ein zentraler Ansprechpartner für die Gesundheitsversorgung sein.

Einen Überblick über alle AOK-Projekte der Initiative „Stadt. Land. Gesund.“ bietet unsere Website www.stadtlandgesund.de.

Lieber daheim als im Heim – wohnortnahe ambulante Versorgung älterer multimorbider Menschen in Sachsen-Anhalt

Dr. Burkhard John,
Vorstandsvorsitzender
Kassenärztliche Vereinigung
Sachsen-Anhalt



Es Menschen im hohen Alter zu ermöglichen, so lange wie möglich in den eigenen vier Wänden zu bleiben, ist eine große Herausforderung. Die Wiederherstellung der individuellen Selbstständigkeit und die Vermeidung oder Verminderung von Pflegebedürftigkeit nach einer schweren Erkrankung ist ein Leitgedanke der täglichen Bemühungen der auf eine ambulante geriatrische Komplexversorgung spezialisierten Praxen. Die deutsche Sozialgesetzgebung sieht im vertragsärztlichen Bereich keine verpflichtenden ambulanten Strukturen für eine solche strukturierte, bedarfsgerechte und wohnortnahe geriatrische Komplexversorgung vor. Das Prinzip ambulant vor stationär kann somit nicht umgesetzt werden.

In den kommenden Jahren wird der Anteil der Menschen über 65 Jahre bundesweit auf ca. 33% im Jahr 2050 steigen. Diese Entwicklung verdeutlicht, dass die demografische Entwicklung das Gesundheitswesen – insbesondere bei der medizinischen und pflegerischen Versorgung dieser Personengruppe – künftig vor große Herausforderungen stellt. Denn mit zunehmendem Alter nimmt auch der Anteil multimorbider und pflegebedürftiger Personen zu.

Bei einem zunehmenden Anteil von Menschen mit verminderter Alltagskompetenz stellt sich daher die Frage, wie die spezialisierte geriatrische Versorgung heute und vor allem in Zukunft gewährleistet werden kann.

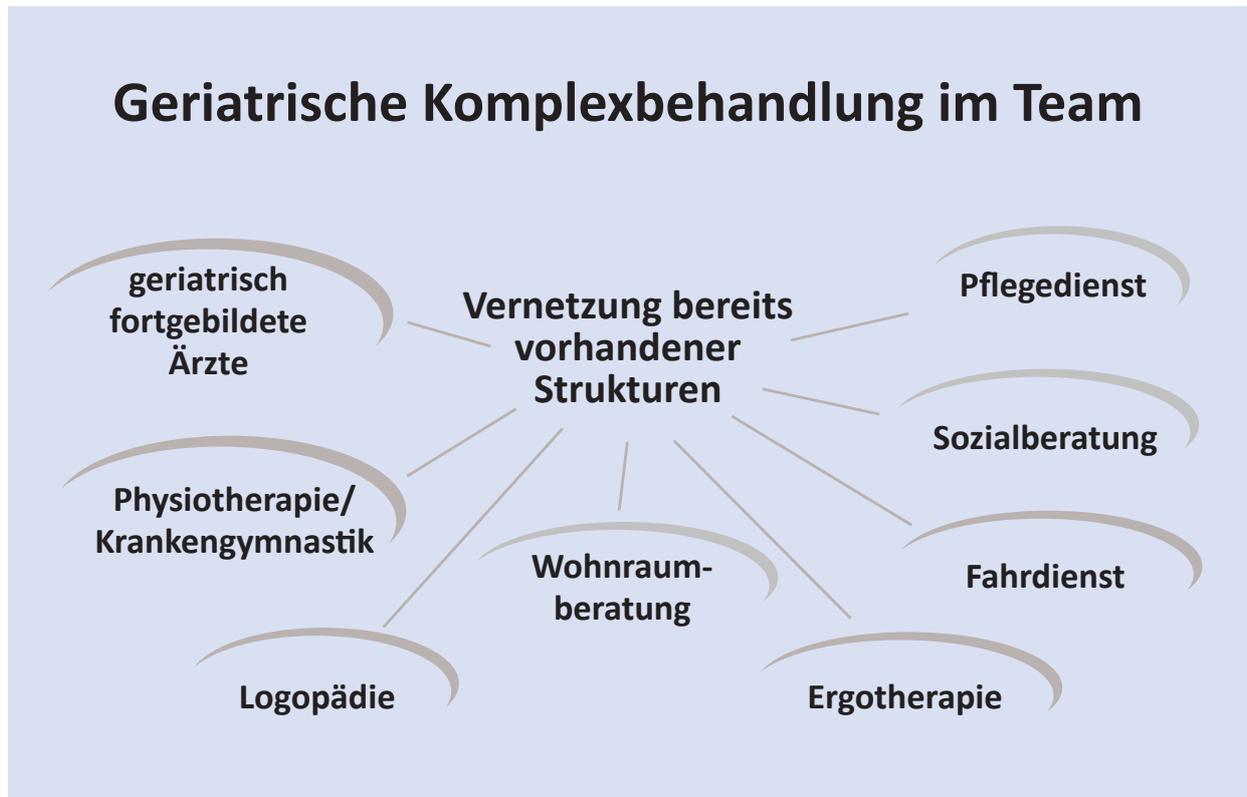
Angesichts dieser Entwicklung sowie der sozial- und gesundheitspolitischen Zielsetzungen („bedarfsgerechte Leistungen“, „ambulant vor stationär“, „Rehabilitation vor Pflege“, „Selbständige Lebens- und Haushaltsführung im Alter“) ist es notwendig, im ambulanten Bereich innovative Strukturen zur niederschweligen wohnortnahen geriatrischen Versorgung zu entwickeln, um durch komplexe Maßnahmen den Verbleib der älteren Menschen in ihrer Häuslichkeit, die Vermeidung bzw. Reduzierung der Pflegebedürftigkeit, die Verbesserung ihrer Gesundheit und Lebensqualität sowie den Erhalt der Alltagskompetenz zu optimieren. Gefragt ist hier eine Struktur mit geriatrischen Angeboten in einem gestuften Versorgungssystem, das statt einer medizinischen Fokussierung auf einzelne Krankheiten ein umfassendes Gesundheitsmanagement anbietet und Problemlösungen mit der Aussicht auf Stabilität und Nachhaltigkeit für möglichst lange Zeit verspricht.

Zielgerichtete wohnortnahe neue Versorgungsstrukturen für die Versorgung älterer und multimorbider Patienten werden in Sachsen-Anhalt seit über 20 Jahren mit der Unterstützung der Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen-Anhalt an mehreren Standorten aufgebaut und sind etabliert. Das Ziel, dauerhaft eine flächendeckende und wohnortnahe bedarfsgerechte Versorgung älterer und multimorbider Patienten sicherzustellen, unterstützt die

Kassenärztliche Vereinigung mit anderen Akteuren im Gesundheitswesen im Land Sachsen-Anhalt im Rahmen des Geriatriekonzeptes, um der zu erwartenden Entwicklung in Sachsen-Anhalt und den sich daraufhin abzeichnenden Versorgungsengpässe entgegenzuwirken.

Die neue Versorgung älterer und multimorbider Patienten in geriatrisch spezialisierten Praxen, die insbesondere baulich apparativ-technisch ausgestattet sind und personell qualifizierte therapeutische Teams vorweisen, stellt die Funktionseinschränkungen in den Mittelpunkt, berücksichtigt die Alltagskompetenz des Patienten und ist an seine Ressourcen und Fähigkeiten adaptiert, wobei auch die Lebenserwartung und die individuelle Situation berücksichtigt werden. Mit dieser multiprofessionellen Betreuung unter Einbeziehung des persönlichen Umfelds und der Angehörigen werden drei Ziele verfolgt: die Herstellung größtmöglicher Selbstständigkeit, die Vermeidung oder Verminderung von Pflegebedürftigkeit sowie die Reduzierung von Krankenhausaufenthalten.

Über den ganzheitlichen Ansatz eines multiprofessionellen Teams unter ärztlicher Leitung wird eine komplexe und intensiviertere geriatrische Versorgung wohnortnah durchgeführt. Hierbei werden bereits vorhandene ambulante Strukturen im Bereich der Physio- und Ergotherapie, der Logopädie, der Pflege, sozialpädagogischer Angebote und der Wohnraumanpassung gezielt vernetzt. Das multiprofessionelle Team betreut ältere Menschen, die in der Regel an mehreren, meist chronischen Krankheiten leiden, die sich wechselseitig beeinflussen und die Selbstständigkeit bedrohen. Hier werden insbesondere Patienten nach Gelenkoperationen, mit Herz-Kreislaufkrankungen, Osteoporose, Schlaganfällen und Schmerzsymptomatik behandelt. Der Patient muss Fähigkeitsstörungen aufweisen, die alltagsrelevante Tätigkeiten betreffen. Dies sind Selbstversorgung, Mobilität, Verhalten und Kommunikation. Diese Fähigkeitsstörungen müssen im Zusammenhang mit bestimmten Erkrankungen stehen. Im Rahmen dieser Versorgung – der geriatrischen Komplexbehandlung – werden geriatrisch besonders qualifizierte



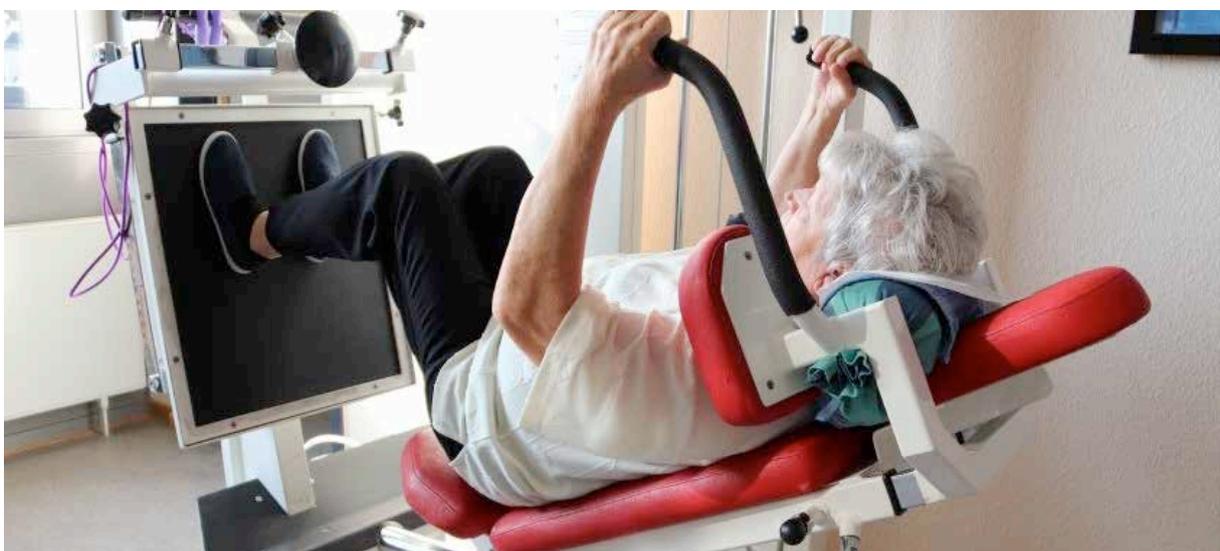
Quelle: KVSA

allgemeinärztliche, ergo- wie physiotherapeutische, logopädische und pflegerische Behandlungsmaßnahmen angeboten. Nach einem umfassenden geriatrischen Assessment und der Festlegung der Therapieziele erfolgt eine aufeinander abgestimmte Therapie durch die notwendigen Therapeuten. In der täglichen ärztlichen Visite sowie den Teambesprechungen werden die Therapieziele überprüft und diese an einen sich ändernden Zustand des Patienten angepasst.

