

Mario A. Pfannstiel
Axel Focke
Harald Mehlich *Hrsg.*

Management von Gesundheitsregionen IV

Bedarfsplanung und ganzheitliche
regionale Versorgung und Zusammenarbeit

Management von Gesundheitsregionen IV

Mario A. Pfannstiel · Axel Focke · Harald Mehlich
(Hrsg.)

Management von Gesundheitsregionen IV

Bedarfsplanung und ganzheitliche
regionale Versorgung und
Zusammenarbeit

Herausgeber

Mario A. Pfannstiel
Fakultät Gesundheitsmanagement
Hochschule Neu-Ulm
Neu-Ulm, Deutschland

Harald Mehlich
Fakultät Gesundheitsmanagement
Hochschule Neu-Ulm
Neu-Ulm, Deutschland

Axel Focke
Fakultät Gesundheitsmanagement
Hochschule Neu-Ulm
Neu-Ulm, Deutschland

ISBN 978-3-658-16900-8 ISBN 978-3-658-16901-5 (eBook)
<https://doi.org/10.1007/978-3-658-16901-5>

Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über <http://dnb.d-nb.de> abrufbar.

Springer Gabler

© Springer Fachmedien Wiesbaden GmbH, ein Teil von Springer Nature 2018

Das Werk einschließlich aller seiner Teile ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung, die nicht ausdrücklich vom Urheberrechtsgesetz zugelassen ist, bedarf der vorherigen Zustimmung des Verlags. Das gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Bearbeitungen, Übersetzungen, Mikroverfilmungen und die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen.

Die Wiedergabe von Gebrauchsnamen, Handelsnamen, Warenbezeichnungen usw. in diesem Werk berechtigt auch ohne besondere Kennzeichnung nicht zu der Annahme, dass solche Namen im Sinne der Warenzeichen- und Markenschutz-Gesetzgebung als frei zu betrachten wären und daher von jedermann benutzt werden dürften.

Der Verlag, die Autoren und die Herausgeber gehen davon aus, dass die Angaben und Informationen in diesem Werk zum Zeitpunkt der Veröffentlichung vollständig und korrekt sind. Weder der Verlag noch die Autoren oder die Herausgeber übernehmen, ausdrücklich oder implizit, Gewähr für den Inhalt des Werkes, etwaige Fehler oder Äußerungen. Der Verlag bleibt im Hinblick auf geografische Zuordnungen und Gebietsbezeichnungen in veröffentlichten Karten und Institutionsadressen neutral.

Gedruckt auf säurefreiem und chlorfrei gebleichtem Papier

Springer Gabler ist ein Imprint der eingetragenen Gesellschaft Springer Fachmedien Wiesbaden GmbH und ist ein Teil von Springer Nature
Die Anschrift der Gesellschaft ist: Abraham-Lincoln-Str. 46, 65189 Wiesbaden, Germany

Vorwort

Der Zugang von Patienten zur ärztlichen Versorgung muss gewährleistet werden. Hierfür stehen den Verantwortlichen verschiedene Instrumente zur Verfügung. Die Bedarfsplanung ist ein Instrument, das von Entscheidungsträgern zur Sicherstellung der ambulanten Versorgung in Regionen angewendet werden kann. Das Handlungsspektrum bei der Versorgung wird gebildet aus hausärztlicher Versorgung, allgemein fachärztlicher Versorgung, spezialisierter fachärztlicher Versorgung und dem Bereich der gesonderten fachärztlichen Versorgung. Durch das Zusammenwirken von Bundes-, Landes- und lokaler Ebene bestehen Möglichkeiten zur Beschreibung, Analyse, Planung und Umsetzung einer ganzheitlichen Gesundheitsversorgung. Zur Bewertung der Versorgung in einer Region wird der Versorgungsgrad herangezogen. Mit ihm kann z. B. eine Unterversorgung, eine drohende Unterversorgung und ein zusätzlicher lokaler Versorgungsbedarf aufgezeigt werden. Regionale Besonderheiten, wie z. B. die regionale Morbidität, demografische, sozioökonomische und räumliche Faktoren und infrastrukturelle Besonderheiten gehen auf den aktuellen Stand der Versorgung ein. Mit dem Bedarfsplan können regionale Versorgungsziele festgelegt und überprüft werden. Erstellt wird der Bedarfsplan von den Kassenärztlichen Vereinigungen und unter Billigung der Landesverbände der Krankenkassen und der Ersatzkassen.

Die Beiträge in diesem Buch beziehen sich auf den Bereich der ambulanten Versorgung, das Thema ambulante Bedarfsplanung und das Thema Gesundheitsregionen. Sie geben einen Einblick in aktuelle Entwicklungen, Problemfelder und Herausforderungen. Methoden, Ansätze und Instrumente zur Verbesserung der Gesundheitsversorgung werden vorgestellt. Beispiele zeigen Möglichkeiten für Anpassungen, Erweiterungen, Korrekturen, Veränderungen, Ausrichtungen und Neuentwicklungen auf. Die Praxiserfahrungen der Autoren zeigen, dass noch viel Handlungsbedarf besteht und viele Versorgungsprozesse noch nicht zufriedenstellend gestaltet und erfolgsversprechend für Leistungsabnehmer und Leistungsanbieter umgesetzt wurden. Die praxis- und theoriebezogenen Beiträge gehen auf Themen ein, die im Zentrum der aktuellen Diskussion bei der regionalen Gesundheitsversorgung stehen.

Bei der Planung der Gesundheitsversorgung in Regionen muss das fachübergreifende medizinische Angebot vor dem Hintergrund des Versorgungsbedarfs der Bevölkerung berücksichtigt werden. Das strategische Ziel besteht darin, die Versorgung wirtschaftlich zu gestalten, ohne bestehende Ressourcen zu verschwenden. Notwendig ist eine Planung, die alle wichtigen medizinische Leistungserbringer und Leistungsabnehmer berücksichtigt und Stärken und Schwächen, sowie Chancen und Risiken aufzeigt. Die regionalbezogene Bedarfsplanung muss dabei einen Beitrag zur Aufhebung der Sektorengrenzen leisten. Die Beiträge in diesem Buch greifen diesen Themenbereich auf, so werden beispielsweise Delegationskonzepte vorgestellt, ein innovatives Arztpraxis-Modell dargestellt und Strategien zur hausärztlichen Versorgung aufgezeigt.

Wie kann die Bedarfsplanung in Gesundheitsregionen den Anforderungen entsprechend angepasst werden? Hier nimmt die Digitalisierung von Dienstleistungen und die Vernetzung eine entscheidende Rolle ein. Durch die Digitalisierung lässt sich eine Flexibilisierung der Leistungserbringung bei den Leistungsanbietern erzeugen. Eine intelligente Vernetzung von Dienstleistungen, Produkten und Leistungsanbietern und Leistungsabnehmern bildet einen Beitrag zur Standortentwicklung und Standortoptimierung. Hier muss darüber nachgedacht werden, welche Leistungen vom ambulanten in den stationären und vom stationären in den ambulanten Bereich verschoben werden können. Bei der Verschiebung von Leistungen ist neben dem Bevölkerungsbedarf auch die Bevölkerungsentwicklung und das Auftreten von Krankheiten in einer Region mit zu berücksichtigen. Das vorliegende Buch geht beispielhaft auf die ambulante Versorgung von Menschen mit Demenz, auf die ambulante Versorgung psychischer Erkrankungen und auf die ganzheitliche Versorgung geriatrischer Patienten ein. Um den medizinischen Bedarf in einer Region decken zu können, ist die Angebotsstruktur für Leistungen zu hinterfragen und so zu gestalten, dass Leistungen optimal angeboten werden können. Lokale, regionale und überregionale Lösungen bei der Leistungserbringung sind ein Weg, um gezielt bestehende Versorgungslücken zu schließen. Die Politik ist angehalten geeignete Rahmenbedingungen zu schaffen, damit Barrieren bei der regionalen Gesundheitsversorgung und Leistungserbringung aufgehoben werden.

Abb. 1 zeigt exemplarisch Elemente zur ambulanten Bedarfsplanung auf, die eine wesentliche Rolle bei der Steuerung und Optimierung der regionalen Gesundheitsversorgung einnehmen.

Die Beiträge der einzelnen Autoren in diesem Buch sind wie folgt zusammengestellt: Gliederung, Autorenanschrift und -kontakt, Zusammenfassung, Einleitungs-, Haupt- und Schlussteil, Literaturverzeichnis und Autorenbiografien. Die Ausführungen und Erkenntnisse der Beiträge werden von jedem Autor in einer Schlussbetrachtung am Beitragsende zusammengefasst. Im Anhang wird ein Stichwortverzeichnis bereitgestellt, das zum besseren Verständnis des Buches dienen und die gezielte Themensuche beschleunigen soll.

Wir möchten uns bei den zahlreichen renommierten Autorinnen und Autoren des Bandes bedanken, die viele interessante und spannende Themen aus Praxis und Wissenschaft in das Buch eingebracht haben. Weiterhin möchten wir uns an dieser Stelle ganz herzlich

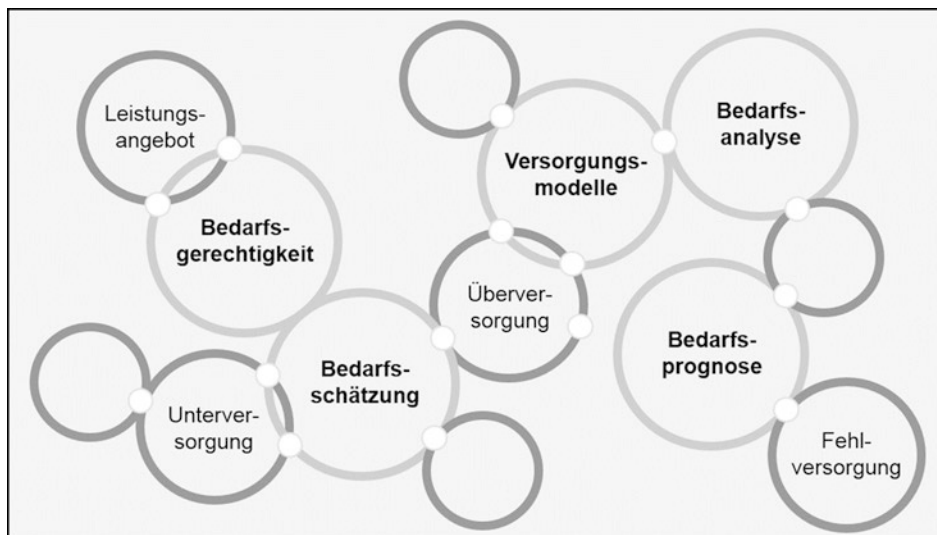


Abb. 1 Ambulante Bedarfsplanung in Deutschland. (Quelle: Eigene Darstellung 2017)

bei Frau Hasenbalg von Springer Gabler und Herrn Ansari von Scientific Publishing Services bedanken, die uns bei der Erstellung des Buches umfassend unterstützt und mit ihren Ideen zum Gelingen unseres Projektes beigetragen haben.

