Gesundheit *gemeinsam* verantworten.
Versorgung *gemeinsam* gestalten.

Foto: © Gabriele Bleul

Die Zeit ist überfällig:
Leistungserbringung und Gleichbehandlung für anerkannte Ärztenetze in Deutschland

Leistungserbringerstatus für Ärztenetze

Gleichbehandlung überfällig

KV-Förderung:

grün - zufriedenstellend bis gute Förderung

gelb - schlechte bis verbesserungswürdige Förderung

rot - keine Förderung

Raus aus der Projektitis

- für ausreichende ökomomische Handlungs- und Planungssicherheit.
- hin zur Verstetigung moderner sektorübergreifender Versorgungsstrukturen.
- raus aus der Selektivvertragsfalle, und hin zur verbesserten und koordinierten Versorgung für alle Patienten.
- einen Beitrag leisten zur notwendigen, strukturellen Weiterentwicklung unseres Gesundheitswesens als Antwort auf die komplexen soziodemographischen Herausforderungen.
- Berufsübergreifende Kompetenznetzwerke entwickeln, die Digitalisierung zu mehr als nur einer weiteren Kommunikationstechnik machen.

Beispiel

Hervorragende Ergebnisse im Pflegeheimmodell Lingen

1

Die Kooperation und die Koordination innerhalb der vertragsärztlichen Versorgung und zwischen der Vertragsärzteschaft und der jeweiligen Pflegeeinrichtung sind in Deutschland stark verbesserungswürdig. Das erkannte im Jahr 2012 auch das Ärztenetz Genial (www.genial-lingen.de) in Lingen.

Das Ärztenetz und örtliche Pflegeheime entschieden, dass das Praxisnetz Genial eG einen Arzt bzw. Ärztin anstellt. Diese(r) besucht alle Bewohner des Heimes im Auftrag und Austausch mit dem jeweiligen Hausarzt.

Das Projekt wurde als Modellprojekt 2012 mit Ausnahmeregelungen begonnen. Die erforderlichen medizinischen Maßnahmen werden gemeinsam von der Heimärztin und dem Hausarzt festgelegt. Ein Patient wird nur mit seinem Einverständnis von der Heimärztin betreut.
Das Projekt läuft zur Zufriedenheit aller seit sechs Jahren.

Die Vorteile sind:

- Verbesserung der Kommunikation zwischen Pflegeeinrichtung bzw. Pflegekräften, Heimärztin und Hausarzt- bzw. Facharztpraxen
- Erhalt der freien Arztwahl für die Heimbewohner
- Vermeidung unnötiger Krankenhauseinweisungen und Notarzteinsätze
- regelmäßige Visitenzeiten gemeinsam mit Arzt und Pflegekraft
- standardisierte Prozesse, einheitliches Formularwesen
- kassenunabhängige medizinische Versorgung
- einheitliche medizinische Versorgung der Heimbewohner
- Steigerung der Zufriedenheit und Lebensqualität der Bewohner
- Verbesserung von Polymedikationsproblemen

ABER: Dieses Projekt ist nicht übertragbar, da es Modellcharakter hat.

Das Modell mit all seinen Vorteilen kann nur verbreitet werden, wenn professionell geführte Ärztenetze die Möglichkeit erhalten, Ärzte anstellen zu können.

RubiN – Regional ununterbrochen versorgt im Netz

2

Patienten und ihre Familien, je nach Risikoprofil, im Blick zu behalten, koordinieren und zur richtigen Zeit, am richtigen Ort, mit der richtigen Behandlung, ist die Aufgabe eines Case- und Caremanagers (Fall- und Systemmanager).

Ziel des Innovationsfondsprojektes RubiN ist es die neue Versorgungsform des regionalen sektorenübergreifenden Casemanagent vom Arzt verordenbar werden zu lassen. Der Arzt wird entlastet, die Patienten und ihre Angehörigen erfahren einen Sicherheitserleben in ihrem Wohnumfeld inkl. Arztnetzbetreuung und können somit länger in der eigenen Häuslichkeit verbleiben.

Die Versorgung bzw. die Anzahl komplex Erkrankter, älterer multimorbider Menschen in der ambulanten Regelversorgung ist geprägt von Termindichte und Zeitmangel. Abstimmungen zwischen den Akteuren erfolgen nicht systematisch, wichtige Behandlungsinformationen gehen verloren.

Psychosoziale, therapeutische und pflegerische Informationen werden nicht in die Behandlung integriert, der Übergang in den stationären Sektor stellt immer noch ein Problem dar.
Daneben brechen soziale Unterstützungen weg, die Zahl der Ein-Personenhaushalte steigt, Isolation im Alter ist keine Seltenheit.

Seit 2018 wird RubiN (Regional ununterbrochen betreut im Netz) als neue Versorgungsform vom Innovationsfonds gefördert und in 5 Modellregionen erprobt.

Ziel ist eine Versorgungsform, in der alte Menschen und ihre Angehörigen in ihrem häuslichen Umfeld betreut werden und ihnen dort so ein möglichst langer Verbleib ermöglicht wird.

Qualifizierte Fachkräfte (Care- und Case-Manager) besuchen Patienten ab 70 Jahre im häuslichen Umfeld und erheben wichtige Informationen über die gesamte Lebenssituation. Die Ergebnisse werden in eine strukturierte und ganzheitliche Versorgungsplanung überführt. Die Patienten werden mit erheblich mehr Zeit als in der Arztpraxis kontinuierlich betreut. In der Unterstützung der Patienten wird zielgerichtet mit anderen Versorgungsinstanzen kooperiert und in deren Betreuung überführt (zum Beispiel Krankengymnastik oder Pflegeberatung).