Die therapeutischen Interventionen sind immer individuell den geriatrischen Patienten angepasst. Die Physiotherapeuten übernehmen hauptsächlich die Aufgabe der Aktivierung und Verbesserung motorischer Fähigkeiten, die Steigerung und den Erhalt der körperlichen Leistungsfähigkeit und die Verminderung der Sturzgefahr. Gezielte kognitive Aktivierungsprogramme (Hirnleistungstraining), Übungen ADL-wirksamer Fertigkeiten und vor allen alltagsgerechte Handlungsanleitungen zum Waschen, Klei-

den, Toilettengang u.v.m. sind Hauptaufgaben in der Behandlung der Ergotherapeuten. Bei Sprach- Stimm- und Schluckstörungen erfolgt die Behandlung durch die Logopäden. Die Gruppen- und Einzeltherapien in der Musikarbeit fördern den Erhalt sozialer und kommunikativer Kompetenz. Angehörigenarbeit, Beratung zu sozialen Hilfen und Gespräche bei der Krankheitsverarbeitung zeigen das ganze Spektrum der Therapeut in der sozialen Arbeit. Während der Behandlung werden die Patienten soweit erforderlich mit den individuell angepassten Hilfsmitteln versorgt. Falls notwendig wird eine Beratung zur Wohnraumanpassung durchgeführt.

Die Anmeldung zur geriatrischen Komplexbehandlung erfolgt durch die Hausärzte oder direkt durch ein Krankenhaus, wobei eine enge Kooperation mit einem klinisch geriatrischen Zentrum besteht. In der Regel erfolgt die ambulante Komplexbehandlung an 20 Werktagen mit 2–3 unterschiedlichen Therapien am Tag. Die Patienten wer-



den im Umkreis von ca. 30 Kilometern täglich am Morgen abgeholt und am Nachmittag wieder nach Hause gebracht. Die Therapietage bzw. Therapieintervalle können jedoch bei eingeschränkter Belastbarkeit der Patienten auch individuell festgelegt werden. In den Pausen findet eine Aktivierung durch die Pflegekräfte statt und ggf. zusätzliches Muskelaufbautraining an entsprechenden Geräten. Durch einen gezielten Gruppenansatz wird die soziale Teilhabekompetenz der Patienten gefördert und gestärkt. Diese integrative und ganzheitliche Behandlungsform hat unmittelbare Auswirkungen auf die Verbesserung der Alltagskompetenz und verringert oder vermeidet die Perspektive der Pflegebedürftigkeit.

Die Erfahrungen mit einzelnen Projekten in Sachsen-Anhalt im Rahmen einer ambulanten geriatrischen Komplexbehandlung haben gezeigt, dass hierdurch die o.g. Ziele erreicht werden können. Im Rahmen von Bedarfsanalysen konnte festgestellt werden, dass etwa $\frac{1}{4}$ der über 70jährigen Patienten einen solchen zeitlich befristeten und komplexeren Versorgungsbedarf haben.

Die Vergütung erfolgt in Form einer Komplexpauschale aus der alle Therapiebereiche, die ärztlichen Leistungen, der Transport und die Nebenkosten finanziert werden. Die Kassenärztliche Vereinigung Sachsen-Anhalt hat dazu mit den Krankenkassen eine Tagespauschale pro Patient vereinbart. Die Abrechnung dieser Komplexpauschale erfolgt über die KVSA, die neben den geriatrisch spezialisierten Praxen und der jeweiligen Krankenkasse Vertragspartner ist.

Die bisherige vertragliche Grundlage für diese ganzheitliche und integrierte Versorgung nach § 140a SGB V konnte jedoch nur vereinzelt vereinbart werden und steht den Versicherten daher nur regional sehr begrenzt und auf einzelne Kassen bezogen beschränkt zur Verfügung. Die Kassenärztliche Vereinigung Sachsen-Anhalt strebt eine flächendeckende, kassenartenübergreifende Sicherstellung dieses Versorgungsanspruchs an, um die Lebensqualität der Betroffenen zu verbessern, ihre Teilhabe am

gesellschaftlichen Leben zu ermöglichen, den Pflegebedarf zu vermindern und somit den Patienten ein längeren selbstbestimmten Alltag in der eigenen Häuslichkeit zu ermöglichen.

Hierzu sind wohnortnah und flächendeckend spezielle ambulante Strukturen aufzubauen, die dem Betroffenen zeitlich befristete intensivierete Maßnahmen im therapeutischen Team ermöglichen. Die Vorrangigkeit niederschwelliger ambulanter Maßnahmen ist dabei unter Einbezug von Netzwerkstrukturen zu berücksichtigen, um auch den zukünftigen pflegerischen Aufwand, der bei nicht rechtzeitigen Interventionen entsteht, zu minimieren. Auch die Pflege steht heute und künftig vor erheblichen Herausforderungen. Dem zunehmende Bedarf an Pflegekräften, die Rekrutierung von fachqualifiziertem Personal und vor allem dem steigenden Versorgungsbedarf der Bevölkerung kann im Vorgriff entgegengewirkt werden, wenn diese wohnortnahen Strukturen genutzt werden, um den Patienten ein längeres selbstbestimmtes Leben in der eigenen Häuslichkeit ermöglicht wird.

Das Motto „Lieber daheim als im Heim“ wird mit Blick auf den demografischen Wandel, den sich verschärfenden Personalmangel und die steigenden Pflegekosten künftig an Bedeutung gewinnen. Trotz der positiven Ergebnisse, die diese Versorgung mit sich bringt, nämlich, dass alte Menschen so lange wie möglich in ihrem selbstgewählten sozialen Umfeld leben können, fehlen die gesundheitspolitischen Rahmenbedingungen für die Umsetzung.

AGR Schönebeck: www.agrsbk.de / Tel. 03928/42 560 13

AGK Börde: www.therapiezentrum-wanzleben.de/geriatrische-komplexbehandlung
Tel. 039209 / 60120

AGERA Stendal: 03931 / 212180

Auch die Verhältnisse beeinflussen das Verhalten: Zahnärztliche Versorgung vulnerabler Bevölkerungsgruppen nicht vernachlässigen

Prof. Dr. Dietmar Oesterreich,
Vizepräsident der
Bundeszahnärztekammer



Gerade die Versorgung von Pflegebedürftigen ist eine unterschätzte Herausforderung. Gleichzeitig wird der Berufsstand der Zahnärzte auf dem Land zunehmend älter. Die KZBV steuert mit verschiedenen Maßnahmen dagegen.

Dass Erkrankungsrisiken deutlich von der sozialen Herkunft abhängen, ist in allen Industrienationen sowie über alle medizinischen Fachgebiete hinweg offensichtlich und vielfach wissenschaftlich nachgewiesen. Ein zentrales Kriterium zur Beurteilung der Qualität und Wirksamkeit von Gesundheitssystemen ist, wie hoch die Zugangsschwelle zu Gesundheitsdienstleistungen ist. Ziel des Gesundheitssystems in Deutschland muss es also sein, allen Patientinnen und Patienten unabhängig von Alter, Geschlecht, sozialem Satus und Wohnort eine effektive, effiziente und leicht zugängliche Gesundheitsversorgung zur Verfügung zu stellen.

Somit stehen besonders vulnerable Bevölkerungsgruppen bei allen Initiativen zur Verbesserung des Gesundheitssystems im Fokus. Es geht zentral um Menschen, die auf Grund ihrer sozialen Stellung, ihres Alters, einer vorliegenden Behinderung oder ihres Wohnumfeldes besonderen Risiken für Erkrankungen ausgesetzt sind und deren eigene Ressourcen und Möglichkeiten nicht zu gesundheitsförderlichem Verhalten oder zur Krankheitsbewältigung ausreichen. Insbesondere gehören hierzu Kinder und Jugendliche, Menschen mit einer Behinderung, aber auch alte und pflegebedürftige Menschen sowie Bevölkerungsgruppen, deren Zugang zur (zahn)medizinischen Versorgung örtlich eingeschränkt ist.

Die Zahnmedizin konnte auf Grundlage der sozialepidemiologischen Ergebnisse eindrucksvoll nachweisen, dass mit Hilfe von verhaltens- und verhältnispräventiven Initiativen die Mundgesundheit der deutschen Bevölkerung deutlich verbessert wurde. Somit gilt es diese Erkenntnisse für alle Bevölkerungsgruppen zu nutzen und auf diese auszuweiten.

Demographische Entwicklung und Herausforderungen der Pflege

Angesichts der demographischen Entwicklung in Deutschland und den damit verbundenen Herausforderungen im Bereich der Pflege als auch der medizinischen und zahn-

medizinischen Versorgung, ist eine Konzentration auf die vulnerable Bevölkerungsgruppe der Senioren und Pflegebedürftigen von erheblicher Bedeutung.

Die Bundeszahnärztekammer (BZÄK) hat sich bereits im Jahr 2006 für eine systematische Ausrichtung der zahnärztlichen Praxen mit Hilfe des breit eingeführten Leitfadens „Präventionsorientierte Zahnmedizin unter den besonderen Aspekten des Alterns“ eingesetzt. Dieser wissenschaftlich begründete und gleichzeitig praxisnahe Leitfaden gibt den Zahnärztinnen und Zahnärzten eine systematische Orientierungshilfe zu Dienstleistungen in der Praxis. Im Zentrum der Initiativen der BZÄK standen – basierend auf dem Gesamtkonzept „Prophylaxe ein Leben lang“ – insbesondere die Verbesserung der zahnmedizinischen Prävention für alle Altersgruppen und soziale Schichten. Nachfolgend setzten sich besonders engagierte Zahnärzte der (Landes-)Zahnärztekammern in Koordinierungskonferenzen der BZÄK spezifisch mit einer verbesserten Prävention und Versorgung der alten und pflegebedürftigen Patienten auseinander.