Neu-Ulm
im Dezember 2017

Mario A. Pfannstiel
Axel Focke
Harald Mehlich

Herausgeberverzeichnis

Mario A. Pfannstiel ist Professor für Betriebswirtschaftslehre im Gesundheitswesen – insbesondere innovative Dienstleistungen und Services an der Hochschule Neu-Ulm. Er besitzt ein Diplom der Fachhochschule Nordhausen im Bereich „Sozialmanagement“ mit dem Vertiefungsfach „Finanzmanagement“, einen M.Sc.-Abschluss der Dresden International University in Patientenmanagement und einen M.A.-Abschluss der Technischen Universität Kaiserslautern und der Universität Witten/Herdecke im Management von Gesundheits- und Sozialeinrichtungen. Die Promotion erfolgte an der Sozial- und Wirtschaftswissenschaftlichen Fakultät und dem Lehrstuhl für Management, Professional Services und Sportökonomie der Universität Potsdam. Im Herzzentrum Leipzig arbeitete er als Referent des Ärztlichen Direktors. Seine Forschungsarbeit umfasst zahlreiche Beiträge, Zeitschriften und Bücher zum Management in der Gesundheitswirtschaft.

Prof. Dr. rer. pol. Axel Focke, Jahrgang 1966, ist Professor für Gesundheitsmanagement an der Hochschule Neu-Ulm. Davor war er Rettungsassistent, Krankenhausbudgetverhandler bei der DAK sowie wissenschaftlicher Mitarbeiter an den Universitäten Duisburg-Essen – bei Prof. Dr. Jürgen Wasem – und Wien. An der Hochschule Neu-Ulm ist er Prodekan und neben Funktionen in Senat und Hochschulrat für das E-Learning zuständig. Er unterrichtet Gesundheitsmanagement, Gesundheitsökonomie sowie Operations Research im Gesundheitswesen. In diesem Bereich liegt auch der Schwerpunkt seiner Publikationen. Er leitet darüber hinaus die Arbeitsgruppe Health Care Management der Gesellschaft für Operations Research.

Prof. Dr. Harald Mehlich ist Dekan der Fakultät Gesundheitsmanagement an der Hochschule Neu-Ulm und Mitglied im Kompetenzzentrum „Vernetzte Gesundheit“. An der Universität Bamberg übernahm er die Leitung des BMBF-Forschungsprojekts „Virtuelle Unternehmens- und Arbeitsstrukturen im Kommunalbereich“. Er leitete zahlreiche Beratungs- und Evaluationsprojekte mit Schwerpunkt Computereinsatz in Produktion und Verwaltung. Beim Fraunhofer-Institut für Arbeitswirtschaft und Organisation (IAO), Stuttgart, arbeitete er an Projekten zur Einführung von Computern in Verwaltung und Produktion. Seine Forschungsschwerpunkte liegen im Bereich IT-Vernetzung und Datenverarbeitung im Gesundheitswesen und Informations- und Betriebliches Gesundheitsmanagement.

Herausgeberanschriften

Mario A. Pfannstiel Hochschule Neu-Ulm, Fakultät Gesundheitsmanagement, Neu-Ulm, Deutschland

Axel Focke Hochschule Neu-Ulm, Fakultät Gesundheitsmanagement, Neu-Ulm, Deutschland

Harald Mehlich Hochschule Neu-Ulm, Fakultät Gesundheitsmanagement, Neu-Ulm, Deutschland

Autorenanschriften

Linda Barthen Institut für Allgemeinmedizin, Goethe-Universität Frankfurt, Frankfurt am Main, Deutschland

E-Mail: barthen@allgemeinmedizin.uni-frankfurt.de

Dr. Johanna Baumgardt Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf (UKE), Hamburg, Deutschland

E-Mail: j.baumgardt@uke.de

Christoph Buerkli Luzern, Deutschland

E-Mail: christoph.buerkli@me.com

Tristan E. W. Dostal dostal & partner management-beratung gmbh, Vilsbiburg, Deutschland

E-Mail: t.dostal@dostal-partner.de

Adrian W. T. Dostal Geschäftsführer, dostal & partner management-beratung gmbh, Vilsbiburg, Deutschland

E-Mail: a.dostal@dostal-partner.de

Antje Erler Institut für Allgemeinmedizin, Goethe-Universität Frankfurt, Frankfurt am Main, Deutschland

E-Mail: erler@allgemeinmedizin.uni-frankfurt.de

Bernhard Faller Quaestio – Forschung & Beratung, Bonn, Deutschland

E-Mail: faller@quaestio-fb.de

Thomas Fröber Projektleitung „Gesund am NOK“, c/o atlas BKK ahlmann, Büdelsdorf, Deutschland

E-Mail: thomas.froeber@abkka.de

Dr. Andrea Glässel Departement Gesundheit, Institut für Gesundheitswissenschaften, ZHAW Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften, Winterthur, Schweiz

E-Mail: andrea.glaessel@zhaw.ch

Corina Güthlin Institut für Allgemeinmedizin, Goethe-Universität Frankfurt am Main, Frankfurt am Main, Deutschland

E-Mail: guethlin@allgemeinmedizin.uni-frankfurt.de

Kolja Heckes Abt. Münster, Kath. Hochschule NRW, Münster, Deutschland

E-Mail: k.heckes@katho-nrw.de

Bernd Karow Netzwerk für die Versorgung schwerkranker Kinder und Jugendlicher e.V., Hannover, Deutschland

E-Mail: karow.bernd@betreuungsnetz.org

Dr. rer. medic. Kerstin Kremeike Netzwerk für die Versorgung schwerkranker Kinder und Jugendlicher e.V., Hannover, Deutschland

E-Mail: kremeike.kerstin@betreuungsnetz.org

Stefanie Kolbe gök Consulting AG, Berlin, Deutschland

E-Mail: stefanie.kolbe@goek-consulting.de

Michael Lobeck Quaestio – Forschung & Beratung, Bonn, Deutschland

E-Mail: lobeck@quaestio-fb.de

Karola Mergenthal Institut für Allgemeinmedizin, Goethe-Universität Frankfurt am Main, Frankfurt am Main, Deutschland

E-Mail: mergenthal@allgemeinmedizin.uni-frankfurt.de

Anika Mohr Netzwerk für die Versorgung schwerkranker Kinder und Jugendlicher e.V., Hannover, Deutschland

E-Mail: mohr.anika@betreuungsnetz.org

Sukumar Munshi Abteilung Medizinische Informationssysteme, Universitätsklinikum Heidelberg, Heidelberg, Deutschland

E-Mail: sukumar.munshi@med.uni-heidelberg.de

Prof. Dr. phil. Julie Page Departement Gesundheit, Institut für Gesundheitswissenschaften, ZHAW Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften, Winterthur, Schweiz

E-Mail: julie.page@zhaw.ch

Dr. Jörg Rövekamp-Wattendorf Abt. Münster, Kath. Hochschule NRW, Münster, Deutschland

E-Mail: j.rovekamp-wattendorf@katho-nrw.de

Prof. Dr. med. Dirk Reinhardt Klinik für Kinderheilkunde III, Universitätsklinikum Essen (AöR), Essen, Deutschland

E-Mail: kinderonkologie@uk-essen.de

Dr.-Ing. Jörg Risse Vorstand, gök Consulting AG, Berlin, Deutschland

E-Mail: joerg.risse@goek-consulting.de

Annika Schmidt Institut für Public Health und Pflegeforschung, Universität Bremen, Bremen, Deutschland

E-Mail: schmidt.annika@uni-bremen.de

Johannes Technau Netzwerk Gesundheitswirtschaft Münsterland e.V., Münster, Deutschland

E-Mail: technau@gewi-muensterland.de

Lisa Ulrich Institut für Allgemeinmedizin, Goethe-Universität Frankfurt, Frankfurt am Main, Deutschland

E-Mail: ulrich@allgemeinmedizin.uni-frankfurt.de

Ines Weinhold WIG2 Wissenschaftliches Institut für Gesundheitsökonomie und Gesundheitssystemforschung, Leipzig, Deutschland

E-Mail: ines.weinhold@wig2.de

Danny Wende WIG2 Wissenschaftliches Institut für Gesundheitsökonomie und Gesundheitssystemforschung, Leipzig, Deutschland

E-Mail: wende@wig2.de

Dr. Lara Wiesche Fakultät für Wirtschaftswissenschaft, Ruhr-Universität Bochum, Bochum, Deutschland

E-Mail: lara.wiesche@rub.de

Karin Wolf-Ostermann Institut für Public Health und Pflegeforschung, Universität Bremen, Bremen, Deutschland

E-Mail: wolf-ostermann@uni-bremen.de

Prof. Dr. Brigitte Werners Fakultät für Wirtschaftswissenschaft, Ruhr-Universität Bochum, Bochum, Deutschland

E-Mail: or@rub.de

Inhaltsverzeichnis

1	Instrumente und Herausforderungen der Bedarfs- und Verteilungsplanung in Gesundheitsregionen	1
	Ines Weinhold und Danny Wende	
2	Ambulante Versorgung im Wandel – Entwicklungen und Potenziale im Zeitalter der Vernetzung	21
	Sukumar Munshi	
3	Bedarfsplanung für kommunale Rettungsdienste	31
	Brigitte Werners und Lara Wiesche	
4	Existenzfähig bleiben! – Eine theoretische Perspektive zur Nachhaltigkeit in der ambulanten Versorgung psychischer Erkrankungen	45
	Johanna Baumgardt	
5	Ambulante Versorgung von Menschen mit Demenz – ein Überblick.	59
	Annika Schmidt und Karin Wolf-Ostermann	
6	Strategien zur Verbesserung der regionalen hausärztlichen Versorgung – Das Konzept der lokalen Zukunftswerkstätten in Rheinland-Pfalz.	77
	Lisa Ulrich, Bernhard Faller, Linda Barthen, Michael Lobeck und Antje Erler	
7	Umsetzung von Delegationskonzepten – So klappt es in der Hausarztpraxis	89
	Karola Mergenthal und Corina Güthlin	
8	Innovatives Arztpraxis-Modell im ländlichen Raum – Fallbeispiel aus der Schweiz	101
	Christoph Buerkli	

