

Stand: 12.12.2024

Positionspapier der AdA – Bundesverband der Arzt-, Praxis- und Gesundheitsnetze zur Neuordnung der Gesundheitsversorgung

Ambulantisierung – Regionalisierung – Patientensteuerung

Angesichts der zunehmenden Herausforderungen durch steigende Gesundheitskosten und einer drohenden Unterversorgung durch den demographisch bedingt wachsenden Versorgungsbedarf bei gleichzeitig zunehmendem Fachkräftemangel ist eine tiefgreifende Reform der Gesundheitsversorgung unumgänglich. Ziel muss es sein, eine qualitativ hochwertige, bedarfsorientierte und wirtschaftlich tragfähige Versorgung sicherzustellen, die lokal koordiniert, regional angepasst und interprofessionell organisiert wird. Hierfür sind regionale Arzt-/Praxis- und Gesundheitsnetze prädestiniert.

Unter den Stichworten „Ambulantisierung – Regionalisierung – Patientensteuerung“ formuliert der Bundesverband dt. Arzt-, Praxis- und Gesundheitsnetze daher folgende Kernforderungen und Handlungsempfehlungen:

Kernforderungen und Handlungsempfehlungen

1. Ambulantisierung als strategische Priorität

- **Stärkung regionaler Netzwerke:** Angesichts der Tatsache, dass etwa 90 % der Versorgung im ambulanten Bereich erfolgt, sind anerkannte Praxisnetzwerke zentrale Akteure bei der innovativen Weiterentwicklung und regionalen Anpassung der Versorgungsstrukturen.
- **Vermeidung von Doppelstrukturen:** Bestehende Netzwerke bieten bereits etablierte und qualitätsgesicherte Strukturen für eine koordinierte Behandlung und Versorgungskonzepte sowie niederschwellige Beratungsangebote, wie sie im GVSG geplant wurden.
- **Flexibilisierung des Zulassungsrechts:** Die aktuell existierenden Vorgaben sowie bürokratische Hürden verhindern passgenaue regionale Lösungen und sind zu träge. Hier sind Reformen - zum Teil auch in der Bedarfsplanung - nötig, um schnell und innovativ Lücken in der Versorgung zu schließen. Praxisnetzen fehlt bisher dieser Handlungsspielraum.

2. Reform der Krankenhausstrukturen

- **Differenzierte Ansätze für städtische und ländliche Regionen:** Während stationäre Versorgung in Städten durch Konzentration effizienter gestaltet werden könnte, bedarf es in ländlichen Regionen flexibler Modelle, wie etwa der Integration telemedizinischer Lösungen oder den regionalen Ressourcen angepasste Strukturen.

- **Vergütungsanpassungen:** Neue Vergütungsmodelle, die über die bestehenden ärztlichen und pflegerischen Sätze hinausgehen, sind notwendig, um die Übernahme stationärer Leistungen durch ambulante Akteure wirtschaftlich tragfähig zu machen.
- **Strukturfonds mit Bedarfsprüfung:** Finanzielle Anreize zur Umwandlung stationärer in ambulante Strukturen sollten nur bei nachgewiesenem regionalem Bedarf gewährt werden, um Fehlallokationen zu vermeiden.

3. Gesundheitsregionen als Modell einer populationsorientierten Versorgung

- **Initiierung durch Netzwerke:** Praxisnetzwerke sollten die Möglichkeit erhalten, Gesundheitsregionen zu initiieren und federführend als Träger zu organisieren.
- **Datenbasierte Qualitätssicherung:** Die Erhebung und Auswertung von kassenübergreifenden Versorgungsdaten durch unabhängige, wissenschaftliche Institutionen ist erforderlich, um qualitative und quantitative Verbesserungsziele zu definieren und zu evaluieren.
- **Transformationsfonds zur Finanzierung:** Nicht verwendete Mittel aus dem Innovationsfonds sollten gezielt für die Förderung regionaler Gesundheitsregionen eingesetzt werden. Blaupause für die Strukturförderung kann die aktuelle KBV-Rahmenrichtlinie zur Anerkennung von Praxisnetzen nach SGB V § 87b sein.

4. Niederschwellige Beratung als Ergänzung

- **Regionale Anpassung:** Niederschwellige Beratungsangebote können in sozial benachteiligten, strukturschwachen und unterversorgten Gebieten oder Stadtteilen ein wertvolles, ergänzendes, arztentlastendes Beratungsangebot darstellen.
- **Integration in Netzwerke:** Praxisnetzwerke sind aufgrund ihrer sektorenübergreifenden Versorgungsstrukturen geeignete Akteure um regionale, bedarfsorientierte niederschwellige Beratungsangebote wie z.B. Gesundheitskioske zu etablieren, organisieren und nachhaltig in die regionale Versorgung zu integrieren.
- **Reduktion von Mehrfachversorgungen:** Regionale Beratungsangebote sollten klar von medizinischen Behandlungsleistungen abgegrenzt werden, um parallele Strukturen und ineffiziente Ressourcennutzung zu vermeiden. Eine gezielte Einsteuerung in die richtige Versorgungsebene ist sicherzustellen.