Eckdaten der Pflegestatistik 2017

Pflegebedürftige 2017 nach Versorgungsart

3,4 Millionen Pflegebedürftige insgesamt

zu Hause versorgt:
2,59 Millionen (76 %)

in Heimen vollstationär
versorgt: 818 000 (24 %)

durch Angehörige:
1,76 Millionen
Pflegebedürftige

zusammen mit /
durch ambulante
Pflegedienste:
830 000 Pflege-
bedürftige

durch 14 100
ambulante Pflege-
dienste mit 390 300
Beschäftigten

in 14 500
Pflegeheimen¹
mit 764 600
Beschäftigten

¹ Einschließlich teilstationärer Pflegeheime

Quelle: Pflegestatistik 2017, Statistisches Bundesamt (Destatis), 2018

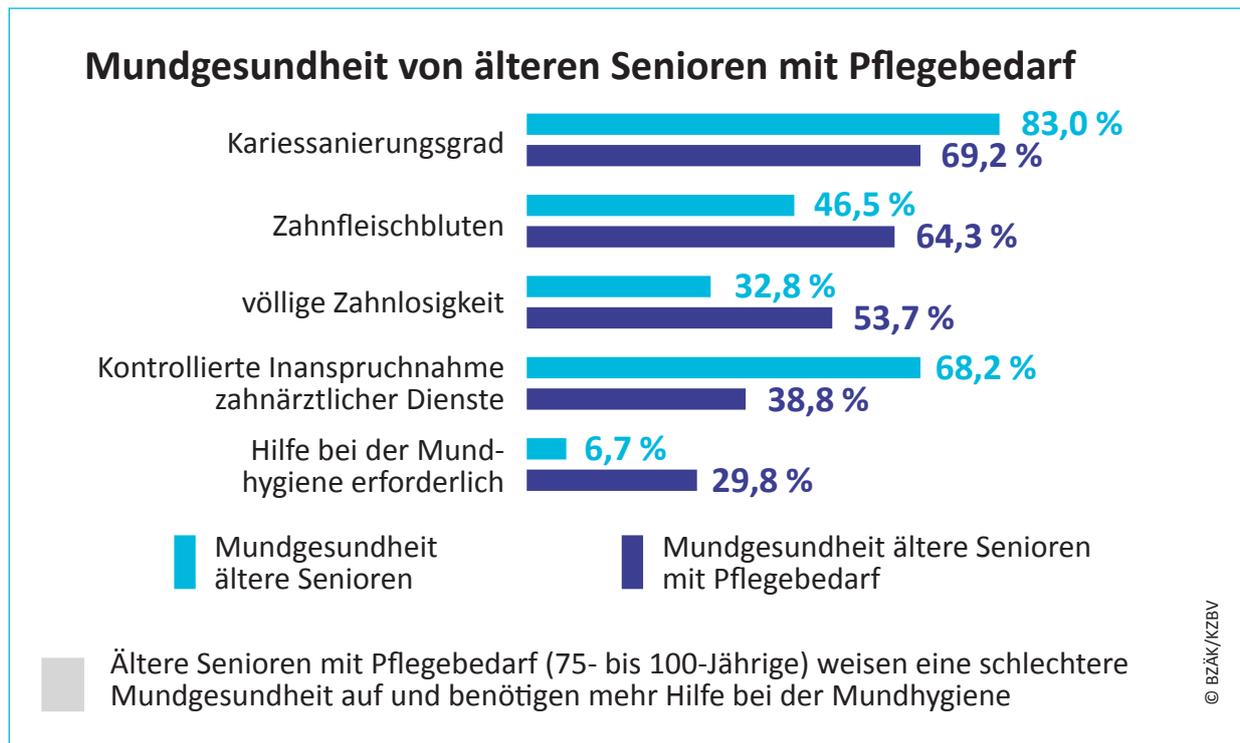


Abb. 1: S. 21, Kurzfassung Fünfte Deutsche Mundgesundheitsstudie (DMS V)

Pflegebedürftige werden heute zu knapp einem Drittel in Pflegeheimen, aber zu über zwei Dritteln im häuslichen Bereich pflegerisch betreut. Pflegebedürftige standen im Fokus entsprechender Pilotprojekte der (Landes-)Zahnärztekammern. Im Rahmen dieser Projekte galt es, Prävention und Versorgung für diese Patientengruppe besser zu organisieren und ihre Effekte zu evaluieren. Die Ergebnisse zeigten, dass regelmäßige Präventions- und Versorgungsangebote zu einer deutlichen Reduktion akuter zahnärztlicher Behandlungen, zu einer deutlichen Verbesserung der Lebensqualität und zu einem Sinken belastender Situationen in der Pflege führten. Die Evaluation der best-practice-Modelle zeigte aber auch, dass das Gesundheitssystem und deren Leistungsanreize sowie Finanzierung nicht auf diese Bevölkerungsgruppe und die damit verbundenen Herausforderungen ausgerichtet waren. Die weitere systematische Auseinandersetzung führte zu einem gemeinschaftlich von Wissenschaft, Berufsverbänden, Kassenzahnärztlicher Bundesvereinigung (KZBV) und Bundeszahnärztekammer eingeführten Versorgungskon-

zept: „Mundgesund trotz Handicap und hohem Alter“. Nachfolgend nahm der Gesetzgeber in verschiedenen gesetzlichen Initiativen wesentliche Anteile dieses Konzeptes auf und setzte deutliche Leistungsanreize für die Zielgruppe.

Im Rahmen der Fünften Deutschen Mundgesundheitsstudie (DMS V), einer zum fünften Mal von BZÄK und KZBV durchgeführten sozialepidemiologischen und bevölkerungsrepräsentativen Untersuchung der Bevölkerung in Deutschland, konnte die notwendige Verbesserung der Mundgesundheit für Pflegebedürftige klar nachgewiesen werden. So leiden Menschen mit Pflegebedarf deutlich stärker an Karies, parodontalen Erkrankungen, fehlenden Zähnen und können gleichzeitig wesentlich geringer kontrollorientiert den Zahnarzt in Anspruch nehmen und für notwendige eigene Mundhygiene sorgen.

Zudem zeigt sich in der wissenschaftlichen Literatur, dass Erkrankungen der Mundhöhle kausale Zusammenhänge

zu wesentlichen Erkrankungen des Körpers besitzen. Insbesondere parodontale Erkrankungen weisen enge Zusammenhänge zu Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Herzinfarkt, Diabetes mellitus, rheumatischen Erkrankungen und Lungenerkrankungen auf. Nicht zuletzt ist es wissenschaftlich erwiesen, dass auch die Lebensqualität durch eine Verbesserung der Mundgesundheitsituation, gerade in dieser Bevölkerungsgruppe, deutlich verbessert werden kann.

Kooperationen und Aufklärung weiter vorantreiben

Die gesetzlichen Initiativen haben bereits nachhaltige Reaktionen im zahnärztlichen Berufsstand ausgelöst. So wurde die Möglichkeit von Verträgen zwischen Zahnärzten und Pflegeeinrichtungen mittlerweile in 4.331 Fällen genutzt (Stand: 12/2018).

Gleichzeitig wurde die Kooperation mit Pflegekräften im Rahmen von Fortbildungsangeboten durch die Zahnärztekammern ausgebaut. Gemeinsam mit dem Deutschen Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege und den zuständigen zahnmedizinischen Fachgesellschaften ist die BZÄK derzeit eingebunden, Expertenstandards für das Thema Mundhygiene in der Pflege zu entwickeln. Auch wurden breite Aufklärungsmaßnahmen für Pflegekräfte als auch pflegende Angehörige durch gemeinsam mit den Pflegeorganisationen entwickelte Filme und Informationsmaterialien entwickelt.¹ Diese dienen ebenso den zahnärztlichen Praxen zur Unterweisung pflegender Angehöriger. Derzeit laufen gemeinsam mit der KZBV Aufklärungsmaßnahmen über die Möglichkeiten, im häuslichen Umfeld zahnmedizinische Prävention und Versorgung durchzuführen und auf die Angebote der gesetzlichen Krankenversicherung aufmerksam zu machen. Gerade die Versorgung im häuslichen Umfeld bedarf nach wie vor einer weiteren Verbesserung. Anzustreben wäre hierbei auch eine Zusammenarbeit mit den ärztlichen Fachgebieten der Allgemein- und inneren Medizin.

Unbefriedigend ist weiterhin die Versorgung von Menschen mit Behinderung, da nicht alle gesetzlich eingeführten Regelungen für Menschen mit Pflegestufen auch für Patienten mit Eingliederungshilfen gelten. Auch sind notwendige Behandlungen in Intubationsnarkose (ITN) unter ambulanten Bedingungen finanziell schlecht in der gesetzlichen Krankenversicherung abgebildet. Zudem erfordert die Behandlung von Menschen mit Behinderung oftmals einen hohen zeitlichen und personellen Einsatz, der ohne betriebswirtschaftliche Einbußen in der Praxis nicht darstellbar ist.

Erschwerend für die wohnortnahe zahnmedizinische Betreuung, auch von Pflegebedürftigen, ist die demographische Entwicklung im zahnärztlichen Berufsstand selbst. Sie führt dazu, dass insbesondere Zahnärztinnen und Zahnärzte im ländlichen Raum auf Grund ihres Alters in den Ruhestand gehen und kaum Nachfolger zur Weiterführung der Praxen finden. Zahnmedizinische Versorgungszentren (ZMVZ) fallen als Alternative aus, sie siedeln sich kaum im ländlichen Raum an. Hier bedarf es berufs- und gesundheitspolitischer Initiativen, um die Ansiedlung von Zahnärzten im ländlichen Raum zu unterstützen und zu verbessern. Solche Initiativen sind gleichzeitig ein wesentlicher Beitrag zur Schaffung von gleichwertigen Lebensverhältnissen in Deutschland. Die Zahnmedizin als wesentlicher Teil der medizinischen Primärversorgung im Gesundheitssystem betrifft jeden Menschen unmittelbar und verlangt eine lebensbegleitende Betreuung.

Mit den aufgezeigten Initiativen, aber auch der Analyse von bestehenden Problemlagen nimmt der zahnärztliche Berufsstand seine Verantwortung im Gesundheitssystem nachhaltig wahr. Es braucht aber die Bereitschaft der Politik, um zu umfassenden und nachhaltigen Lösungen zu kommen.

¹ <https://www.youtube.com/channel/UCwmGBPNN7xOxFbtrnzN86aw>

Versorgungssteuerung in Selektivverträgen als Beitrag zu einer flächen- deckenden Qualitätsförderung

Dr. Christopher Hermann,
Vorsitzender des Vorstandes,
AOK Baden-Württemberg



Über die Haus- und Facharztverträge der AOK Baden-Württemberg ist in den vergangenen Jahren vielfach berichtet und publiziert worden. Tatsächlich lesen sich die Evaluationsberichte, die mittlerweile zur Hausarztzentrierten Versorgung (HZV) und neuerdings auch zu Facharztverträgen vorliegen, als Erfolgsbilanz der Partner der Alternativen Regelversorgung im Südwesten.

Im Einzelnen belegen die Berichte eine Fülle von Qualitätsvorteilen – beispielsweise:

- Circa 4.800 vermiedene schwere Komplikationen bei Diabetespatienten bei HZV-Versicherten im Unterschied zu einer adjustierten Vergleichsgruppe im Zeitraum 2011 bis 2017,
- annähernd 2.700 Krankenhausaufenthalte weniger bei HZV-Patienten mit koronarer Herzkrankheit allein im Jahr 2017,
- eine signifikante Senkung der Mortalität: Ca. 1.700 vermiedene Todesfälle im HZV-Kollektiv von 2011 bis 2016,
- eine höhere Gesamtwirtschaftlichkeit der Versicherten in den Selektivverträgen über alle Leistungsbereiche.

Im Unterschied zu vielen anderen „Innovationen“ im Gesundheitswesen beeindruckt besonders die Nachhaltigkeit des Erfolgs: Entgegen der allgemeinen Erfahrung aus längerfristig evaluierten Versorgungsinnovationen nähern sich die Outcomes von HZV-Teilnehmern und Versicherten der Regelversorgung im Zeitverlauf nicht an. Im Gegenteil öffnet sich die „Qualitätsschere“ weiter zu Gunsten der „Interventionsgruppe“, also die in die Haus- bzw. Facharztverträge eingeschriebenen Versicherten.