9	Häusliche Kinderkrankenpflege in Niedersachsen – Dem Fachkräftemangel begegnen	109
	Kerstin Kremeike, Bernd Karow, Anika Mohr und Dirk Reinhardt	
10	Aufbau einer Gesundheitsregion im Gesundheitsland Schleswig-Holstein	125
	Thomas Fröber	
11	Was unterscheidet die gesunde Region gemäß der WHO von einer Gesundheitsregion? Eine Reflexion anhand der Schweizer Gesundheitsregion „GeWint“	139
	Julie Page und Andrea Glässel	
12	Controlling von Gesundheitsnetzen – Ergebnisse einer Pilotuntersuchung zur Erfolgsmessung	153
	Adrian W. T. Dostal und Tristan E. W. Dostal	
13	Verstrickt gehetzt oder gesund vernetzt? – Mitarbeiterbe- und -entlastung in Altenhilfesettings heute	173
	Jörg Rövekamp-Wattendorf, Johannes Technau und Kolja Heckes	
14	Ganzheitliche Versorgung geriatrischer Patienten im Krankenhaus	193
	Stefanie Kolbe und Jörg Risse	
	Sachverzeichnis	205

Instrumente und Herausforderungen der Bedarfs- und Verteilungsplanung in Gesundheitsregionen

Ines Weinhold und Danny Wende

Inhaltsverzeichnis

1.1	Einleitung.....	2
1.2	Zugangs- und Bedarfsgerechtigkeit der Versorgung als Grundlage von Planungsansätzen	3
1.3	Bedarfs- und Verteilungsplanung ambulanter Versorgung in Deutschland	4
1.4	Konzeptionelle und methodische Herausforderungen.....	7
1.5	Aktuelle Ansätze aus Forschung und Praxis	11
1.6	Schlussbetrachtung	14
	Literatur.....	15

Zusammenfassung

Eine effektive Versorgungsplanung und Organisation in Gesundheitsregionen sollte sich an regionalen Versorgungsbedarfen sowie lokalen Besonderheiten ausrichten. Verschiedene Methoden der Bedarfs- und Verteilungsplanung in der medizinischen Versorgung stellen dafür eine geeignete Grundlage dar. Dabei ist es wichtig, methodische Herausforderungen zu kennen und das Zusammenspiel verschiedener Instrumente zu verstehen. In diesem Beitrag werden verschiedene Ansätze vorgestellt,

I. Weinhold (✉) · D. Wende
WIG2 Wissenschaftliches Institut für Gesundheitsökonomie und Gesundheitssystemforschung,
Leipzig, Deutschland
E-Mail: ines.weinhold@wig2.de

D. Wende
E-Mail: wende@wig2.de

hinsichtlich ihrer Stärken und Schwächen diskutiert und beispielhafte Anwendungen in Deutschland skizziert. Abschließend werden Weiterentwicklungen aufgezeigt, die aktuell in Wissenschaft und Praxis diskutiert werden.

1.1 Einleitung

Die Ausgestaltung und Organisation von vernetzten Gesundheitsregionen lässt sich effektiv und effizient gestalten, wenn sie explizit auf regionale Versorgungsbedarfe zugeschnitten ist und räumlich-infrastrukturelle Besonderheiten berücksichtigt. Dabei erfordert insbesondere eine populationsorientierte Versorgungsplanung und -steuerung zum einen die Gruppierung von medizinischen Leistungserbringern und Einrichtungen sowie zum anderen eine Zusammenfassung räumlicher Gebiete in sachdienliche Versorgungsregionen mit ähnlichen Bedarfs- und Inanspruchnahmемustern (Delamater et al. 2013). Während für verschiedene „Leuchtturmprojekte“ Informationen zur operativen Ausgestaltung, beispielsweise hinsichtlich beteiligter Organisationen und Leistungserbringer oder zum Finanzierungssystem (Hildebrandt et al. 2011) sowie zur Evaluation transparent verfügbar gemacht werden (Hildebrandt et al. 2015; Siegel et al. 2011), ist überwiegend unklar, auf welcher Bedarfsschätzung und -prognose die Konzeption integrierter Versorgungsmodelle erfolgt und welche räumlichen Planungsbereiche sinnvollerweise zugrunde gelegt werden können.

Die wesentlichen Eckpunkte einer Planungsgrundlage sind eine valide Schätzung des Bevölkerungsbedarfs, die Berücksichtigung regionaler Besonderheiten in vorhandenen Angebotsstrukturen sowie sachdienliche räumliche Planungsebenen. Aktuelle Ansätze, die in Deutschland zur Regulierung ärztlicher Kapazitäten und deren Verteilung angewendet werden, sowie Weiterentwicklungen aus anderen Ländern bzw. der Wissenschaft können für eine solche Betrachtung wertvolle konzeptionelle und methodische Hinweise liefern. Dabei ist es wichtig, Herausforderungen und potenzielle Schwächen zu kennen und zu verstehen.

In dem folgenden Abschn. 1.2 wird zunächst der theoretische Hintergrund von Ansätzen einer Bedarfs- und Verteilungsplanung erläutert. Abschn. 1.3 gibt einen Überblick über die Entwicklung und den aktuellen Stand in Deutschland, Abschn. 1.4 stellt darauf aufbauend die größten methodisch-konzeptionellen Herausforderungen bei der Schätzung des Versorgungsbedarfs und der Festlegung sachdienlicher Raumzuschnitte als Planungsgrundlage dar. Abschn. 1.5 skizziert aktuelle internationale Herangehensweisen sowie in der Wissenschaft diskutierte Weiterentwicklungen. Abschn. 1.6 schließt mit einer Schlussbetrachtung ab.

1.2 Zugangs- und Bedarfsgerechtigkeit der Versorgung als Grundlage von Planungsansätzen

Das Hauptanliegen regulatorischer Maßnahmen zur Planung und Verteilung medizinischer Kapazitäten in Deutschland ist die Herstellung von Zugangsgerechtigkeit, die in den §§ 1 und 70 SGB V verankert ist. Krankenkassen und Leistungserbringer sind demnach verpflichtet, eine bedarfsgerechte und gleichmäßige Versorgung nach aktuellem medizinischen Wissensstand sicherzustellen. Dabei ist auch dafür Sorge zu tragen, dass die Versorgung wirtschaftlich erbracht wird, d. h. keine Ressourcen verschwendet werden. In der internationalen wissenschaftlichen und gesundheitspolitischen Diskussion wird hierunter im weiteren Sinne die Forderung nach „Equity“ verstanden (Culyer und Wagstaff 1993; Whitehead 1992). Im Gegensatz zur Forderung nach „Gleichheit“ impliziert dieser Begriff auch eine normative Dimension und eine Differenzierung nach dem tatsächlichen Versorgungsbedarf: Bei gleichem Bedarf soll eine qualitativ und quantitativ gleiche Versorgung erfolgen, wohingegen bei unterschiedlichem Bedarf eine differenzierte Versorgung stattfinden soll (Culyer und Wagstaff 1993). Die theoretischen Ausführungen machen deutlich, dass als Basis einer Planung und Verteilung ärztlicher Kapazitäten zunächst der Begriff des Bedarfs definiert und operationalisiert werden muss.

Zur Definition wurde vom Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (SVR) der Bedarfsbegriff zunächst von der Nachfrage und der letzten Inanspruchnahme, d. h. der Nutzung verfügbarer Versorgungsangebote, abgegrenzt (SVR 2001). Die Nachfrage nach Versorgungsleistungen wird in diesem Sinne als subjektiver Bedarf (bzw. Bedürfnis) nach Versorgung verstanden. Dieser steht „ein professionell (fachlich) oder wissenschaftlich bestätigter objektiver Bedarf“ (SVR 2001, S. 26) gegenüber, der auch durch geeignete Behandlungen adressierbar sein muss. Konkret folgt daraus, dass Zustände von Krankheit oder Behinderung nur dann in einen objektiven Bedarf münden, wenn Behandlungsmaßnahmen existieren, die mit einem gesundheitlichen Nutzen verbunden sind (Culyer und Wagstaff 1993; Culyer 1995). Dieses „Gesundheitsnutzenpotential“ schließt nicht nur kurative, sondern auch palliative Versorgung oder Präventionsmaßnahmen ein. Der so definierte objektive Versorgungsbedarf muss dabei nicht in jedem Falle auch mit dem subjektiven Bedarf übereinstimmen. Die Verfügbarkeit von Versorgungsangeboten oder auch unterschiedliche Patientenpräferenzen können zu Abweichungen und somit letztlich zu nicht bedarfsgerechter Versorgung führen.

Im Widerspruch zu den Zielen der Zugangs- und Bedarfsgerechtigkeit in der Versorgung steht jede systematische und unverschuldete Benachteiligung von Individuen oder Gruppen mit dem gleichen Bedarf in Hinblick auf Qualität und Umfang der Versorgung, wie sie sich beispielsweise in sozial-bedingter gesundheitlicher Ungleichheit oder regionalen Versorgungsunterschieden äußert (Ozegowski 2013a; Siegel et al. 2015; Ozegowski und Sundmacher 2014). Dabei ist zu beachten, dass der potenzielle Zugang allein noch nicht ausreicht, um das Gerechtigkeitsgebot zu erfüllen. Erst die Realisierung des

Zugangs, d. h. die diskriminierungsfreie Überwindung potenzieller Zugangsbarrieren, die räumlicher, organisatorischer, sozio-kultureller oder auch finanzieller Art sein können (Goddard und Smith 2001; Andersen et al. 1983), wird dieser normativen Forderung gerecht. Eine bedarfsgerechte Kapazitäts- und Verteilungsplanung in der Gesundheitsversorgung muss diese Überlegungen und entsprechende Faktoren berücksichtigen.