Die Patienten und ihre (pflegenden) Angehörigen werden informiert, orientiert, entlastet und der Grad an Autonomie und Selbstbestimmung erhöht. In der Zuwendung zum Menschen werden inhaltlich medizinische und psychosoziale Aspekte zusammengeführt.

Daneben werden Versorgungsangebote vor Ort analysiert, katalogisiert und bei Bedarf werden Versorgungslücken durch eigene neue Initiativen geschlossen.

Mehr dazu unter: www.rubin-netzwerk.de - Ansprechpartner/ Netzwerkkoordinatorin: Claudia BeckmannFachliche Leitung Case- und Caremanagement: Lysann Kasprick

Was bedeutet von der KV zertifiziertes Praxisnetz für Patientenversorgung

Sehr viel Leistung in KV zertifizierten Netzen

Eine effiziente, auf die Bedürfnisse der Patienten ausgerichtete wohnortnahe Versorgung ist ein Merkmal, das Netze auszeichnet. Um die wohnortnahe Versorgung gemeinsam koordinieren und abstimmen zu können, befinden sich die Netzpraxen in einem zusammenhängenden Gebiet.

Zur Zertifizierung und um eine **Anerkennung nach § 87 b SGBV** zu erhalten, müssen Ärztenezte/Praxisnetze folgende Strukturvoraussetzungen erfüllen:

Nachweis von Managementstrukturen durch

- eine eigene ausgewiesene Geschäftsstelle
- einen Geschäftsführer
- **einen ärztlichen Leiter**
- Unabhängigkeit gegenüber Dritten.

Um das Ziel der Anerkennung durch die KV zu erhalten müssen die Netze darüber hinaus drei Versorgungsziele erfüllen und ihre Leistungen wiederkehrend der KV gegenüber in folgenden Bereichen darstellen:

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

Kooperative Berufsausübung: Da für eine umfassende wohnortnahe Versorgung die Einbeziehung anderer Gesundheitsberufe wie Logopäden und Physiotherapeuten oder auch der Krankenhäuser erforderlich ist, müssen förderungswürdige Praxisnetze verbindliche Kooperationsvereinbarungen für die Antragstellung nachweisen. Von der Zusammenarbeit im Praxisnetz profitieren Patienten erheblich. Diese zu perfektionieren und ständig weiterzuentwickeln, ist deshalb eines der Ziele, an dem Netze gemessen werden.

Verbesserte Effizienz und Prozessoptimierung: Mit den vorhandenen Mitteln eine bestmögliche Versorgung organisieren - das ist es, was Praxisnetze durch eine größtmögliche Effizienz erreichen können. Strukturierte Abläufe, Qualitätsmanagement, klare Regeln, aber auch Potenzialanalysen helfen, dieses Ziel zu erreichen.

Wir wollen Versorgung gestalten!

Dazu brauchen wir:

Bundeseinheitliche Zertifizierungsvorgaben für Praxisnetze

Die Kassenärztliche Bundesvereinigung hat Vorgaben zur Festlegung und Anpassung des Vergütungsvolumens für die hausärztliche und fachärztliche Versorgung nach Absatz 1 Satz 1 sowie Kriterien und Qualitätsanforderungen für die Anerkennung besonders förderungswürdiger Praxisnetze nach Absatz 2 Satz 3 als **„verpflichtende Vorgabe“**, als bundeseinheitliche Vorgabe ohne landesspezifische Änderungsmöglichkeiten der einzelnen KVen, insbesondere zu Versorgungszielen, im Einvernehmen mit dem Spitzenverband der Krankenkassen zu bestimmen.

Gleiche Vergütungsregelungen - weg von der Willkür!

§2 Für Praxisnetze, die von den Kassenärztlichen Vereinigungen anerkannt sind, müssen gesonderte Vergütungsregelungen vorgesehen werden, welche die dauerhafte Aufrechterhaltung der Strukturvorraussetzungen sichert.“

Institutsermächtigung für Praxisnetze zur Beseitigung lokaler Versorgungsprobleme

Der Zulassungsausschuss muss Praxisnetze, die nach § 87 b SGBV anerkannt sind, für das entsprechende Fachgebiet in dem ein lokaler Versorgungsbedarf eingetreten ist oder in absehbarer Zeit einzutreten droht , auf deren Antrag zur Erbringung entsprechender Leistungen ermächtigen, soweit und solange dies zur zur Deckung des zusätzlichen lokalen Versorgungsbedarfs erforderlich ist.

Gesetzlicher Anspruch auf Care- und Casemanagement

Wir fordern einen im SGB V verankerten gesetzlichen Anspruch auf ein Care- und Casemanagement für komplex erkrankte Patienten.
Der Arzt „diagnostiziert“ neben der Erkrankung einen erhöhten, koordinationsbedürftigen Versorgungsbedarf und „verordnet“ ein strukturiertes, assessmentgestütztes Care- und Casemanagement.
Nach §87b SGB V anerkannte Ärztenetze haben die strukturellen Voraussetzungen und sind mit ihrer regionalen Expertise prädestiniert dafür, diese Koordinationsleistung anzubieten und Care- und Casemanager zu beschäftigen.

Weitere Informationen unter www.leistungserbringerstatus.de