Dieser Befund gilt zunächst für das HZV-Versichertenkollektiv in toto. In Zeiten zunehmender Unterschiede zwischen Zentrum und Peripherie rücken jedoch Fragen der regionalen Verteilungsgerechtigkeit zunehmend in den Fokus von Politik, Öffentlichkeit und Wissenschaft. Dies betrifft sämtliche Aspekte der öffentlichen Daseinsfürsorge; und damit auch die Infrastruktur der gesundheitlichen Versorgung. Die verwaiste Landarztpraxis und das geschlossene Kreiskrankenhaus stehen exemplarisch für die geschärfte öffentliche und politische Aufmerksamkeit. Auch wenn die mitunter dramatischen Szenarien „abgehängter Regionen“ nicht der bundesdeutschen – und schon gar nicht der baden-württembergischen – Wirklichkeit entsprechen, so richtet sich das politische Postulat „gleichwertiger Lebensverhältnisse“ längst auch an die Gesetzlichen Krankenkassen. Und auch die Haus- und Facharztverträge sind daran zu messen, ob sie in der ge-

samten Fläche des Landes wirksam werden – oder doch primär in den ohnehin „privilegierten“ urbanen und wirtschaftlichen Zentren.

Regionaleffekte sind erstmals im HZV-Forschungsbericht 2018 Gegenstand der wissenschaftlichen Evaluation. Darüber hinaus liefern weitere Evaluationsergebnisse, aber auch die Erfahrungen aus der „Praxis“ der Hausarztzentrierten Versorgung genügend Hinweise, um belastbare Aussagen zur Wirksamkeit der Alternativen Regelversorgung in ganz Baden-Württemberg zu treffen.

Erfolgsfaktoren der Haus- und Facharztverträge „in der Fläche“

Koordination und Vernetzung

Aus Befragungen angehender oder eben approbierter Medizinerinnen und Mediziner sind deren Erwartungen an die künftige Berufsausübung hinlänglich bekannt. Dabei steht neben der häufig zitierten Work-life-balance insbesondere die Arbeit in kooperativen Settings ganz vorne. Vor diesem Hintergrund liegt es auf der Hand, dass (Einzel-)Landarztpraxen für junge Ärztinnen und Ärzte in ihrer Lebensplanung nicht die erste Wahl sind.

Klar ist aber auch, dass die strukturellen Gegebenheiten einer Region durch die gesetzliche Krankenversicherung nur bedingt zu beeinflussen sind. Dies gilt nicht zuletzt für die Anzahl und die Standorte potenzieller Kooperations- und Netzwerkpartner für Ärztinnen und Ärzte in ländlichen Regionen. Umso mehr müssen Vernetzung und Zusammenarbeit daher gerade dort über kooperationsförderliche Prozesse unterstützt und vorangetrieben werden.

Die Erfahrungen mit Vernetzungsmodellen seit den Aufbruch-Jahren der Integrierten Versorgung sind in dieser Hinsicht ambivalent: Ermutigenden Einzelbefunden steht die allgemeine Erkenntnis entgegen, dass sich Ärztenetze und andere Verbundstrukturen mangels innerer Verbindlichkeit und institutioneller Verankerung überwiegend nicht als nachhaltige Alternative zur Regelversorgung be-

haupten. Zudem sind sie gerade in der Fläche eher unterrepräsentiert und ergänzen eher das ohnehin dichte Versorgungsangebot in städtischen Regionen.

Dagegen sind Kooperation und Koordination – als Wesensmerkmale vernetzter Versorgung – in der HZV in Baden-Württemberg flächendeckend angelegt. Nämlich auf der Basis verbindlicher Rollen und strukturierter Prozesse – insbesondere Versorgungspfade –, die sich an wissenschaftlicher Evidenz und an den Zielen der regionalen Vertragspartner orientieren. Eine interdisziplinäre Dimension der Kooperation erhält die HZV durch das AOK-Facharztprogramm. Es umfasst mittlerweile neun Fachgruppen, drei weitere stehen vor dem Vertragsstart. Haus- und Facharztprogramm sind durch komplementäre Rollen- und Prozessdefinitionen systematisch aufeinander bezogen. Für jeden neuen Vertrag im Rahmen des Facharztprogramms gilt zudem von Beginn an der Anspruch einer flächendeckenden Präsenz, die in einem Quorum gemessen wird. Erst wenn das Quorum grundsätzlich erreicht wird, startet die Vertragsumsetzung.

HZV stärkt Allgemeinmedizin

Nicht zuletzt war und ist die HZV eine versorgungspolitische Antwort auf die strukturelle Schwächung der Allgemeinmedizin, die in ländlich geprägten Kreisen längst in Form verwaister Hausarztsitze Realität geworden ist. Diese Schwächung hat mehrere Ursachen. Eine davon ist der ungebrochene Trend hin zur ärztlichen (Sub-)Spezialisierung, die – ausgehend von der Hochschulmedizin – längst den gesamten stationären Sektor erfasst hat – mit allen Konsequenzen für die ärztliche Weiterbildung und damit für die Berufsorientierung nachrückender Ärztegenerationen.

Dieser Entwicklung war und ist allein mit einer konsequenten Aufwertung des Hausarztes zu begegnen, die sich nicht auf wohlfeile Appelle beschränkt, sondern auf konkrete und im Versorgungsalltag wirkmächtige vertragliche Arrangements baut. Der Sachverständigenrat Gesundheitswesen hat dem deutschen Versorgungssystem

wiederholt erhebliche und strukturbedingte Koordinationsmängel attestiert. Die HZV hingegen nimmt Lotsenbegriff tatsächlich ernst und überträgt dem Hausarzt zielführende Steuerungskompetenzen – und unterstreicht dies mit einer Vergütung, die dieser Verantwortung gerecht wird. Repräsentative Befragungen im Rahmen der HZV-Evaluation bestätigen regelmäßig die besonders hohe Berufszufriedenheit von Hausärzten in der HZV.

VERAH

Die Stärkung der hausärztlichen Rolle findet ihre Fortsetzung in einer Aufwertung der medizinischen Fachangestellten als „Versorgungsassistentin in der Hausarztpraxis“ (VERAH). Die VERAH ist bundesweit nicht das einzige (haus-)ärztliche Delegationskonzept, doch im Unterschied zu ihnen ist die VERAH im HZV-Vertrag der AOK Baden-Württemberg mit besonderen Qualitätsmerkmalen verankert. Dies beinhaltet ihre Aus- und Fortbildung inklusive wissenschaftlich begleiteter Qualitätszirkel, ebenso gezielte Vergütungsanreize für HZV-Ärzte, um in Ausbildung und Einsatz der VERAH zu investieren, und schließlich ein spezifisches Mobilitätskonzept mit dem Ziel, delegationsfähige Hausbesuche systematisch an VERAHs zu übertragen: Über 1.100 Kleinwagen mit einem unverwechselbaren „Branding“ wurden seit 2013 als VERAHmobil an HZV-Praxen in Baden-Württemberg ausgeliefert. Im neuen Jahr werden auch VERAHs in eAutos und mit eBikes auf den Straßen im Südwesten zunehmend zu sehen sein.

Diese Bausteine stärken die berufliche Identität der VERAHs und die Bereitschaft ihrer Arbeitgeber, das Delegationspotenzial „ihrer“ VERAH voll auszuschöpfen. Die HZV-Evaluation bestätigt dies insbesondere für die besonders zeitintensiven Prozeduren wie das Management von Medikamentengabe und Wundversorgung. Dabei erscheint es naheliegend, dass Hausärztinnen und Hausärzte besonders dort von der Entlastung durch die VERAH profitieren, wo Patienten- und Fallzahlen überdurchschnittlich hoch und die Wege zu den Patienten weit sind – in Landarztpraxen.

HZV als Anker für Innovation

Die HZV erweist sich zunehmend als „Anker“ für innovative Versorgungsgestaltung, die nur in einem institutionell stabilen, aber vertraglich flexiblen Setting entwickelt und implementiert werden kann.

Dies trifft exemplarisch für PraCMan zu, einem Fallmanagement, das von der Universität Heidelberg für ausgewählte chronisch kranke, multimorbide Menschen konzipiert wurde. Das Ziel von PraCMan ist die Minimierung vermeidbarer Krankenhausaufenthalte durch eine engmaschige Betreuung, in der die VERAH – unterstützt durch moderne Software – spezifische Managementfunktionen übernimmt, insbesondere Assessments, Hilfeplanung und Monitoring.

Eine weitere Innovation der HZV bietet Telederm, ein Telekonsil zur fachärztlichen Befundung von Hautveränderungen, die in der Hausarztpraxis digital erfasst und an Spezialisten übermittelt werden.

Mit PraCMan und Telederm wurden Projekte an die HZV „angedockt“, die dort aufgrund ihrer Rollendefinitionen, Merkmale und Versorgungsziele unmittelbar anschlussfähig sind und gezielt auf die Bedarfe und Voraussetzungen von Praxen mit hoher Versorgungsintensität und breiten Einzugsgebieten rekurrieren.

HZV – messbarer Nutzen in Stadt und Land

In den Ergebnisberichten haben die Evaluatoren an Hand von „Basisindikatoren“ auch untersucht, ob die HZV ihr Qualitätsversprechen tatsächlich einlösen kann. Diese Indikatoren beschreiben insbesondere qualitative wie ökonomische Outcomes:

- Anzahl der unkoordinierten Facharztkontakte
- Vermeidbare Krankenseinweisungen
- Kosten der stationären Versorgung
- Hospitalisierungsrate und Krankenhaustage
- Wiedereinweisungen innerhalb von vier Wochen nach Krankenhauserlassung

- Anzahl der Versicherten mit Polymedikation
- Kosten durch Arzneimittelverordnungen

Nach den Ergebnissen ist diese Fragestellung uneingeschränkt zu bejahen.

Für die drei erstgenannten Indikatoren wurden im Ergebnisbericht 2018 darüber hinaus Teilkollektive untersucht. Dabei wird jeweils zwischen männlichen und weiblichen Versicherten sowie zwischen jenen mit ländlichem und städtischem Wohnort unterschieden und schließlich zwischen sozial „eher mehr deprivierten“ und „eher weniger deprivierten“ Versicherten.

In sämtlichen Teilkollektiven zeigen sich die Vorteile der HZV in gleicher Weise – und in fast gleicher Effektstärke – wie im gesamten HZV-Kollektiv. Vor dem Hintergrund der Hypothese einer Benachteiligung des ländlichen Raums und auch mit Blick auf den gesicherten Zusammenhang zwischen Gesundheit und sozialer Lage ist dieser Befund nicht hoch genug zu würdigen.

Potenziale und Perspektiven – Risiko GKV-FKG

Die Haus- und Facharztverträge der AOK Baden-Württemberg sind kein dezidiertes Programm zur Strukturentwicklung des ländlichen Raums. Sie sind auch keineswegs ein Patentrezept gegen den (Haus-)Ärztmangel auf dem Land. Vielmehr verfolgen sie einen Ansatz der Qualitätsverbesserung, der sich konsequent an Versorgungsprozessen und -zielen orientiert. HZV und Facharztprogramm adressieren den ländlichen Raum zwar nicht dezidiert, sie sind jedoch gerade dort besonders wirksam, weil sie die Akteure in Regionen mit einer geringen Infrastruktur- und Versorgungsdichte in vielfältiger Weise unterstützen und entlasten.

Aktuell droht der Alternativen Regelversorgung jedoch nachhaltiger Schaden – als Folge des sogenannten „Faire-Kassenwettbewerb-Gesetzes“ (GKV-FKG). In seinem Gesetzentwurf plant der Bundesgesundheitsminister nichts weniger als eine Neuordnung des morbiditätsorientierten

Risikostrukturausgleichs (Morbi-RSA), und er hat dabei auch die Selektivverträge ins Visier genommen. Nämlich in Gestalt eines strikten Verbots, Diagnosen als Element zur Leistungs- und Vergütungssteuerung in Versorgungsverträgen einzusetzen. Damit sollen vermeintlich Anreize unterbunden werden, „Geld für Diagnosen“ zu gewähren, mit denen sich Krankenkassen in der Vergangenheit einen unzulässigen Vorteil im Verteilungskampf um Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds verschafft haben.