1.3 Bedarfs- und Verteilungsplanung ambulanter Versorgung in Deutschland

Bis zum Inkrafttreten der Neufassung am 01.01.2013 regelte seit 1992 die Bedarfsplanungs-Richtlinie (BPRL) die Anzahl möglicher Zulassungen von Vertragsärzten und -psychotherapeuten bundesweit einheitlich auf der Ebene von Landkreisen und kreisfreien Städten. Als Hauptsteuerungsinstrument wurden jährlich Arzt-Einwohner-Verhältniszahlen berechnet, die sich einem festgelegten Wert annähern sollten. In Abhängigkeit des Grades der Abweichung (Ist-Relation von >110 % oder <50 % für Fachärzte bzw. <75 % für Hausärzte) wurde eine Über- bzw. Unterversorgung festgestellt und Planungsbereiche wurden für weitere Zulassungen gesperrt bzw. Maßnahmen zur Besetzung fehlender Sitze eingeleitet. Um unterschiedliche Bevölkerungsdichten und Einzugsbereiche zu berücksichtigen, wurden die Verhältniszahlen für Agglomerationsräume, verstärkte und ländliche Räume gemäß der Kreistypisierung nach dem Bundesinstitut für Bau-, Stadt- und Raumforschung (BBSR) sowie die Sonderregion Ruhrgebiet adaptiert. Beplant wurden 14 verschiedene Arztgruppen. Kam es in Planungsbereichen zu im Bundesvergleich überdurchschnittlich vielen arztgruppenspezifischen Behandlungsfällen, so konnte eine Anpassung mittels eines Demografiefaktors erfolgen, der sich aus dem Anteil der über 60-jährigen Bevölkerung und dem aus der kassenärztlichen Abrechnungsstatistik ermittelten Leistungsbedarf errechnete (G-BA 2010). Zur Festlegung der Soll-Verhältniszahlen wurde in den jeweiligen Kreistypen in den alten Bundesländern der Status quo zum 31.12.1990 herangezogen (Ozegowski 2013a). Diese ursprüngliche Form der Bedarfsplanung geriet im Laufe der vergangenen 10 Jahre unter erhebliche Kritik. Die mangelhafte Validität der Verhältniszahlen als Richtwerte für den Versorgungsbedarf sowie deren fehlende Anpassung an die regionale Demografie und Morbidität, starre Planungsräume, die weder die Versorgungsrealität abbilden, noch geeignet sind um innerregionale Ungleichverteilungen zu korrigieren und so einen gleichwertigen Zugang aus Patientenperspektive herzustellen, wurden von Wissenschaftlern und Akteuren der Selbstverwaltung fortwährend beanstandet (Schöpe et al. 2007; Fülöp et al. 2008; Ozegowski und Sundmacher 2012; Bundesärztekammer 2010, 2012; GKV Spitzenverband 2011).

Eine Anpassung der Bedarfsplanung wurde mit dem Versorgungsstrukturgesetz im Jahre 2011 vorgenommen. Im Vergleich zur vorherigen Fassung werden in der neuen Version 9 weitere Arztgruppen beplant und die räumlichen Planungsebenen wurden nach der Spezialisierungstiefe einer Fachrichtung angepasst. Ärzte mit höherem Spezialisierungsgrad werden innerhalb von großflächigeren Raumzuschnitten beplant.

Mitversorgungsbeziehungen sollen durch eine Zuordnung der Kreise gemäß dem Konzept der Großstadtreionen des Bundesinstituts für Bau-, Stadt- und Raumforschung (BBSR) besser abgebildet werden (G-BA 2016). Dieses Konzept kategorisiert Kreise nach deren Verflechtung zwischen Zentren und Umland anhand von Pendlerbewegungen zwischen Wohn- und Arbeitsorten in fünf verschiedene Typen (Bundesinstitut für Bau-, Stadt- und Raumforschung 2017a). 28,4 % der deutschen Bevölkerung leben in Typ 1 (Zentren), der jedoch flächenmäßig nur 3,3 % des Landes ausmacht. Demgegenüber nehmen Gemeinden außerhalb von Großstadtreionen bei einem Bevölkerungsanteil von 26,1 % mehr als die Hälfte (51,1 %) des Bundesgebietes ein (Bundesinstitut für Bau-, Stadt- und Raumforschung 2017b). Daneben sind zahlreiche Instrumente zur lokalen Feinsteuerung für die Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) ermöglicht worden. Regionale Abweichungen von den Bundesrahmenvorgaben sind nun in Hinblick auf die regionale Demografie, Morbiditätsentwicklungen, sozioökonomische Faktoren sowie räumlich-infrastrukturelle Besonderheiten möglich (KBV 2013). Wie potenzielle Anpassungsfaktoren – mit Ausnahme des nach wie vor bestehenden, leicht modifizierten Demografiefaktors – zu berechnen sind oder nach welchen Maßgaben Planungsbereiche angepasst werden können, wird nicht vorgeschrieben und liegt somit im Ermessen der regionalen Akteure. Grundlage der „Bedarfsschätzung“ bleiben dabei jedoch die ursprünglichen auf historischen Werten beruhenden Verhältniszahlen (G-BA 2016).

Die Kassenärztlichen Vereinigungen machen in ihrer Umsetzung der Richtlinie aktuell in unterschiedlichem Umfang Gebrauch von den Instrumenten, die zur Anpassung der Planung an regionale Faktoren möglich sind. Abweichungen von der Bundesrichtlinie erfolgen schwerpunktmäßig in den folgenden Bereichen bzw. sind dort möglich (diese Zusammenfassung stellt keine vollständige Übersicht der Abweichungen in den Bedarfsplänen der Kassenärztlichen Vereinigungen dar, sondern es werden beispielhaft Anpassungen skizziert):

- Die erweiterte Berücksichtigung räumlicher Mitversorgungsbeziehungen, die insbesondere für das Umland mitversorgende Agglomerationsräume eine Rolle spielen. Eine entsprechende Anpassung erfolgt beispielsweise für die spezialisierte fachärztliche Versorgung in Bremen und Bremerhaven sowie die fachärztliche Versorgung Leverkusens, die als zentrale Städte einen Großteil ihres Umlandes mitversorgen (Kassenärztliche Vereinigung Bremen 2015; Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein 2016). Ähnliche Anpassungen werden aufgrund der anästhesistischen Mitversorgung Brandenburgs durch Berlin (Kassenärztliche Vereinigung Brandenburg 2014) und durch eine Erhöhung der Verhältniszahlen für die hausärztliche Versorgung in bestimmten Gebieten Schleswig-Holsteins aufgrund der Mitversorgung durch die Stadt Hamburg (Kassenärztliche Vereinigung Schleswig-Holstein 2015) vorgenommen.
- Eine Anpassung der räumlichen Planungsbereiche an regionale Gegebenheiten erfolgt zumeist für die wohnortnah sicherzustellenden Versorgungsbereiche, um eine zu starke lokale Konzentration niedergelassener Ärzte zu verhindern. So werden beispielsweise

Planungsbereiche geteilt, wenn diese eine besonders weite Ausdehnung haben und regionale Ungleichverteilungen des Angebots aufweisen (Kassenärztliche Vereinigung Bayern 2016; Kassenärztliche Vereinigung Sachsen 2016; Kassenärztliche Vereinigung Mecklenburg-Vorpommern 2013) oder wenn diese durch natürliche Barrieren wie beispielsweise Gewässer getrennt sind (Kassenärztliche Vereinigung Rheinland-Pfalz 2015; Kassenärztliche Vereinigung Schleswig-Holstein 2015). Auch Versorgungsverflechtungen und Einwohnerzahlen werden für die Auflösung kleinräumiger Planungsbereiche und deren Neuzuschnitt herangezogen (Kassenärztliche Vereinigung Niedersachsen 2017). In Mecklenburg-Vorpommern werden anstelle der vom BBSR abgegrenzten Mittelbereiche adaptierte Planungsräume verwendet, die auf dem Landesplanungsgesetz und dem Landesraumentwicklungsprogramm des Bundeslandes beruhen (Kassenärztliche Vereinigung Mecklenburg-Vorpommern 2013).

- Die Berücksichtigung von ambulanten Leistungen des stationären Sektors, indem ermächtigte Ärzte und Ärzte in ermächtigten Einrichtungen entsprechend ihres Tätigkeitsumfangs, psychiatrische Institutsambulanzen (§ 118 SGB V) und sozialpädiatrische Zentren (§ 119 SGB V) mit einem Anrechnungsfaktor von 0,5 sowie Krankenhäuser, die ambulante Behandlungen aufgrund lokaler Unterversorgung (§ 116a SGB V) oder im geriatrischen Bereich (§ 118a SGB V) erbringen, entsprechend einem Fallzahlquotienten bei der Feststellung der Verhältniszahlen angerechnet werden (§ 22 Abs. 2 BPRL). Von diesen Anrechnungsregeln kann, sofern es die regionale Situation erfordert, ebenfalls abgewichen werden. In diesem Bereich besteht jedoch weiterer Erkenntnis- und auch Datenbedarf, beispielsweise hinsichtlich der sachgerechten Zuordnung von ermächtigten Ärzten und Einrichtungen zu den beplanten Arztgruppen (Kassenärztliche Vereinigung Hessen 2014; Kassenärztliche Vereinigung Berlin 2015).
- Die Berücksichtigung der regionalen Demografie über den Demografiefaktor, der in allen Planungen verwendet wird. Darüber hinaus werden sehr vereinzelt auch sozioökonomische Faktoren zur Anpassung der Verhältniszahlen verwendet. So nutzt beispielsweise die KV Hessen den Arbeitnehmer- und Ausländeranteil sowie die Arbeitslosenquote, um einen unterdurchschnittlichen Versorgungsbedarf in einzelnen Kreisen mit der regionalen Sozialstruktur zu plausibilisieren. Der im Vergleich zum Bundesdurchschnitt höhere Anteil privatversicherter Patienten wurde ebenfalls zur Begründung einer Anhebung der Verhältniszahlen herangezogen (Kassenärztliche Vereinigung Hessen 2014). Im Planungsbereich der KV Sachsen erfolgte eine Anpassung der Verhältniszahl für Kinderärzte in den Kernstädten, die in der aktuellen kinderärztlichen Altersstruktur, dem deutlichen Geburtenanstieg in Verbindung mit dem im Vergleich zu Kindern und Jugendlichen deutlich erhöhten Betreuungsaufwand für Kleinkinder bis ca. 5 Jahren begründet ist (Kassenärztliche Vereinigung Sachsen 2016).
- Die Berücksichtigung der regionalen Morbiditätsentwicklungen, die aktuell nur vereinzelt umgesetzt wird. In Mecklenburg-Vorpommern wird beispielsweise aus den Abweichungen in Fallzahlen und Leistungsbedarf im Bereich allgemeinmedizinischer und hausärztlich-internistischer Versorgung sowie Indikatoren zur Entwicklung

von Morbidität und Risikofaktoren ein erhöhter Versorgungsbedarf der Bevölkerung abgeleitet, der durch eine Anpassung der Verhältniszahlen sichergestellt werden soll (Kassenärztliche Vereinigung Mecklenburg-Vorpommern 2013). In Hessen ergab eine Überprüfung der Morbiditätsraten, dass in einzelnen Kreisen trotz höherer Altersstruktur aufgrund der überdurchschnittlich guten Gesundheit der Bevölkerung kein erhöhter Behandlungsbedarf besteht. Die Wirkung des Demografiefaktors wurde durch eine Korrektur der Verhältniszahlen entsprechend korrigiert (Kassenärztliche Vereinigung Hessen 2014).

- Die Berücksichtigung von Leistungsverchiebungen zwischen verschiedenen Fachrichtungen. So wurden beispielsweise im Planungsbereich Bremen die Verhältniszahlen für Chirurgen und Orthopäden angepasst, da zwischen diesen eine Verschiebung von Arztsitzen stattgefunden hat. Konkret wurden Fachärzte für Chirurgie mit unfallchirurgischem Schwerpunkt durch Fachärzte für Orthopädie und Unfallchirurgie nachbesetzt (Kassenärztliche Vereinigung Bremen 2015).