5. Patientensteuerung durch Primärversorgungszentren (PVZ)

- **Ressourcen sparen durch Patientensteuerung:** Ein optimaler Einsatz knapper personeller und weiterer Ressourcen kann nur durch eine verbesserte Steuerung der Patientinnen und Patienten erfolgen. PVZ bieten dafür ein sinnvolles Element im hausärztlichen ambulanten Setting.

- **Netzwerkbasierter Ausgestaltung:** PVZ sollten nicht an einen Standort gebunden sein, sondern auch als überörtliche, funktionale Netzwerke (z.B. anerkannte Praxisnetze, analog zur Organisation von Tumorzentren) organisiert werden können, um bestehende Praxen in unterversorgten Gebieten zu integrieren.
- **Interprofessionelle Zusammenarbeit fördern:** Die Weiterentwicklung delegativer und substitutiver Ansätze sowie klare Regelungen zur interprofessionellen Kooperation sind essenziell.

6. Digitalisierung und Bürokratieabbau

- **Optimierung von Prozessen:** Die Implementierung digitaler Lösungen wie der elektronischen Patientenakte (ePA) oder telemedizinischer Anwendungen ist notwendig, um Effizienz und Qualität der Versorgung zu steigern. Diese zugehörigen Leistungen müssen adäquat vergütet werden. Beteiligte am Behandlungsprozess, z.B. Case- und Caremanager im Praxisnetz, sollten einen Zugriff auf die ePA erhalten.
- **Reduktion administrativer Hürden:** Förder- und Finanzierungsstrukturen müssen unbürokratisch und praxistauglich gestaltet und zeitnah evaluiert werden, um eine zügige Umsetzung innovativer Versorgungsmodelle zu gewährleisten.

7. Bundesweite Förderung von Praxisnetzen

- Vorhaltekosten nach SGB V § 87b anerkannter Praxisnetze sollten in jedem Bundesland durch die KV-Förderung mindestens abgedeckt sein, damit diese zur Umsetzung Ihrer Vorgaben und Vernetzungsziele notwendige Ressourcen erhalten.

Schlussfolgerung

Die AdA sieht in der Neuordnung der Gesundheitsversorgung eine zentrale Chance, die Qualität und Effizienz der medizinischen Versorgung in Deutschland nachhaltig zu verbessern. Anerkannte Praxis- und Gesundheitsnetzwerke sind aufgrund ihrer etablierten Strukturen, ihrer interprofessionellen Kompetenz und Regionalität ein idealer Partner, um bedarfsorientiert eine integrierte und zukunftsfähige ambulante und interprofessionelle Versorgung zu gewährleisten.

Wir appellieren an die politischen Entscheidungs- und Kostenträger, unsere Vorschläge in die laufenden Reformprozesse zu integrieren und plädieren dafür, die AdA als zentralen Partner in die Planung und Ausgestaltung der zukünftigen Gesundheitsversorgung einzubinden.

Wer ist die AdA – Bundesverband der Arzt-, Praxis- und Gesundheitsnetzwerke?

Die AdA ist ein rein aus Mitgliedsbeiträgen finanzierter, ehrenamtlich geführter Verein, der von regionalen Arzt-, Praxis- und Gesundheitsnetzen getragen wird. Unsere Mitglieder legen Wert darauf, frei von Interessen Dritter zu sein. Gleichzeitig sind wir als Spitzenverband Ansprechpartner für Politik und Krankenkassen auf Bundesebene und bilden somit das notwendige Bindeglied zwischen den Regionen. Wir arbeiten in folgenden Gremien zusammen

- Fünfköpfiger Vorstand mit wöchentlichen **Vorstandstreffen**
- Monatliche **Mitgliederversammlungen** zum Austausch untereinander
- Ressortarbeit
 - **Digitalisierung:** Austausch zu Digitalisierungslösungen in Gesundheitsnetzen
 - **MVZ und Leistungserbringung:** Unterstützung von nach §87b akkreditierten Netzwerken, die ein MVZ gründen und betreiben wollen, Entwicklung und Förderung weiterer Möglichkeiten für Netze als Leistungserbringer Versorgung zu gestalten
 - **Interprofessionalität:** Zusammenarbeit zwischen unterschiedlichen Berufsgruppen: Pflege, Psychotherapeut*innen, MFA, PA, Care- und Casemanager*innen, Community Health Nurses, Physiotherapeuten*innen, Ergotherapeuten*innen, Sozialarbeiter- und pädagog*innen, Quereinsteiger*innen u.a. Berufsgruppen
- **Konferenzen:**
 - jährlicher Netzwerktag gemeinsam mit der KBV
 - Mitgliederkonferenzen mit Workshops der Ressorts

Was bietet die AdA – Bundesverband der Arzt-, Praxis- und Gesundheitsnetzwerke?