Der Gesetzgeber, unterstützt durch die Aufsichtsbehörden, hat derlei Praktiken in sogenannten „Betreuungsstrukturverträgen“ im Heil- und Hilfsmittelversorgungsgesetz (HHVG) 2017 bereits wirksam unterbunden. Das „Diagnosenverbot“ im aktuellen Kabinettsentwurf des GKV-FKG dagegen geht weit darüber hinaus. Diagnosen sind als Instrument der Beschreibung, Steuerung und Vergütung medizinischer Leistungen weltweit anerkannt. Deutschland setzt mit den DRGs so konsequent wie kaum ein anderes Land auf Diagnosen als Messgröße für die Honorierung von Krankenhausleistungen. Es ist nicht nachvollziehbar, Diagnosen in der ambulanten Versorgung – und nur dort – unter den Generalverdacht der Manipulation des Morbi-RSA zu stellen. Damit unterminiert das Bundesgesundheitsministerium versorgungsintensive Selektivverträge.

In den laufenden parlamentarischen Beratungen zum GKV-FKG ist zwingend zur gesundheits- und versorgungspolitischen Vernunft zurückzukehren und die Innovationsstopper aus dem GKV-FKG zu eliminieren. Ein unvoreingenommener Blick auf die Erfolge der „Alternativen Regelversorgung“ sollte die verantwortlichen gesundheitspolitischen Akteure an die enormen positiven Potenziale von Haus- und Facharztverträgen erinnern – auch und gerade für den ländlichen Raum.



Evaluation der Hausarztzentrierten Versorgung (HZV) in Baden-Württemberg - Ausgabe 2018:
https://aok-bw-presse.de/fileadmin/mediathek/dokumente/hzv-evaluation_2018.pdf

Versorgung vulnerabler Gruppen: Außerklinisch beatmete Personen

Martin Spiegel,
Fachgebietsleiter Stationäre
Versorgung, Siemens-
Betriebskrankenkasse



In Heimen, sogenannten Beatmungs-WGs oder im häuslichen Umfeld künstlich beatmete Menschen gehören in vielerlei Hinsicht zu den vulnerabelsten Patienten in unserer Versorgungslandschaft: Abhängig von Geräten und Pflegepersonen müssen sie teils rund um die Uhr maschinell beatmet und fachlich betreut werden. Jederzeit kann unvorhergesehen ein lebensbedrohlicher Zustand eintreten. Ein ganzes Team qualifizierter Pflegekräfte muss diese Patienten rund um die Uhr betreuen und überwachen, insbesondere um gegebenenfalls sofort intervenieren zu können.

Die Zahl der Patienten mit chronischer respiratorischer Insuffizienz, die zuhause beatmet werden, steigt in Deutschland kontinuierlich an – wobei verschiedenen Untersuchungen zufolge nicht in jedem Fall eine dauerhafte Beatmung notwendig wäre. Die Beurteilung der individuellen Beatmungssituation ist dabei vielschichtig und bedarf Expertenwissen aus verschiedenen Versorgungsebenen. Für viele außerklinisch beatmete Patienten in Deutschland besteht eine Chance, dass sie sich zumindest temporär aus dieser Abhängigkeit lösen. Studien belegen, dass etwa 60 Prozent aller außerklinischen Beatmungspatienten in spezialisierten Entwöhnungseinrichtungen, den Weaning-Zentren, zumindest vorübergehend von der Beatmung entwöhnt werden könnten. Nicht nur viele Krankenkassen, auch Fachgesellschaften wie die Deutsche Interdisziplinäre Gesellschaft für außerklinische Beatmung (DIGAB) bemängeln, dass Entwöhnungspotenziale häufig nicht vollständig ausgeschöpft werden und in einigen Fällen über Jahre hinweg nicht erkannt wird, dass das aktuelle Beatmungsregime so nicht notwendig ist. Die Folge ist, dass diese Patienten langfristig und im Zweifel für ihr restliches Leben an Maschinen hängen – mit erheblichen Einschränkungen in der Lebensqualität und hohen Risiken für ihre Gesundheit.

Mangelnde Facharztversorgung verschärft Probleme

Das aktuelle Problem in der Versorgungslandschaft besteht häufig nicht darin, dass diese Gruppe überwiegend nicht gut versorgt wird. In den meisten Fällen findet auch ambulant eine professionelle Versorgung der Patienten statt. Experten beklagen jedoch ungenügende Qualitäts- und Kontrollstandards bei Intensivpflegediensten und ambulanten Einrichtungen sowie unzureichende Qualitätsanforderungen an die professionellen Helferinnen und Helfer in der Pflege langzeitbeatmeter Patienten, was leider immer wieder zu aufsehenerregenden Skandalen und unnötigen Notfallsituationen führt.

Das flächendeckende Qualitätsproblem liegt allerdings darin, dass ein Großteil der Patienten keinen auf Beatmung und vor allem die Beatmungsentwöhnung spezialisierten Facharzt mehr zu Gesicht bekommt, wenn sie erst einmal aus einer Klinik entlassen wurden. Viele Patienten, die direkt von Intensivstationen nach Hause oder ins Heim verlegt werden, wurden nie von einem solchen Weaning-Experten untersucht. Weil für die pflegerische Versorgung dieser Menschen Tag und Nacht Pflegefachkräfte im Einsatz sind, spielen oftmals auch monetäre Anreize bei der Entscheidung für eine Kontrolluntersuchung eine Rolle. So setzen aktuell nach einer Hochrechnung der SBK allein ambulante Pflegedienste in diesem Segment deutschlandweit etwa zwei bis vier Milliarden Euro pro Jahr beziehungsweise pro Fall circa 15.000 bis 20.000 Euro pro Monat um. Abrechnungsbetrug durch Berechnung nicht erbrachter Leistungen und durch Einsatz nicht ausreichend qualifizierter Pflegekräfte scheint weit verbreitet. Immer wieder landen kleinere und größere Fälle vor den Gerichten. Erst im Juli wurde ein Berliner Pflegedienst angeklagt, weil nicht erbrachte Leistungen in Millionenhöhe abgerechnet worden sein sollen. Im November 2018 sowie im Januar 2019 gab es Anklagen, weil Pflegedienste mit falschen Abrechnungen Krankenkassen und Behörden um mehrere Millionen Euro betrogen haben sollen. Patienten, Angehörige und andere Eingeweihte sollen dabei hohe Schmiergelder erhalten haben.

Hinzu kommt, dass viele behandelnde Ärzte oft nur wenig Kenntnisse auf dem Gebiet der Beatmungsentwöhnung (Weaning) besitzen und ihre Patienten dadurch nicht hinreichend über ihre Möglichkeiten aufklären können. Ohne fachliche Expertise und langjährige Erfahrung in der Beurteilung kann jedoch nicht sicher festgestellt werden, ob die beatmete Person von der maschinellen Beatmung entwöhnt oder beispielsweise auch mit einer deutlich sichereren und angenehmeren Maskenbeatmung statt dauerhaft per Halskanüle versorgt werden könnte.

Beatmungspatienten landen also in einer Art Sackgasse: Werden sie erst einmal mit einem Beatmungsgerät aus einer Klinik entlassen, besteht oft keine Chance, dass der einmal gewählte Weg überprüft wird und sie gegebenenfalls wieder ein freieres Leben führen könnten. Und je länger ein Patient künstlich beatmet wird, desto mehr besteht die Gefahr mitunter lebensgefährlicher Komplikationen, wie beispielsweise von Lungenentzündungen und Verschleimung. Mit zunehmender Beatmungsdauer gestaltet sich in der Regel auch die Entwöhnung vom Beatmungsgerät schwieriger, beispielsweise durch Abbau der Atemmuskulatur.

Qualitätsverträge als Lösungsansatz

Um die Situation von Beatmungspatienten zu verbessern, hat die SBK als erste Krankenkasse ein noch relativ neues Instrument genutzt, das der Gesetzgeber Krankenkassen seit 2017 zur Verfügung stellt. Im Dezember 2018 schloss die SBK und mit dem Weaning-Zentrum der Karl-Hansen-Klinik im westfälischen Bad Lippspringe nahe Paderborn den bundesweit ersten Qualitätsvertrag zur Beatmungsentwöhnung von langzeitbeatmeten Patienten. Seit Frühjahr 2019 ist der Vertrag beim Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTIG) registriert und für weitere Partner geöffnet.

Klinische Beatmungsspezialisten aus dem nächstgelegenen oder schnellstmöglich verfügbaren angeschlossenen Weaning-Zentrum beurteilen hierbei gemeinsam mit den betreuenden niedergelassenen Ärzten im Rahmen einer von der Krankenkasse finanzierten Voruntersuchung, ob ein Entwöhnungsversuch von der künstlichen Beatmung erfolgsversprechend sein könnte. Die Untersuchung findet für den Patienten komplikationslos und aufwandsarm zu Hause oder in der ambulanten Beatmungseinrichtung statt. Die Beurteilung begründet sich auf einer vom Weaning-Zentrum unterstützten klinischen Untersuchung durch den niedergelassenen Arzt und einer anschließenden gemeinsamen Fallkonferenz. Bis zu einer konkreten Beurteilung bleiben die Patienten also in ihrem gewohn-

ten Umfeld. Anschließend kann eine erfolgsversprechende Aufnahme in einem Weaning-Zentrum zur Beatmungsentwöhnung eingeleitet werden, sofern die Kriterien hierfür erfüllt sind und der Patient einwilligt. Gegebenenfalls werden aber auch nur Beatmungsparameter und Begleittherapien angepasst und je nach Prognose ein Wiedervorstellungstermin vereinbart.

Den Vertrag hat die SBK bewusst niedrigschwellig gestaltet, damit möglichst viele Patienten davon profitieren: Er gibt beispielsweise den behandelnden Ärzten keine komplizierten Behandlungs- und Dokumentationsstrukturen vor und definiert keinen starr festgelegten Versorgungspfad für Weaning-Einrichtungen. Darüber hinaus sieht er keine spezifischen Prozessanforderungen, die eine Verbreitung des Vertrages behindern könnten, an beitragswilligen Krankenkassen vor. Hausärzten und Weaning-Zentren wird der Aufwand für die Fallkonferenz in jedem Fall vergütet, auch wenn kein Weaning-Potenzial festgestellt werden kann. Die Abrechnung erfolgt über die regulären Systeme zwischen Klinik und Krankenkasse. Der Hausarzt wiederum erhält seine Vergütung vom Krankenhaus. Zusätzlich zur regulären Behandlungspauschale (vor beziehungsweise vollstationär) kann die Qualitätsinvestition – sprich die Fallkonferenz sowie der Hausbesuch – mit einem eigens dafür registrierten Entgeltschlüssel abgerechnet werden. Kernelement zur Überprüfung der Qualität des Vertrages ist die nachträgliche Übermittlung und klinikbezogene Auswertung von Qualitätskennzahlen durch das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG).