1.4 Konzeptionelle und methodische Herausforderungen

Bedarfsschätzung

Die größte methodische Schwierigkeit einer Bedarfsplanung besteht in einer Schätzung des tatsächlichen objektiven Versorgungsbedarfs. Bestehende regionale Arztdichten können letztlich nicht als valide Schätzer betrachtet werden, da sie erheblichen Endogenitätsproblemen unterliegen. Das Problem birgt in Deutschland seit Beginn der Bedarfsplanung die Gefahr regionaler Über- und Unterversorgung, die mit der Planung jahrzehntelang „zementiert“ wurden (Fülöp et al. 2010; Kistemann und Schröer 2007; Ozegowski und Sundmacher 2012).

Der Bedarf nach Versorgungsleistungen ist ein latentes Konstrukt, d. h. er entzieht sich der direkten Messung. Stattdessen müssen geeignete Indikatoren herangezogen werden. Als Grundlage haben sich dafür verschiedene Ansätze etabliert, die entweder das medizinische Angebot, die Morbidität, die Inanspruchnahme von Leistungen oder den subjektiven Bedarf, d. h. das Bedürfnis nach Leistungen, einer Schätzung zugrunde legen.

Die in Abschn. 1.2 dargestellte deutsche Planungsmethodik nutzt das medizinische Angebot – operationalisiert als Anzahl der zugelassenen Vertragsärzte in Relation zur Anzahl der Versicherten je Planungsbereich – und leitet daraus, mit leichten Anpassungen, den Versorgungsbedarf ab. Es ist grundsätzlich fraglich, inwieweit dieser Ansatz und dessen historische, nicht durch Evidenz belegte Berechnungsgrundlage für eine Bedarfsplanung geeignet sind. Der Ansatz begründet sich auf der Annahme, dass sich Ärzte entsprechend des Versorgungsbedarfs der Bevölkerung niederlassen und so ein Ausgleich zwischen Regionen – im Sinne eines ausweichenden Niederlassungsverhaltens bei regional „gedecktem“ Bedarf – zu einer gleichmäßig bedarfsgerechten Versorgung führt. Es ist wissenschaftlich hinreichend belegt, dass dies nicht der Fall ist,

sondern vielmehr ökonomische und Standortfaktoren (Kistemann und Schröer 2007) oder familiäre Rahmenbedingungen (Roick et al. 2012) den Ausschlag für eine Niederlassung geben. Das bekannte Problem der angebotsinduzierten Nachfrage (Rossiter und Wilensky 1984; Ozegowski und Sundmacher 2014) widerspricht zudem der Idee eines solchen Ausgleichs.

Auch die Leistungsinanspruchnahme, gemessen in Fallzahlen, abgerechneten Leistungen oder Versorgungskosten, kann als Indikator für den Versorgungsbedarf dienen. Der deutsche Risikostrukturausgleich zwischen den gesetzlichen Krankenkassen nutzt beispielsweise einen solchen Ansatz und regressiert prospektive Leistungsausgaben auf relevante Determinanten wie Alter, Geschlecht und Morbidität (Drösler et al. 2011). Für die Erfassung von Inanspruchnahme und Morbidität sind deshalb Routinedaten der gesetzlichen Krankenkassen die vollständigste verfügbare Datengrundlage. Das Hauptproblem dieses Ansatzes ist die Abhängigkeit der Inanspruchnahme-Intensität von dem endogenen Faktor des medizinischen Angebotes. Wie bereits gezeigt wurde, existiert auch nach Einbezug umfassender Alters-, Geschlechts- und Morbiditätsvariablen eine erhebliche regionale Variation in diesem Ergebnismaß (König et al. 2016), die nicht durch den eigentlichen Bedarf determiniert wird und deutlich mit der Leistungserbringerdichte assoziiert ist (Ozegowski und Sundmacher 2014). Dabei muss neben dem Problem der Endogenität auch bedacht werden, dass es aufgrund der Ausgestaltung des morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs für die Krankenkassen Anreize gibt, die Prävalenz und den Schweregrad ausgleichsrelevanter Krankheiten durch direkte oder indirekte Einflussnahme zu erhöhen (Häckl et al. 2016). Eine weitere bekannte Einschränkung liegt darin, dass aufgrund fehlender einheitlicher Codierrichtlinien im ambulanten Sektor die Codierqualität von Diagnosen sehr unterschiedlich ausfallen kann (IGES 2012). Dementsprechend können Anstiege in codierten Diagnosen nicht uneingeschränkt als Morbiditätsentwicklung interpretiert werden (Arndt et al. 2010) und regionale Unterschiede in codierten Diagnosen bilden nicht exakt eine unterschiedliche Krankheitslast ab (Ozegowski 2013b).

Eine ausschließlich auf in epidemiologischen Studien erfassten Morbiditätsmaßzahlen – beispielsweise Inzidenzen und Prävalenzen – beruhende Bedarfsschätzung ist wegen der zeitaufwendigen Erfassung kaum praktikabel. Diese Indikatoren werden vielmehr als Kontrollvariablen in Bedarfsschätzungen einbezogen, die auf Angebots- oder Inanspruchnahmevariablen beruhen. Es existieren dafür vielfältige Datenquellen (beispielsweise die Gesundheitsberichterstattung des Bundes, Abrechnungsdaten der Krankenkassen und Daten aus den Krebsregistern). Morbiditätsinformationen können zudem in krankheitsspezifischen Prognosemodellen zur Abschätzung der künftigen Krankheitslast in bestimmten Regionen (Weinhold et al. 2017) genutzt werden. Darüber hinaus sollten bei verfügbarer Datengrundlage Veränderungen in der Prävalenz von Hauptrisikofaktoren, beispielsweise im Bereich der Prognose kardiovaskulärer Erkrankungen, berücksichtigt werden, da eine rein demografiebedingte Morbiditätsentwicklung überschätzt sein kann (Hoffmann et al. 2015).

Berücksichtigung subjektiver Bedürfnisse und Präferenzen

Während die Morbidität als objektivierbarer Begriff die Krankheitslast eines Patienten darstellt, realisiert sich eine Inanspruchnahme von Leistungen erst dann, wenn bei Patienten auch eine Nachfrage nach diesen – und in diesem Sinne ein subjektiver Bedarf – entsteht. Dieser zeichnet sich gerade dadurch aus, dass Akzeptanz von Verfahren, Präferenzen der Patienten, aber auch das Wissen und die Verfügbarkeit von Behandlungsmöglichkeiten darüber entscheiden, welche Leistungen ein Patient tatsächlich in Anspruch nimmt (Goddard und Smith 2001). Wie auch bei den vorherigen Ansätzen, besteht hier das Problem der Endogenität und der Angebotsinduzierung, da subjektiver Bedarf durch das Wissen um Behandlungsoptionen entsteht und zum Teil von deren Verfügbarkeit abhängt (Andersen 1995).

Da das Ziel einer Bedarfs- und Verteilungsplanung letztlich in der Zugangs- und Bedarfsgerechtigkeit der Versorgung liegt (vgl. Abschn. 1.2), ist die Berücksichtigung relevanter Faktoren und Präferenzen aus Patientenperspektive dennoch notwendig. Ein wichtiger Aspekt ist dabei die Erreichbarkeit von Versorgung, die sich für Patienten nicht nach numerischer Distanz sondern nach der notwendigen Wegezeit und damit verbundenen Anstrengung bemisst (Haggerty et al. 2011). Das räumliche Inanspruchnahmeverhalten wird von Faktoren wie der individuellen Mobilität, lokalen Infrastrukturen und der Distanz-Toleranz beeinflusst (Arcury et al. 2005; Sherman et al. 2005; McGrail et al. 2015; Fülöp et al. 2011). Daneben sollte in der Planung und Reorganisation traditioneller Versorgungsstrukturen auch die Akzeptanz durch die Bevölkerung erwogen werden. Prioritäten – beispielsweise bezüglich der hausärztlichen Versorgung – können von unterschiedlichen Erwartungen geprägt regional variieren (Weinhold und Gurtner 2015) und auch die Akzeptanz innovativer Versorgungsansätze kann sehr unterschiedlich ausfallen (Schang et al. 2016). Die gilt gleichermaßen für bestehende Versorgungsangebote wenn beispielsweise, Patienten die räumlich nächstgelegene Alternative passieren, etwa aufgrund präferierter Leistungen oder der Reputation einer Versorgungseinrichtung (Connor et al. 1994; Weinhold und Gurtner 2014; Fülöp et al. 2011).

Erreichbarkeit und das Problem definierter Raumabgrenzungen

Verfügbare Konzepte zur räumlichen Planung beruhen auf unterschiedlichen Operationalisierungen der Erreichbarkeit. Damit zusammen hängt somit die Herausforderung der Festlegung einer sachdienlichen Planungsebene. Angebots-Einwohner-Verhältniszahlen innerhalb definierter Planungsbereiche, wie sie aktuell auch in der deutschen Planung verwendet werden, sind aufgrund der (wegen der Durchschnittsbildung vernachlässigten) innerregionalen Angebotsverteilung sowie der unberücksichtigten tatsächliche Wegezeiten für Patienten im Grunde kein valider Erreichbarkeitsindikator (Guagliardo 2004). Der starre Bezugskörper festgelegter administrativer Raumeinheiten hat den Nachteil, dass alle Arzt- und Einwohnerstandorte innerhalb einer Raumeinheit gleichwertig sind, während Standorte außerhalb des jeweiligen Planungsraumes unberücksichtigt bleiben. Innerhalb kleiner Bezugsräume, wie den Mittelbereichen, hat dies zur Folge, dass die räumliche Mitversorgung von Arztsitzen umliegender Planungsbereiche verkannt wird, wodurch es zu

einer Fehleinschätzung der Versorgung des Planungsbereiches und dementsprechend der freien Kapazitäten der umliegenden Planungsbereiche kommt. In großen Planungsräumen, wie sie in der spezialisierten fachärztlichen Versorgung Anwendung finden, kommt es zu einer strukturellen Fehleinschätzung, wenn sich die ohnehin seltenen Arztsitze räumlich nah beieinander befinden. Die Verhältniszahl zeigt in einem solchen Fall nicht die langen Wege und den damit verbundenen schlechten Zugang an. Letztlich treten beide Probleme bei jeder Art der fixierten Raumeinteilung auf. Ihnen zugrunde liegt das sogenannte „modifiable areal unit problem (MAUP)“ (ESPON 2006). So reduziert sich zum einen mit zunehmender räumlicher Aggregation die ursprüngliche Varianz in einem Datensatz (Problem der Skalenvarianz), zum anderen verändert sich jede räumliche Maßzahl mit dem zugrunde liegenden geografischen Zuschnitt (Problem der Aggregationsvarianz).