- Unterstützung bei der Gründung und Weiterentwicklung von Gesundheitsnetzwerken
- Wissenstransfer und Austausch von erfolgreichen Projekten zwischen den Regionen
- Ansprechpartner für Politik und Krankenkassen für regionale Arztnetzwerke
- Beratung durch erfahrene Gesundheitsnetzwerker für Kommunen im Zusammenhang mit Gründung, Aufbau und Verbesserung von Gesundheitsnetzwerken
- Durchführen eines Peer-Review-Verfahrens zur Weiterentwicklung der Struktur von Geschäftsstellen von Gesundheitsnetzwerken
- Denkbar: Akkreditierung von Gesundheitsnetzwerken nach §87b SGB V
- Vermittlung von Partnern für Studien und innovative Projekte

Beispiele für gelungene, regional umgesetzte Versorgungsverbesserungen der AdA-Netze

- Versorgungsverträge mit Vorbildcharakter
 - Vollversorgungsvertrag der AOK-Bayern in Verbindung mit QuATro-Qualitätszielen
 - Vollversorgungsvertrag der AOK-Rheinland / Hamburg in Verbindung mit QuATro-Qualitätszielen
 - Pflegeheimvertrag in WL
 - BARMER Vertrag mit Qualitätszielen
 - Palliativvertrag in WL
 - Identifizierung von Versorgungsbedarf / Qualität
 - QuATro Projekt des AOK-Bundesverbandes
 - Versorgungsverbesserung
 - ARENA – Innovationsfondsprojekt
 - RUBIN – Innovationsfondsprojekt
 - Innovationsfondsprojekte
 - WOGÉ-Praxis
 - Heimarztmodell in Lingen
 - solimed Gesundheitskiosk Solingen
 - Strukturverbesserungen / Fachkräftemangel
 - „MFA“ Quereinsteigerschulungen
 - Azubi+ Programm, Worms
 - Interdisziplinäre Zusammenarbeit
 - Ärztinnen und Ärzte unterschiedlicher Fachgebiete (Fokus Hausarzt / Facharzt)
 - Pflegemanagement / elektronischer Pflegebericht (ePB)
 - Casemanagement
 - Digitale Gesundheitsplattform OWL
- Etc....

Ansprechpartner

Geschäftsstelle	Daniela Hoxhold	mail@ada-bundesverband.de
Vorstand	Dr. Thomas Koch	koch@ada-bundesverband.de
	Annette Hempen	hempen@ada-bundesverband.de
	Sebastian Klein	klein@ada-bundesverband.de
	Mark Kuypers	kuypers@ada-bundesverband.de
	Constanze Liebe	liebe@ada-bundesverband.de

Mitgliedernetze der AdA sind:

- AGBAN - Arbeitsgemeinschaft Berliner Arztnetze GmbH & Co. KG
- Ärztegenossenschaft PriMa eG
- Ärztenetz Billstedt Horn e.V.
- Ärztenetz Eutin-Malente e.V.
- Ärztenetz Lippe GmbH
- Ärzte-Netz-Ostsachsen eG
- Das Ärztenetz Fürth Stadt und Land e.V.
- donauMED GmbH & Co. KG
- genial Lingen
- Gesundheitsnetz Franken-Jura GmbH & Co. KG
- Gesundheitsnetz Frankfurt am Main eG (GNEF)
- Gesundheitsnetz Osthessen eG
- Gesundheitsnetz Qualität & Effizienz eG, QuE Nürnberg
- Gesundheitsnetz Region Bamberg eG (GeReBa)
- Gesundheitsnetz Unna GmbH
- GO-LU Gesundheitsorganisation Ludwigshafen eG
- Haffnet Management GmbH
- Leipziger Gesundheitsnetz e.V.
- MEDIS Management GmbH
- Medizinisches Qualitätsnetz Westküste (MQW) e.V.
- MuM - Medizin und Mehr eG
- Münchner Ärzte Praxisnetz West und Umgebung e.V.
- PIBB GmbH – Psychiatrie Initiative Berlin Brandenburg
- Praxisnetz Herzogtum Lauenburg e.V.
- Praxisnetz Nürnberg Süd e.V.
- Praxisnetz Paderborn
- Regensburger Ärztenetz e.V.
- solimed – Unternehmen Gesundheit GmbH & Co. KG
- UGHO Unternehmung Gesundheit Hochfranken GmbH & Co. KG
- Unternehmen Gesundheit Franken UGeF GmbH & Co. KG
- Wormser Gesundheitsnetz WoGe eG