Flächendeckung als Ziel

Das Interesse am Vertrag ist groß: Die SBK ist kontinuierlich mit Kliniken und Krankenkassen im Gespräch, die ebenfalls am Vertrag teilnehmen möchten. Mit interessierten Kliniken wird jeweils ein gleichlautender neuer Vertrag abgeschlossen, dem weitere Krankenkassen durch eine einfache Erklärung unkompliziert beitreten können. Hausärzte müssen ihren Beitritt nicht erklären.

Mittlerweile hat die SBK Weaning-Qualitätsverträge mit 18 der insgesamt rund 40 zertifizierten Weaning-Zentren in Deutschland geschlossen und deckt bereits das Einzugsgebiet der bundesweit geöffneten größten Betriebskrankenkasse weitgehend ab. Die restlichen Zentren sollen zeitnah folgen. Über 20 private und gesetzliche Kostenträger sind den Verträgen bereits beigetreten. Der bewusst einfach gehaltene Vertrag ist somit bereits ein Erfolgsmodell.

Inzwischen wurden nach strukturellen Vorbereitungen und der Kontaktaufnahme mit geeigneten Patienten auch die ersten Fallkonferenzen geführt. Der erste durch den Qualitätsvertrag identifizierte Patient der SBK wurde bereits in einem Weaning-Zentrum aufgenommen, weitere Patienten folgen.

Ob der Qualitätsvertrag flächendeckend die Qualität der Versorgung außerklinisch beatmeter Menschen verbessert, wird nach einer gesetzlich festgelegten Evaluationsphase unabhängig vom IQWiG beurteilt. Ist dies der Fall, sieht der Gesetzgeber eine Überleitung der Verträge in die Routineversorgung in Deutschland vor.

Möglich wurde dieser Vertrag durch den 2017 in Kraft getretenen §110a SGB V, der Qualitätsverträge und damit gezielte Qualitätsinvestitionen von Krankenkassen in zunächst vier verschiedenen Leistungsbereichen ermöglicht, die nach einem Erprobungszeitraum wissenschaftlich evaluiert werden müssen. Dieser Vertrag ist der erste, der die neuen gesetzlichen Möglichkeiten nutzt und in die Praxis umsetzt. Die SBK hatte sich bereits vor Inkrafttreten der notwendigen Umsetzungsrichtlinien erfolgreich für die Aufnahme der Indikation „Respirator-entwöhnung von langzeitbeatmeten Patientinnen und Patienten“ eingesetzt und die Entwicklung und Ausgestaltung der Rahmenbedingungen in den Selbstverwaltungsgremien und durch Mitarbeit im Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) mitgeprägt.

Mit ihrem Engagement verfolgt die SBK das Ziel, die medizinische Behandlungsqualität von langzeitbeatmeten Patientinnen und Patienten deutschlandweit zu steigern und flächendeckend Strukturen zur Überprüfung des Weaning-Potentials zu schaffen. Dass das Interesse so groß ist, ist sehr erfreulich, da die SBK mit dieser Initiative keinen Vertragswettbewerb zwischen Kassen, sondern einen Qualitätswettbewerb um die Versorgung von außerklinisch beatmeten Patienten anstoßen möchte.

„Substitutions- therapie ist echte ‘harm reduction’“

Gespräch mit
Dr. Konrad Cimander,
Leiter Kompetenzzentrum
Suchtmedizin und Infektiologie,
Hannover



Zu den vulnerablen Gruppen zählen auch die Patienten der Drogensubstitution. Besonders im ländlichen Raum stoßen bisherige Ansätze an ihre Grenzen.

Dr. Albrecht Kloepfer: Wir sprechen ja im aktuellen Heft des iX-Forums über Versorgung, „wenn’s schwierig wird“: ländliche Räume und vulnerable Gruppen. Ich würde Substitutionspatienten jetzt eher zu letzteren zählen. Warum haben Sie sich für Suchttherapie entschieden, und was genau bedeutet das?

Dr. Konrad Cimander: Als ich vor dreißig Jahren anfang, war das ein Niemandsland. Die Gesetzgebung hatte sich Ende der achtziger, Anfang der neunziger Jahre geändert. Es gab keine Kollegen, die genau wussten, wie das Ganze funktioniert. Es gab einige Forschungsprojekte, zum Beispiel an der Universität Hannover, die dann zur Zulassung der Substitution geführt haben. Ich gehörte zu denen, die sich dafür interessierten – als Chemiker hat man immer das Gefühl, es gibt noch etwas zu untersuchen. Wir Pioniere glaubten tatsächlich, dass es mit den Mitteln der Substitution vielleicht zwei bis drei Jahre brauchen würde, dann wären alle Probleme gelöst. Das war ein fundamentaler Denkfehler, da wir nicht von den heutigen Erkenntnissen der Neurobiologie wussten, dass die Opioid-Abhängigkeit, wenn sie dann über viele Jahre bestanden hat, ein chronischer, lebenslang andauernder Zustand ist, den man nicht durch Gabe eines einzigen Medikaments heilen kann. Und so entwickelte sich die Substitution zu einer Dauerbehandlung.

Wir haben in der Zwischenzeit gelernt, dass bei 70 bis 80 Prozent dieser Patienten psychiatrische komorbide Störungen auftreten, Doppeldiagnosen, Trippel- oder Quadro-Diagnosen. Natürlich gab es am Anfang auch viele HIV-Infizierte, die wir erst ab 1996 ausreichend behandeln konnten. In späteren Jahren kam dann das Problem der chronischen replikativen Hepatitis C. Neben der Gruppe der schwulen Männer war das die Gruppe mit der höchsten Inzidenz. Auch diesen Bereich mussten wir bearbeiten. So kam ich von der Suchtmedizin zur Infektiologie.

Kloepfer: Nun haben sie gesagt, sie haben vor etwa dreißig Jahren angefangen. Hängen damit auch aktuelle Herausforderungen wie der hohe Altersdurchschnitt der Substitutionsmediziner zusammen?

Cimander: Das ist richtig. Viele von denen, die damals, Anfang der neunziger Jahre mit der Substitutionsmedizin angefangen haben – ich denke, insgesamt einige 100 Kollegen – sind jetzt über sechzig. Deswegen liegt der Schnitt der etwa 1600 bis 1800 „hauptamtlichen“ Substitutionsmediziner inzwischen bei über 62 Jahren. Die Flächenländer, jetzt einmal Niedersachsen als Beispiel, haben inzwischen große Landstriche von bis zu sechzig Kilometern Durchmesser, in denen es keinen Substitutionsarzt mehr gibt.

Kloepfer: Die Patientenzahl hat nicht abgenommen?

Cimander: Nein! Die Patientenzahl hat sich seit den Anfangsjahren sogar deutlich erhöht. In Niedersachsen liegen wir jetzt bei etwa 7000. Auch in den anderen Bundesländern hat es diese Entwicklung gegeben. Das hat sich aber in den letzten Jahren auf einem stabilen Niveau eingependelt. Wir glauben als Experten, abweichend zu den Zahlen der Bundesregierung, die immer sagt, dass wir in einem Bereich von etwa 50 Prozent Substitutionsabdeckung liegen, dass wir eine weitaus größere Zahl von noch nicht behandelten Patienten haben, in einer Größenordnung von bis zu 240.000. Damit wären wir aktuell nur bei einer Abdeckung von gut einem Drittel, während rund zwei Drittel der Patienten aufgrund verschiedenster Umstände – weil sie nicht wollen oder weil sie keine Behandlungsplätze finden – nicht behandelt werden. Wir haben nicht das Problem, dass die Zahl der Konsumenten von Heroin weiter steigt, aber die bestehenden lebenslangen Opioidabhängigkeiten werden uns noch lange begleiten.

Kloepfer: Substitutionstherapie ist ja nicht gleich Substitutionstherapie: Was sind die unterschiedlichen therapeutischen Möglichkeiten?

Cimander: Wir haben heute ein ganzes Spektrum an Optionen. Wir sind mit dem überall verfügbaren D,L-Methadon gestartet. Dann kamen weitere Substitutionsmittel wie Levomethadon und Buprenorphin und retardiertes

Morphin hinzu. Jetzt gibt es mit injizierbarem Slow-Release Buprenorphin eine weitere interessante Möglichkeit. Und das ist auch gut so, weil jeder Fall anders ausfällt. Es gibt keine zwei gleichen Opioidabhängigen: Jeder hat eine andere Lebensgeschichte, andere Erfahrungen mit Substitutionsmitteln, so dass wir jetzt eine ziemlich stabile Einteilung haben in eine Hauptgruppe, die einen Vollagonisten benötigt wie Methadon oder Levomethadon – das betrifft in meiner Praxis etwas mehr 60 Prozent der Patienten – und um die 30 Prozent, die einen partialagonistischen Ansatz etwa mit Buprenorphin bevorzugen. Bei Vollagonisten ist es so, dass die meisten täglich ein Liquid bekommen. Beim Buprenorphin gibt es täglich sublinguale Tabletten. Diese haben den Vorteil, dass ein Patient – gerade im ländlichen Raum - auch einmal ein Wochenende wegbleiben kann, weil ohne toxische Effekte die bis zu dreifache Menge auf einmal gegeben werden kann. Aber das ist nicht die Lösung aller Probleme. Bei anderen Vollagonisten ist es eben nicht möglich, einfach die dreifache Menge zu geben, das limitiert das ganze.

Kloepfer: Es gibt aber auch die Take-Home Variante?

Cimander: Ja. Wenn man sieht, dass sich Patienten über Jahre stabil entwickeln und fünfzig, sechzig, siebzig Jahre alt sind, dann haben Sie eine ganz andere weitere Lebenseinstellung als noch die ganz jungen. Die wollen einfach nur noch weiter in Ruhe leben und sind so stabil, dass sie auch nach den Richtlinien der Bundesärztekammer und des G-BA ein Rezept mit nach Hause nehmen können, um sich die erforderliche Menge selbst in der Apotheke abzuholen und damit eigenverantwortlich umzugehen. Das war bisher die höchste Form der Autonomie eines Patienten. Das haben bei mir bis zu 40 Prozent. Es gibt natürlich Kollegen, die, zum Teil vielleicht auch aus honorarstrategischen Gründen sagen, wenn ich mich schon dieser Sache widme, dann will ich den Patienten auch jeden Tag sehen. Diesen Ansatz verfolge ich nicht.

Kloepfer: Es gibt aber neben der täglichen Abgabe und der Take-Home-Variante auch noch eine dritte, relativ neue Möglichkeit, die eines Depots.

Cimander: Das ist eine hochspannende Methode – auch aus Perspektive als Chemiker. Es ist phänomenal, dass Wissenschaftler eine Form der Galenik entwickelt haben, Buprenorphinmoleküle in eine quasi kristalline Struktur zu bringen – auch genannt FluidCrystal – und unter der Haut zu stabilisieren. Diese können dann durch konstante Lipolyse, also den Abbau der langkettigen Fettsäureester, sehr hohe und bislang unerreicht konstante Plasmaspiegel im Patienten entwickeln. Das vermindert einerseits die Entzugssymptomatik deutlich aber auch das Craving, das immer dann auftritt, wenn Plasmaspiegel von einem Heroinersatzstoff zu niedrig sind. Diese injizierbare Form ist ein sehr wichtiger Schritt, um den Patienten noch mehr Stabilität über einen langen Zeitraum zu geben. Ich habe inzwischen etliche dieser Patienten, die schon weit stabilisiert waren und auf dem ersten Arbeitsmarkt auch kognitiv anspruchsvolle Tätigkeiten ausführen, aber eben nicht jeden Tag eine Tablette einnehmen wollten oder konnten. Diese Patienten leben inzwischen in einem normalen familiären und beruflichen Umfeld, wie andere gut eingestellte chronisch Kranke auch.