Die Problematik ist im Kontext der Bedarfsplanung auch deshalb so groß, weil die Verhältniszahlen vom Raumzuschnitt abhängen und regulatorische Änderungen, wie z. B. eine Gebietsreform, starke Änderungen in der Bedarfsmessung und damit einen Handlungsdruck in den Verwaltungsbehörden auslösen, der nichts mit dem tatsächlichen Versorgungsgeschehen zu tun hat.

Fachliche und räumliche Interdependenzen

In der Versorgungsrealität existieren Mitversorgungsbeziehungen und Abhängigkeiten sowohl zwischen Regionen (Czihal et al. 2012) als auch zwischen den Fachgruppen und Sektoren (Büyükdurmus et al. 2017; Wende et al. 2016), die bei einer regionalen Bedarfsplanung abgebildet werden müssen. In der Realität findet Versorgung in erheblichem Ausmaß und aus unterschiedlichsten Gründen jenseits definierter Planungsbereiche statt. Czihal et al. (2012) zeigen, dass etwa ein Fünftel aller Leistungen eines Kreises von Patienten, die nicht in diesem wohnhaft sind, in Anspruch genommen werden. Mitversorgungsbeziehungen können infolge einer lokalen Unterversorgung oder aufgrund einer ungleichen Angebotsverteilung innerhalb von Planungsregionen auftreten. Auch die Nähe zum Arbeitsort kann nachweislich zu Versorgungsinanspruchnahme jenseits des eigentlichen Wohnortes führen (Czihal et al. 2012). Die Distanzsensitivität von Patienten variiert je nach Spezialisierung des aufgesuchten Arztes. So besuchen im Bereich der hausärztlichen Versorgung 71,5 % der Patienten die von ihrem Wohnort aus nächstgelegene Praxis. Im Falle gynäkologischer Praxen beträgt dieser Anteil nur noch 57,4 % und für die Leistungen von Psychotherapeuten sinkt er auf 38,5 % (Fülöp et al. 2011). Dies sind aus planerischer Sicht – beispielsweise in Hinblick auf die Auslastung und wirtschaftliche Tragfähigkeit eines Standortes – relevante Informationen.

Neben der Konzentration variiert auch die Vielfalt ambulanter und stationärer Versorgung zwischen den Regionen (Siegel et al. 2016) und es existieren wechselseitige Abhängigkeiten sowohl zwischen Fachgruppen im ambulanten Bereich als auch zwischen den Sektoren. Diese Beziehungen können substitutiv sein, beispielsweise zwischen der haus- und fachärztlichen Versorgung (Wende, D. et al. 2016) oder sektorübergreifend, wenn beispielsweise bestimmte ehemals stationäre Leistungen, wie Kataraktoperationen oder die Entfernung von Hauttumoren, bei zunehmender Dichte

niedergelassener Ärzte häufiger ambulant erbracht werden (Büyükdurmus et al. 2017). Regional unterschiedlich ausgeprägte Möglichkeiten der Substitution zwischen ambulantem und stationärem Sektor können – beispielsweise in Form der Berücksichtigung lokaler sektorübergreifender Kapazitäten – einkalkuliert werden (Czihal et al. 2014). Komplementäre Beziehungen können auftreten, wenn bei zunehmender ambulanter Angebotsdichte aufgrund steigender Kapazitäten für die Versorgung und ggf. mehr diagnostizierter Morbidität eine Zunahme stationärer Behandlungen erfolgt (Büyükdurmus et al. 2017). Insgesamt müssen derartige Beziehungen jedoch sehr differenziert nach Spezialisierung und Leistungen sowie unter Berücksichtigung regionaler Besonderheiten – wie bspw. bestehenden Selektivverträgen – bewertet werden (Czihal et al. 2014).

1.5 Aktuelle Ansätze aus Forschung und Praxis

Ansätze der Bedarfsplanung

International sind die meisten Ansätze der Bedarfsplanung angebotsorientiert, orientieren sich an der demografischen Entwicklung der Bevölkerung und konzentrieren sich auf Abschätzungen des künftigen Ersatzbedarfs an Leistungserbringern (Ono et al. 2013). Vereinzelt, beispielsweise in den Niederlanden und der Schweiz, werden versorgungsstrukturelle Entwicklungen, wie eine ambulant-stationäre Substitution und Arbeitsteilung, berücksichtigt (Nüsken und Busse 2011; Ono et al. 2013). Eine Berücksichtigung sich überschneidender Aktivitäten und Leistungsverlagerungen innerhalb und zwischen Fachgruppen würde eine exaktere Prognose erlauben, wird jedoch aufgrund der höheren Komplexität noch selten umgesetzt (Ono et al. 2013). Eine Berücksichtigung der Inanspruchnahme, erfasst als Leistungsausgaben, bei der Bedarfsschätzung findet lediglich in England und Norwegen statt (Ono et al. 2013). Eine tatsächliche Bedarfsschätzung unter dem Blickwinkel des Gesundheitsnutzenpotenzials (vgl. Abschn. 1.2) legen nur wenige Modelle zugrunde; diese versuchen, mittels der Berücksichtigung von Risikofaktoren und epidemiologischen Kennzahlen künftige Entwicklungen zu prognostizieren.

Um Maßzahlen der Morbidität und Inanspruchnahme für eine Bedarfsschätzung heranzuziehen, müssen demnach geeignete exogene, angebotsunabhängige Faktoren als Kontrollvariablen in eine Schätzung einbezogen werden. Dabei ist insbesondere die Bedeutung sozioökonomischer Faktoren sowohl auf individueller als auch auf regionaler Ebene hinreichend belegt. Das Leben in einer sozioökonomisch benachteiligten Region – man spricht hier von hoher Deprivation – ist ein erwiesener Risikofaktor in Bezug auf Morbidität und Mortalität (Hofmeister et al. 2015; Carstairs 1995; Chateau et al. 2012). In den Gesundheitssystemen anderer Länder, beispielsweise England, Schottland und Canada werden sogenannte Deprivationsindizes genutzt, um die Verteilung von Ressourcen an der relativen Benachteiligung von Regionen zu orientieren (Carstairs 1995; Schuurman et al. 2007). Diese Indizes kombinieren unterschiedliche Dimensionen potenzieller ökonomischer, bildungsbezogener oder sozialer Benachteiligung (Jarman et al. 1991; McLennan et al. 2011). Auch für Deutschland wurde von Maier et al. (2012) ein solcher multipler Index nach englischem

Vorbild adaptiert. In Untersuchungen zum Einfluss regionaler Deprivation auf die Prävalenz von Diabetes (Maier et al. 2013), koronarer Herzerkrankungen, Schlaganfällen, Krebserkrankungen und Depressionen (Charlton et al. 2013) bzw. der Gesamtmorbidität (Kopetsch und Maier 2016) zeigte sich, dass auch bei Kontrolle individueller Risikofaktoren und sozialem Status die räumliche Nähe zu benachteiligten Regionen das Erkrankungsrisiko und den Leistungsbedarf erhöht.

Der Einfluss direkter sozioökonomischer Faktoren auf individueller Ebene ist gleichwohl belegt und kann bei einer Bedarfsschätzung berücksichtigt werden. So zeigen beispielsweise Göpfarth et al. (2015) in einer Studie, die nahezu die gesamte deutsche Bevölkerung und alle Leistungsausgaben umfasst, dass deren regionale Variation zwar hauptsächlich durch Morbiditätsunterschiede (mit den geschilderten Einschränkungen der Morbiditätsmessung anhand von Routinedaten) erklärt werden kann, daneben aber das medizinische Angebot und sozioökonomische Faktoren einen wesentlichen Erklärungsanteil haben. Im Vergleich zu dokumentierten Morbiditätsmaßen bieten diese Ansätze den Vorteil, dass sie einen Teil des schwer zu erfassenden ungedeckten Bedarfs abbilden können (Ozegowski 2013a).

Ansätze zur räumlichen Verteilungsplanung

Die räumliche Verteilung von Leistungserbringern wird in internationalen Planungsansätzen mehrheitlich nur in vereinfachter Form berücksichtigt. Ein verbreitetes Problem sind – wie in Abschn. 1.4 dargestellt – ungleiche Verteilungen des medizinischen Angebots innerhalb der Planungsräume (Ono et al. 2013). Aktuelle wissenschaftliche Ansätze zum Thema der räumlichen Bedarfsmessung können diese Problematik adressieren, indem sie sich von dem starren Ansatz des Raumzuschnitts lösen. Im Gegensatz zu der Raumeinteilung in Strukturen wird nach Möglichkeiten gesucht, räumliche Distanzen zwischen Arztsitzen über Indikatoren wie Fahrzeit oder kürzeste Wegematrizen abzubilden. Für diese Aufgabe haben sich spezielle Gravitationsgleichungen und als Sonderform die „two-step floating catchment area“-Methode (2SFCA) herausgebildet (Fotheringham et al. 1995; Luo und Wang 2003).

Bei den Gravitationsgleichungen handelt es sich um Varianten einer statistischen Modellierungstechnik, die sich auf das Newtonsche Gravitationsgesetz der klassischen Physik bezieht. Die Intuition hinter den Gleichungen ist eine „Massenanziehung“ zwischen Arztsitzen und Patientenwohnorten, die sich dann verstärkt, wenn größere Patientenzahlen an einem Standort zu finden sind, und die sich dann abschwächt, wenn größere Distanzen zwischen den beiden Standorten zu überbrücken sind. Die am häufigsten diskutierte Anwendung dieser Gleichungen ist die 2SFCA-Methode (McGrail und Humphreys 2014; Luo und Wang 2003). Dabei wird in zwei Schritten erfasst, wie viel freie Kapazität ein Arzt aufgrund der zu behandelnden Bevölkerung seines Einzugsbereiches hat und wie viele dieser freien Kapazitäten eine Person innerhalb ihres Aktivitätsradius (üblicherweise ausgehend vom Wohnort) erreichen kann (Radke und Mu 2000). Ein großer Teil der Forschung beschäftigt sich aktuell damit, die Einzugsbereiche, Aktivitätsradien und Distanzgewichtungsfunktionen detaillierter zu bestimmen. Die so genannte „enhanced 2SFCA“ nutzt hierzu räumliche Statistik, um eine Distanzgewichtungsfunktion zu etablieren (Luo und Qi 2009). Abb. 1.1 zeigt

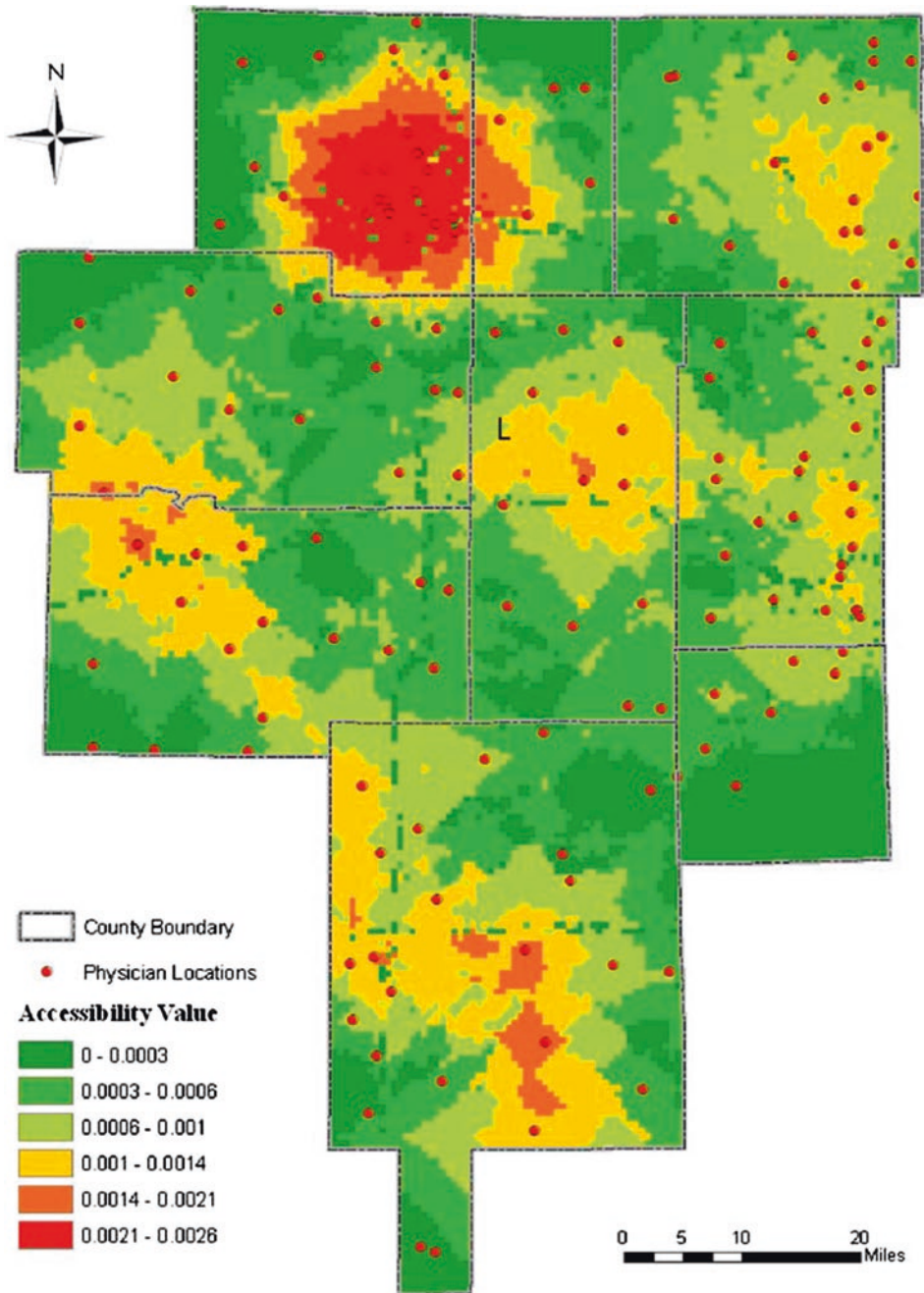


Abb. 1.1 Ergebnis einer E2SFCA. (Quelle: Luo und Qi 2009, S. 1104)

die E2SFCA für einen räumlichen Zuschnitt in Illinois, USA. Zu sehen ist ein sehr inhomogener Raum mit guten Zugangsmöglichkeiten in dicht besiedelten Bereichen und wenigen Ärzten im ländlichen Raum. Eine nach Versorgungsgesichtspunkten ausgerichtete Gruppierung von Leistungserbringern kann zudem durch Clustermethodiken umgesetzt werden. Hierfür ist jedoch eine Festlegung der Attribute (beispielsweise Leistungen, Entfernungen, Standorte) zu treffen, nach deren Ähnlichkeit die Gruppenbildung erfolgen soll (Delamater et al. 2013). Diese Festlegung ist in Hinblick auf die Diversität in der Gesundheitsversorgung komplex und muss planerisch wohlbegründet sein.

1.6 Schlussbetrachtung

Die Entwicklung regionaler populationsorientierter Versorgungsmodelle erfordert eine Planung des fachübergreifenden medizinischen Angebots vor dem Hintergrund des Versorgungsbedarfs der Bevölkerung. Um dabei die grundlegenden Ziele eines gleichwertigen Zugangs sowie einer wirtschaftlichen Versorgung ohne die Verschwendung von Ressourcen zu verfolgen, ist eine dem Bedarf entsprechende und räumliche adäquate Zusammenfassung von medizinischen Leistungserbringern notwendig. Die wissenschaftliche Auseinandersetzung mit den Themen der Bedarfs- und Verteilungsplanung hat in den vergangenen 10 Jahren deutlich zugenommen und zahlreiche für diesen Zweck geeignete methodische Ansätze hervorgebracht bzw. weiterentwickelt. Diese ermöglichen die Entwicklung sehr passgenauer regionaler Versorgungsmodelle, je nach Zielsetzung mit einem speziellen Fokus auf bestimmten Indikationen, oder der Versorgung von Populationen unter Berücksichtigung regionaler Gegebenheiten. Demgegenüber ist hingegen wenig dokumentiert, wie diese Ansätze in der Praxis tatsächlich, beispielsweise an spezifischen Fallbeispielen, umgesetzt werden. Insgesamt stellt die neue Detailschärfe der Methodiken die Bedarfsplanung in der Praxis jedoch vor ganz neue Herausforderungen und wäre für die Verwaltungsapparatur sowie für verantwortliche Akteure mit einigem Umsetzungsaufwand verbunden. Zeitliche Anpassungszyklen müssen bedacht werden, denn die für eine Planung relevanten räumlich-infrastrukturellen, medizinisch-fachlichen und demografischen-morbiditätsbezogenen Parameter sind nicht konstant. Deren Zeithorizont, bis zur Notwendigkeit einer Anpassung, kann durchaus verschieden sein. Räumliche Abgrenzungen der Planungsbezirke bilden neben der großen Herausforderung, Mitversorgungsbeziehungen und Pendlerverhalten abzubilden, auch lokalpolitische Hürden, die eine praktische Umsetzung erschweren. Die Komplexität sowie fehlende Datengrundlagen können bei der Umsetzung als größte Barrieren vermutet werden.

Literatur

- Andersen RM (1995) Revisiting the behavioral model and access to medical care: does it matter? *J Health Soc Behav* 36(1):1–10
- Andersen RM, McCutcheon A, Aday LA, Chiu GY, Bell R (1983) Exploring dimensions of access to medical care. *Health Serv Res* 18(1):49–74
- Arcury TA, Wilbert MG, Preisser JS, Sherman J, Spencer J, Perin J (2005) The effects of geography and spatial behavior on health care utilization among the residents of a rural region. *Health Serv Res* 40(1):135–155
- Arndt V, Tennie L, Göppfarth D (2010) Anstieg spezifischer ambulanter Diagnosestellungen nach Bekanntgabe der im morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich 2009 berücksichtigten Diagnosen und Aufgreifkriterien. *Das Gesundheitswesen* 72(8/9):V244
- Bundesärztekammer (2010) Stellungnahme der Bundesärztekammer gem. § 91 Abs. 5 SGB V zur Änderung der Bedarfsplanungs-Richtlinie: Einführung eines Demographiefaktors. http://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/downloads/StellGbaDemographiefaktor201004151.pdf. Zugriffen: 5. Dez. 2016
- Bundesärztekammer (2012) Stellungnahme der Bundesärztekammer gem. § 91 Abs. 5 SGB V zur Änderung der Bedarfsplanungs-Richtlinie: Außervollzugsetzung des Demographiefaktors, S 5–7. http://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/downloads/StellGBAusser-vollzugsetzungDemographiefaktor20120619.pdf. Zugriffen: 5. Dez. 2016
- Bundesinstitut für Bau-, Stadt und Raumforschung (BBSR) (2017a) Laufende Stadtbeobachtung – Raumabgrenzungen: Großstadtregionen. <http://www.bbsr.bund.de/BBSR/DE/Raumebeobachtung/Raumabgrenzungen/Grossstadtregionen/Grossstadtregionen.html?nn=443048>. Zugriffen: 20. Apr. 2017
- Bundesinstitut für Bau-, Stadt und Raumforschung (BBSR) (2017b) Übersicht und Referenzdatei Gemeinden bzw. Gemeindeverbände, Großstadtregionen, Stand 2014. http://www.bbsr.bund.de/BBSR/DE/Raumebeobachtung/Raumabgrenzungen/Grossstadtregionen/download-grref-xls.xlsx?__blob=publicationFile&v=11. Zugriffen: 20. Apr. 2016
- Büyükdurmus T, Kopetsch T, Schmitz H, Tauchmann H (2017) On the interdependence of ambulatory and hospital care in the German health system. *Health Econ Rev* 7(1):2
- Carstairs V (1995) Deprivation indices: their interpretation and use in relation to health. *J Epidemiol Community Health* 49(2):S3–S8
- Charlton J, Rudisill C, Bhattarai N, Gulliford M (2013) Impact of deprivation on occurrence, outcomes and health care costs of people with multiple morbidity. *J Health Serv Res policy* 18(4):215–223
- Chateau D, Metge C, Prior H, Soodeen RA (2012) Learning from the census: the socio-economic factor index (SEFI) and health outcomes in Manitoba. *Can J Public Health* 103(2):23–27
- Connor RA, Kralewski JE, Hillson S (1994) Measuring geographic access to health care in rural areas. *Measuring Geogr Access Health* 51(337):337–377
- Culyer AJ (1995) Need: the idea won't do – But we still need it. *Soc Sci Med* 40(6):727–730
- Culyer AJ, Wagstaff A (1993) Equity and equality in health and health care. *J Health Econ* 12(4):431–457
- Czihal T, Stillfried D von, Schallack M (2012) Regionale Mitversorgungsbeziehungen in der ambulanten Versorgung. [versorgungsatlas.de](http://www.versorgungsatlas.de), (30):1–13. http://www.versorgungsatlas.de/fileadmin/ziva_docs/21/Mitversorgung_Bericht_upload20130304.pdf. Zugriffen: 20. Apr. 2017
- Czihal T, Özkan A, Gerber C, Stillfried D von (2014) Arbeitsteilung zwischen ambulanter und stationärer Versorgung. <http://versorgungsatlas.de>. Zugriffen: 20. Apr. 2017
- Delamater PL, Shortridge AM, Messina JP (2013) Regional health care planning: a methodology to cluster facilities using community utilization patterns. *BMC Health Serv Res* 13(1):333