Kloepfer: Nun haben Sie angedeutet, dass es eine Korrelation gibt zwischen Honorarsystem und Darreichung. Normalerweise sollte man denken, der Arzt macht das, was er für therapeutisch angebracht hält. Das Honorarsystem konterkariert das aber?

Cimander: Ich will es einmal vorsichtig ausdrücken: Normalerweise darf uns Ärzten das Honorar nicht so wichtig sind. Da gibt es Bundessozialgerichtsurteile, dass auch Dinge erbracht werden müssen, die nicht kostendeckend sind, wenn die Praxis mit ihrem gesamten Spektrum an angebotenen Leistungen wirtschaftlich ist. Leider haben uns die Behörden zwar die Zulassung für dieses neue Substitutionsmittel erteilt, der Bewertungsausschuss ist aber dieser Zulassung bisher nicht so rasch gefolgt, für die Ver-

abreichung dieser neuen Methode auch eine Vergütungsziffer zu schaffen. Man kann es auch nicht als Take-Home betrachten, was die Sache schwer macht. Es gibt einen Vorstoß der Kassenärztlichen Vereinigung Niedersachsen – der sich auch andere KVen deutschlandweit angeschlossenen haben –, in Richtung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung. Die KBV hat die Thematik dann dem Bewertungsausschuss übergeben, der aber natürlich eine lange Agenda von neuen Techniken hat, die es zu bewerten gilt. Bis heute gibt es da kein Ergebnis. Auf Nachfrage wurde nur bekanntgegeben, dass die Thematik im Arbeitskreis 4 verhandelt und anschließend bewertet wird.

Kloepfer: Das heißt, da hakt etwas im Prozess. Ich kann mir aber vorstellen, dass es auch für den Arzt und das Umfeld seiner Praxis besser wäre, wenn Patienten nicht jeden Tag kommen müssten. Ärzte haben ja durchaus Probleme mit der gesellschaftlichen Anerkennung ihrer Praxen haben, wenn diese zum Teil schwierigen Patienten dort täglich aufschlagen.

Cimander: Die gesellschaftliche Akzeptanz ist leider ein Aspekt, den wir auch nach 30 Jahren Substitutionsmedizin noch nicht ganz losgeworden sind. Wir machen aus Sicht der Gesellschaft noch immer „dirty medicine“, auch wenn wir den Goldstandard der Substitutionsmedizin, also die vollständige Rückführung der Patienten in einen stabilen Gesamtzustand erreicht haben. Sucht gilt als gesellschaftlicher Makel ist aber eine neurobiologische Veränderung im zentralen Nervensystem, hat eine ICD-Kodierung, ist eine ganz normale Krankheit. Das ist häufig schwierig zu vermitteln.

Drogensubstitution ist aber eine lohnenswerte Aufgabe, wenn man sich ihr stellt. Sie ist schwierig, aber sie kann zu riesigen Erfolgen führen. Wir können die Mortalität bei dieser schwierigen Gruppe fast auf Normalniveau senken. Meine Patienten werden mit mir alt, seit 30 Jahren. Ich habe in diesen 30 Jahren nicht einen einzigen durch Intoxikation unter der Substitution verloren. Die Patienten sterben jetzt natürlich mit 60, 70 Jahren an ganz normalen Erkrankungen und den Spätfolgen der Sucht.

Kloepfer: Wie ist es denn um ihre Nachfolge bestellt?

Cimander: Ich habe tatsächlich bislang keinen Nachfolger gefunden. Ich bin seit drei Jahren im Rentenalter und nähere mich meinem siebzigsten Geburtstag, arbeite aber voll in der Praxis weiter. Ich habe jetzt die Aussicht auf eine Berufsausübungsgemeinschaft mit einem Psychiater, der sich – für Psychiater eher ungewöhnlich – für Suchtmedizin interessiert.

Kloepfer: Schon aus ihrer biographischen Entwicklung wird aber deutlich, dass eine Entlastung der Ärzteschaft zukünftig angezeigt ist. Vor allem auch im ländlichen Bereich, denn stellt ja auch die Anfahrt ein erhebliches Problem dar, wenn da jeden Tag weite Strecken zurückgelegt werden müssen.

Cimander: Im ländlichen Bereich sind die Anfahrtswege tatsächlich ein Problem, gerade da viele Patienten finanziell eher prekär aufgestellt sind. Die fahren dann schwarz, um die jeweiligen Praxen zu erreichen. Ab dem dritten Mal Schwarzfahren ist man aber ganz schnell bei Ersatzhaft angekommen, wenn man die Strafen nicht bezahlen kann. Diese Dinge sind auch ein Grund, warum ich bei unserer KV in Niedersachsen diese Depotmedikamente als Teil der Lösung unserer Probleme in der Fläche angesprochen habe. Damit könnten wir auch die zwei Drittel der Patienten erreichen, die für eine Versorgung mit Buprenorphin nicht geeignet sind.

Ich bin im aktuell im engen Austausch mit der KV-Spitze in Niedersachsen und den anderen Vorsitzenden der Qualitätssicherungskommissionen der Bundesländer. Wir schauen, wie es Lösungen geben kann, was getan werden muss und welche Optionen Zulassungsausschüsse oder auch Sonderbedarfszulassungen bieten. Ich glaube tatsächlich, dass die Substitutionstherapie eines der schönsten Gebiete ist, um wirklich „harm-reduction“ zu betreiben und die Menschen am Leben zu erhalten. Und auch das ist ja eine Aufgabe der Medizin – wenn wir schon nicht heilen können.

Gesundheitsregionen: Aktivposten und Erneuerungsplattform für eine zukunfts- fähige Versorgung in ländlichen Regionen

Josef Hilbert,

Vorsitzender des Netzwerk
Deutscher Gesundheitsregionen
NDGR e. V.

Uwe Borchers,

stellv. Vorsitzender des Netzwerk
Deutscher Gesundheitsregionen
NDGR e. V.

Thomas Nerlinger,

Geschäftsführer, Vorstandsmitglied
und Projektleiter bei der
Gesundheitsregion EUREGIO e. V.



Ländliche Regionen sorgen sich um die Versorgung „vor Ort“. Vor allem der Nachwuchs an Ärztinnen und Ärzten sowie Pflegerinnen und Pfleger bereitet Kopfzerbrechen. Gesundheitsregionen suchen zum einen Wege, die Ausbildung zu erneuern und auszubauen. Zum anderen setzen sie darauf, mit innovativen Versorgungsmodellen für junge Gesundheitsprofis interessant zu werden. Noch ist offen, ob diese Aktivitäten nachhaltige Erfolge bringen. Es gibt jedoch gute Gründe für Zuversicht.

Die Gesundheitsversorgung liegt den Menschen in Deutschland besonders am Herzen. Die Verfügbarkeit der hausärztlichen Versorgung oder der Krankenhäuser hat in der Wahrnehmung der Bevölkerung einen sehr hohen Stellenwert, wie die vom AOK Bundesverband in Auftrag gegebene forsa-Umfrage Anfang 2019 zeigte. Der Umfrage folgend werden auch innovative Versorgungsformen wie mobile Arztpraxen oder Videosprechstunden nicht nur akzeptiert, sondern geradezu erwartet (AOK 2019). Gleichzeitig prognostizieren zahlreiche Studien seit Jahren schon einen dramatisch zunehmenden Fachkräftemangel in Medizin und Pflege. Vor allem auf dem Land wächst die Sorge der Menschen, inwieweit auch künftig eine bedarfsgerechte medizinische Versorgung vor Ort sichergestellt werden kann. Insbesondere der Faktor Arbeit zeigt sich hierbei nahezu flächendeckend als „Achillesferse“ der Gesundheitsversorgung.

Vor Ort, in den Bundesländern mit ihren unterschiedlichen Wirtschaftsräumen und Kulturregionen, entstehen seit Ende der 1990er Jahren erste Initiativen, die sich – überwiegend in Form lokaler Vereine – als Gesundheitsregionen konstituieren. Diese Gesundheitsregionen werden sektorübergreifend von Krankenhäusern und ambulanten Gesundheitseinrichtungen sowie von Unternehmen, Kammern und Verbänden der Gesundheitswirtschaft getragen. In aller Regel werden sie von der Landespolitik wohlwollend begleitet oder zeitweise durch Projektförderung unterstützt. 22 Gesundheitsregionen haben sich inzwischen unter dem Dach des Netzwerks Deutsche Gesundheitsregionen (NDGR e. V.) bundesweit vernetzt.

Diese institutionalisierten Gesundheitsregionen verfolgen das Ziel, ihre Regionen als innovationsfreudige Standorte für die zukunftsfähige Gesundheitsversorgung zu qualifizieren. Diese Zielsetzung verbinden sie mit der Strategie, die Region als Wirtschaftsstandort für Gesundheitsdienstleistungen zu profilieren. Vor diesem Hintergrund haben die meisten Gesundheitsregionen sowohl Aktivitäten zur Sicherstellung und zur Weiterentwicklung einer an-

spruchsvollen Versorgung als auch Maßnahmen gegen den Fachkräftemangel initiiert. Vor allem im ländlichen Raum gehören diese Aufgaben zu ihren Kernarbeitsfeldern.

Mit Blick auf bedarfsgerechte Versorgung und Gestaltungsperspektiven ländlicher Regionen legte der Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen im Jahr 2014 eine Übersicht über nationale und internationale Ansätze zur Sicherstellung und Verbesserung der Versorgung in strukturschwachen Regionen vor. Das Gutachten dokumentiert exemplarische Gestaltungsansätze in ausgewählten Leistungsbereichen und verschiedenen Versorgungssettings. Die Frage nach der Wirksamkeit solcher Gestaltungsansätze im Sinne evidenzbasierter Strategien ist bis heute eine wichtige Fragestellung der gesundheitsökonomischen Forschung, die aufgrund der komplexen Wechselwirkungen regionaler Gesundheitslandschaften allerdings nur im Ansatz bearbeitet werden konnte und in ihren Ergebnissen auch politisch kontrovers diskutiert wird.

In den deutschen Gesundheitsregionen hat sich derweil Gestaltungswissen entwickelt. Zahlreiche Modellprojekte für neue Versorgungsformen wurden pragmatisch erprobt und als Strategien regionaler Versorgungsgestaltung verfolgt. Man kann diese Gestaltungsvielfalt als „Projekte-Pilotitis“ werten, tatsächlich wurden mit diesen regionalen Innovationsprojekten in vielen Fällen nachhaltige Effekte zur Sicherung und Weiterentwicklung regionaler Versorgungsstrukturen v.a. für ländliche Regionen erzeugt. Dieser Erfahrungsschatz aus den Mitgliedsregionen des NDGR kann grundsätzlich in zwei Handlungsdimensionen genutzt werden. Einerseits geht es um Bemühungen, mehr Menschen in den Medizin- und Gesundheitsberufen (vordergründig v.a. Ärztinnen und Ärzte sowie Pflegerinnen und Pfleger) auszubilden, in der Region zu halten oder in die Region zu holen. Andererseits geht es um die Entwicklung und Erprobung regional fokussierter, bedarfsgerechter Versorgungskonzepte, in de-

nen vor allem durch eine sektorübergreifende Leitorientierung die Optimierung des Zusammenspiels der ärztlichen und nicht ärztlichen Gesundheitsberufe zu verbesserter Versorgungsqualität beitragen soll.¹

Vernetzte Gesundheitsregionen engagieren sich für den Ausbau und die Erneuerung der Ausbildung in Medizin und Pflege.

In der Region Ostwestfalen-Lippe (OWL) setzen sich verschiedene Akteure seit Jahren für die Ausbildung von Medizinerinnen und Medizinern in der Region ein. Zunächst wurde das Bochumer Modell der Medizinausbildung mit seiner dezentralen Struktur der klinischen Ausbildung unter dem heutigen Dach des Universitätsklinikums der Ruhr-Universität Bochum um ausgewählte Krankenhäuser in der Region Ostwestfalen-Lippe erweitert. Mit Beginn der aktuellen Legislaturperiode setzt die Landesregierung in Nordrhein-Westfalen zudem verstärkt auf den Aufbau einer Medizinischen Fakultät OWL der Universität Bielefeld, wo nach aktuellen Plänen zum Wintersemester 2021/22 ein humanmedizinisches Studium als Modellstudiengang starten wird. In besonderem Maße wird hier die Perspektive ambulanter Medizin berücksichtigt mit dem Ziel, neben einem innovativen Medizinstudium als „Klebeffekt“ auch mehr Studierende für die ambulante regionale Versorgung zu gewinnen. Ob diese Hoffnung sich erfüllen kann, ist noch offen. Vieles wird davon abhängen, ob und wie junge Medizinerinnen und Mediziner für eine Tätigkeit in der Region angesprochen, gewonnen und unterstützt werden können. Konzepte und Strukturen hierfür entwickelt die Gesundheitsregion über das Zentrum für Innovation in der Gesundheitswirtschaft (ZIG OWL) mit seinen Netzwerkpartnern und in Zusammenarbeit mit der Universität Bielefeld, derzeit etwa mit Projekten in den Kreisen Gütersloh und Lippe. Erfahrungen aus Greifswald in Mecklenburg-Vorpommern, einer noch stärker ländlich geprägte Region, machen Mut: Neue Akzente in der Mediziner Ausbildung (Stichwort: Community Medicine) in Kombination mit innovativen Versorgungsprojekten konnten hier dazu beitragen, das

Interesse junger Medizinerinnen und Mediziner für die Region zu entwickeln.

Die Region Ostwestfalen-Lippe hat auch eine Initiative für mehr Auszubildende in den Pflegeberufen angestoßen und ist mit dem ZIG OWL sicherlich ein idealtypischer Fall für vernetzte Versorgung und den Ausbau von Ausbildungs- und Forschungsaktivitäten, um Fachkräfte für ländlich geprägte Regionen zu mobilisieren. Ähnlich gelagerte Aktivitäten gibt es inzwischen auch andersorts, etwa in Augsburg, Oldenburg oder in Siegen. Viel Aufmerksamkeit erzeugen die Aktivitäten der Medizinischen Hochschule Brandenburg MHB Theodor Fontane. Die MHB ist eine staatlich anerkannte Privathochschule, die von öffentlichen und freigemeinnützig getragenen Akteuren (etwa Krankenhäusern) gegründet wurde. Die Studiengebühren werden durch die Studierenden aufgebracht und können durch einen Darlehensvertrag, der mit einer der kooperierenden Kliniken geschlossen wird, reduziert werden. Voraussetzung ist dabei, dass sich die Studierenden nach dem Studium zu einer mindestens fünfjährigen ärztlichen Tätigkeit in dem jeweiligen Krankenhaus der Region verpflichten.

Mit innovativen Versorgungsstrukturen machen sich Gesundheitsregionen als Standort für Beschäftigte und freiberuflich Tätige interessant.

Vernetzte Versorgung ist die Gestaltungsstrategie, mit der Gesundheitsregionen in ganz Deutschland als Zukunftsperspektive experimentieren. Ganz früh haben sich hier Mecklenburg-Vorpommern und Ostwestfalen-Lippe engagiert. Zu den überregional bekannt gewordenen Projekten zählen etwa die AGnES (Arztentlastende, Gemeindefähige, E-Health-gestützte, Systemische Intervention), ein erfolgreich realisiertes Projekt der Community Medicine in Greifswald oder Stroke OWL (Schlaganfall-Lotsen für Ostwestfalen-Lippe), ein Projekt, das über den Innovationsfonds beim G-BA von der Gütersloher Stiftung

Deutsche Schlaganfallhilfe in Zusammenarbeit mit dem Netzwerk des ZIG OWL umgesetzt wird. In der Gesundheitsregion EUREGIO mit Sitz in Nordhorn erzeugt das Regionale Pflegekompetenzzentrum (ReKo) derzeit besondere Aufmerksamkeit. Das bundesweit erste regionale Pflegekompetenzzentrum wurde hier im Oktober 2019 eröffnet. Es ist ebenfalls ein Projekt des Innovationsfonds und wird in der niedersächsischen Modellregion Landkreis Grafschaft Bentheim/Landkreis Emsland in Zusammenarbeit mit der DAK-Gesundheit und der Universität Osnabrück umgesetzt. ReKo baut eine Case Management Organisation auf, die sich durch eine wirksame Fallsteuerung und sektorenübergreifende Prozessgestaltung auszeichnet. Zentraler Bestandteil ist eine digitale Infrastruktur zur Verbesserung der sektorenübergreifenden Kommunikation zwischen den beteiligten Akteuren. Bei dem Ansatz geholfen hat nicht zuletzt auch der ‚Blick über den Tellerrand‘ in die Region Twente – dem niederländischen Teil der EUREGIO, wo der Prozess zur Weiterentwicklung der Krankenhausstruktur zu einem verbesserten Zusammenspiel zwischen stationären und ambulanten Angeboten bereits früher verfolgt wurde.

Viele Gesundheitsregionen setzen inzwischen verstärkt auf Telemedizin. Bundesweit bekannt geworden ist die elektronische Video-Sprechstunde (eVi) des Ärztenetzes „Medizin und Mehr“ aus dem ostwestfälischen Bünde. Die positiven Erfahrungen führten dazu, dass 2019 die CompuGROUP Medical einstieg und seitdem unter der Marke eVi® den Service bundesweit anbietet. In Ost-Sachsen gelang der Gesundheitsregion Carus Consilium Sachsen der Aufbau und Betrieb der Schlaganfallversorgung Ost-Sachsen (SOS-Net). Dieses Netzwerk realisiert durch ein Videokonferenzsystem vom Universitätsklinikum Dresden aus ein telemedizinisches Konsil akuter Schlaganfallpatienten. Für SOS-Net wurden auch Therapieleitlinien und Qualitätsstandards entwickelt. So wurde dafür gesorgt, dass in Orten wie Pirna, Weißwasser oder Zittau die lokale Schlaganfallversorgung von der Expertise einer Universitätsklinik profitieren kann.

Vernetzte Gesundheitsregionen sind ein Aktivposten, brauchen aber auch die Unterstützung der Politik.

Weder die Verbände des Gesundheitssystems noch die politischen Akteure verfügen über den einen Königsweg für Fachkräftemangel und Strukturwandel im ländlichen Raum. Die Gesundheitsregionen warten nicht auf eine große Lösung, sie haben sich vernetzt und damit begonnen, Gestaltungsansätze vor Ort zu entwickeln und zu erproben. Auf diesem Weg regionaler Initiativen ist viel Bewegung entstanden. Wie die diese Aktivitäten zu besserer, flächendeckender und bedarfsgerechter Versorgung beitragen, ist auch Gegenstand laufender Evaluationsprojekte. Das Netzwerk Deutsche Gesundheitsregionen e. V. bietet den Gesundheitsregionen auch unter dem Aspekt der Wirksamkeit neuer Modelle eine Plattform für den interregionalen Erfahrungsaustausch und die überregionale Dissemination erfolgreicher Lösungen. Auch in der Bundespolitik gerät die Kraft der Regionen als Aktivposten der Systemgestaltung in den Blick. Noch aber klagen nahezu alle Gesundheitsregionen darüber, dass selbst für inzwischen bewährte Innovationsansätze der Weg in regelhafte Finanzierungsstrukturen zu lange dauert. Dabei macht es Sinn, die Gesundheitsregionen als Innovations-treiber zu stärken, und die Innovationsimpulse aus den Regionen auch politisch nachhaltig zu stützen. Das Netzwerk Deutsche Gesundheitsregionen führt dazu auch in den nächsten Jahren den aktiven Dialog mit der Gesundheitspolitik.

¹ Als Dachverband der deutschen Gesundheitsregionen entwickelt das NDGR einen entsprechenden Überblick. Die ZukunftsAgendaGesundheit (ZAG) des NDGR definiert programmatische Schwerpunkte, mit denen sich das NDGR aktuell und in den nächsten Jahren besonders intensiv befassen will: Integrierte Versorgung; Digital Health; Arbeit und Qualifizierung. Im Rahmen der ZAG entsteht eine datenbankgestützte Kartierung der Innovationsaktivitäten der NDGR-Mitgliedsregionen. Derzeit enthält diese Datenbank etwa 140 Eintragungen.



Herausgeber:

Dr. Albrecht Kloepfer
Wartburgstraße 11 | 10823 Berlin
post@ix-institut.de | www.ix-media.de

Redaktion:

Dr. Albrecht Kloepfer, Dr. Jutta Visarius, Sören Griebel

In Zusammenarbeit mit



Druck:

PrintingHouse,
Union Sozialer Einrichtungen gGmbH,
Genter Str. 8 in 13353 Berlin

Satz und Layout:

Mediengestaltung der
Union Sozialer Einrichtungen gGmbH,
Koloniestr. 133–136 in 13359 Berlin

www.u-s-e.org

Erscheinungsweise: Mindestens 6 Ausgaben im Jahr. Bezugspreis 78,- Euro einschließlich Versandkosten (Inland) und MwSt. Ein Abonnement verlängert sich um ein Jahr, wenn es nicht sechs Wochen vor Ende des Kalenderjahres gekündigt wird. Sämtliche Nutzungsrechte am iX-Forum liegen bei der iX-Media. Jegliche Nutzung, insbesondere die Vervielfältigung, Verbreitung, öffentliche Wiedergabe oder öffentliche Zugänglichmachung ist ohne die vorherige schriftliche Einwilligung der iX-Media unzulässig.

Die Fotorechte liegen bei der jeweiligen Institution.

ISSN 2569-6289, 25. Jahrgang 2019, Ausgabe 5 · 2019, Erscheinungsdatum: 10. Dezember 2019.

Folgende Themen bewegen das iX-Media Team und sollen in der iX-Forum Reihe näher betrachtet werden:

- **Finanzierung von Innovationen**
- **Reform der Notfallversorgung**
- **Rahmenbedingungen für eine gesicherte Plasmaversorgung**
- **Die App kommt**

Die Aufzählung unterliegt keiner zeitlichen Reihenfolge. Selbstverständlich reagieren wir auch auf aktuelle politische Entwicklungen

Die iX-Forum Reihe wird bundesweit mit über 2.500 Exemplaren personalisiert an Parlamente, Ministerien, Verbände, wissenschaftliche Fachgesellschaften und andere wichtige Akteure im Gesundheitswesen versandt.

Sie haben Interesse, einmal einen Diskussionsbeitrag in der iX-Forum Reihe zu veröffentlichen? Kommen Sie mit uns ins Gespräch.

**Besuchen Sie
unsere Website:**

www.ix-media.de