- Drösler S, Hasford J, Kurth M, Wasem J, Wille E (2011) Evaluationsbericht zum Jahresausgleich 2009 im Risikostrukturausgleich. http://www.bundesversicherungsamt.de/fileadmin/redaktion/Risikostrukturausgleich/Wissenschaftlicher_Beirat/Evaluationsbericht_zum_Jahresausgleich.pdf. Zugegriffen: 5. Dez. 2016
- ESPON (2006) The modifiable areas unit problem. https://www.espon.eu/export/sites/default/Documents/Projects/ESPON2006Projects/StudiesScientificSupportProjects/MAUP/espon343_maup_final_version2_nov_2006.pdf. Zugegriffen: 20. Apr. 2017
- Fotheringham A, Densham P, Curtis A (1995) The zone definition problem in location-allocation modeling. *Geogr Anal* 27(1):60–77
- Fülöp G, Kopetsch T, Hofstätter G, Schöpe P (2008) Regional distribution effects of “needs planning” for office-based physicians in Germany and Austria-methods and empirical findings. *J Public Health* 16(6):447–455
- Fülöp G, Kopetsch T, Schöpe P (2010) Planning medical care for actual need: developing a model to ensure the provision by physicians of universal office-based medical care based on actual need. *J Public Health* 18(2):97–104
- Fülöp G, Kopetsch T, Schöpe P (2011) Catchment areas of medical practices and the role played by geographical distance in the patient’s choice of doctor. *Ann Reg Sci* 46(3):691–706
- G-BA (2010) Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Bedarfsplanung sowie die Maßstäbe zur Feststellung von Überversorgung und Unterversorgung in der vertragsärztlichen Versorgung. Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA, Hrsg)
- G-BA (2016) Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Bedarfsplanung sowie die Maßstäbe zur Feststellung von Überversorgung und Unterversorgung in der vertragsärztlichen Versorgung. Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA, Hrsg), Fassung vom 16.06.2016 Bundesanzeiger Banz
- GKV Spitzenverband (2011) Zukunft der ambulanten Versorgung. Differenzierte, sektorübergreifende Versorgungsplanung. Positionspapier des GKV-Spitzenverbandes zur Weiterentwicklung der Bedarfsplanung unter Berücksichtigung regionaler Besonderheiten der vertragsärztlichen Versorgung, April 2011. https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/presse/presse_themen/bedarfsplanung_2/20110405_GKV-SV_Positionspapier_Bedarfsplanung.pdf. Zugegriffen: 5. Dez. 2016
- Goddard M, Smith P (2001) Equity of access to health care services: theory and evidence from the UK. *Soc Sci Med* 53(9):1149–1162
- Göpffarth D., Kopetsch T., Schmitz H. (2015) Determinants of regional variation in health expenditures in Germany. *Health Econ* 171(17)
- Guagliardo MF (2004) Spatial accessibility of primary care: concepts, methods and challenges. *Int J Health Geog* 3(1):3
- Häckl D, Weinhold I, Kossack N, Schindler C (2016) Gutachten zu Anreizen für Prävention im Morbi-RSA. WIG2 GmbH Wissenschaftliches Institut für Gesundheitsökonomie und Gesundheitssystemforschung (Hrsg), Leipzig
- Haggerty JL, Levesque J, Santor D, Burge F, Beaulieu C, Bouharaoui F, Beaulieu M, Pineault R, Gass D (2011) Accessibility from the patient perspective: Comparison of primary healthcare evaluation instruments. *Healthc Policy* 7(SPEC. ISSUE):94–107
- Hildebrandt H et al (2011) Integrierte regionale Versorgung in der Praxis: Ein Werkstattbericht aus dem „Gesunden Kinzigtal“ Konzept und Organisation. *Z Evid Fortbild Qual Gesundh wesen (ZEFG)* 105:585–589
- Hildebrandt H et al (2015) Triple Aim – Evaluation in der Integrierten Versorgung Gesundes Kinzigtal – Gesundheitszustand, Versorgungserleben und Wirtschaftlichkeit. *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz* 58(4–5):383–392

- Hoffmann W, Bahr J, Weitmann K, Herold R, Kohlmann T, Berg N van den (2015) Not just the demographic change – The impact of trends in risk factor prevalences on the prediction of future cases of myocardial infarction. *PLoS ONE* 10(7):1–10
- Hofmeister C, Bahr J, Weitmann, HR, Kohlmann T, Berg N van den (2015) Regionale Deprivation in Deutschland: Bundesweite Analyse des Zusammenhangs mit Mortalität unter Verwendung des ‚German Index of Multiple Deprivation (GIMD)‘. *Das Gesundheitswesen* 78(1):42–48
- IGES (2012) Bewertung der Kodierqualität von vertragsärztlichen Diagnosen, Berlin. https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/krankenversicherung_1/aerztliche_versorgung/verguetung_und_leistungen/klassifikationsverfahren/Endbericht_Kodierqualitaet_Hauptstudie_2012_12-19.pdf. Zugegriffen: 20. Apr. 2016
- Jarman B, Townsend P, Carstairs V (1991) Deprivation indices. *BMJ* 303(6801):523
- Kassenärztliche Vereinigung Brandenburg (2014) Bedarfsplan 2013 für den Bereich der Kassenärztlichen Vereinigung Brandenburg. https://www.kvbb.de/fileadmin/kvbb/dam/Praxis/Zulasung2/Bedarfsplanung/2013/KVBB_Bedarfsplanung_2013.pdf. Zugegriffen: 05. Dez. 2016
- Kassenärztliche Vereinigung Berlin (2015) Bedarfsplan 2013 für den Zulassungsbezirk Berlin. https://www.kvberlin.de/20praxis/10zulassung/55bedarfsplan/bedarfsplan2013_erg.pdf. Zugegriffen: 05. Dez. 2016
- Kassenärztliche Vereinigung Bremen (2015) Bedarfsplan für den Bezirk der Kassenärztlichen Vereinigung Bremen, der Landesverbände der Krankenkassen und der Ersatzkassen gemäß §99 Abs. 1 SGB V i. V. m. §12 der Zulassungsverordnung für Vertragsärzte. <https://www.kvhh.de/sites/default/files/bedarfsplan20151210.pdf>. Zugegriffen: 05. Dez. 2016
- Kassenärztliche Vereinigung Bayern (2016) Bedarfsplan der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns. <https://www.kvb.de/fileadmin/kvb/dokumente/Praxis/Bedarfsplanung/KVB-Bedarfsplan.pdf>. Zugegriffen: 05. Dez. 2016
- Kassenärztliche Vereinigung Hessen (2014) Bedarfsplanung. https://www.kvhessen.de/fileadmin/media/documents/Bedarfsplan_2015_Teil3.pdf. Zugegriffen: 05. Dez. 2016
- Kassenärztliche Vereinigung Mecklenburg-Vorpommern (2013) Bedarfsplan für den Bereich der Kassenärztlichen Vereinigung Mecklenburg-Vorpommern. http://www.kvmv.info/aerzte/25/10/Bedarfsplanung_und_freien_Praxen/Bedarfsplan_KVMV_12112013.pdf. Zugegriffen: 05. Dez. 2016
- Kassenärztliche Vereinigung Niedersachsen (2017) Bedarfsplan für den Bereich der Kassenärztlichen Vereinigung Niedersachsen. <http://www.kvn.de/Praxis/Bedarfsplanung/Bedarfsplan-Niedersachsen/binarywriterservlet?imgUid=56e0c1e4-19da-f319-ce6c-a55b8ff6cbb&uBasVariant=11111111-1111-1111-1111-111111111111>. Zugegriffen: 05. Dez. 2016
- Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein (2016) Bedarfsplan zur Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung in Nordrhein. https://www.kvno.de/downloads/bedarfsplanung/bedarfsplan_nordrhein.pdf, 1–9. Zugegriffen: 05. Dez. 2016
- Kassenärztliche Vereinigung Rheinland-Pfalz (2015) Bedarfsplan 2013 für Rheinland-Pfalz. https://www.kv-rlp.de/fileadmin/user_upload/Downloads/Mitglieder/Niederlassung/Bedarfsplanung/Bedarfsplan_Rheinland-Pfalz.pdf. Zugegriffen: 05. Dez. 2016
- Kassenärztliche Vereinigung Sachsen (2016) Bedarfsplan 2016. http://www.kvs-sachsen.de/fileadmin/img/Mitglieder/Arbeiten_als_Arzt/Zulassungsbeschaenken/170214_2016-07-27_Bedarfsplan_2016-gesamt_oeff.pdf. Zugegriffen: 05. Dez. 2016
- Kassenärztliche Vereinigung Schleswig-Holstein (2015) Bedarfsplan 2015 / 2016 für den Bezirk der Kassenärztlichen Vereinigung Schleswig-Holstein. <https://www.kvsh.de/index.php?StoryID=904>. Zugegriffen: 05. Dez. 2016
- KBV (2013) Die neue Bedarfsplanung. Grundlagen, Instrumente und regionale Möglichkeiten. Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV, Hrsg), Berlin. http://www.kbv.de/media/sp/Instrumente_Bedarfsplanung_Broschuere.pdf. Zugegriffen: 05. Dez. 2016

- Kistemann T, Schröer MA (2007) Kleinräumige kassenärztliche Versorgung und subjektives Standortwahlverhalten von Vertragsärzten in einem überversorgten Planungsgebiet. *Das Gesundheitswesen* 69(11):593–600
- König W, Binder A, Wende D (2016) Weiterentwicklung des RSA um eine Regionalkomponente. *Gesundheits- und Sozialpolitik* 70(4–5):35–44
- Kopetsch T, Maier W (2016) Analyse des Zusammenhangs zwischen regionaler Deprivation und Inanspruchnahme – Ein Diskussionsbeitrag zur Ermittlung des Arztbedarfes in Deutschland. *Das Gesundheitswesen*. eFirst 2016
- Luo W, Qi Y (2009) An enhanced two-step floating catchment area (E2SFCA) method for measuring spatial accessibility to primary care physicians. *Health & Place* 15(4):1100–1107
- Luo W, Wang F (2003) Measures of spatial accessibility to health care in a GIS environment: synthesis and a case study in the Chicago region. *Environ Plann B: Plann Des* 30(6):865–884
- Maier W, Fairburn J, Mielck A (2012) Regionale Deprivation und Mortalität in Bayern. Entwicklung eines “Index Multipler Deprivation” auf Gemeindeebene. *Gesundheitswesen* 74(7):416–425
- Maier W, Holle R, Hunger M, Peters A, Meisinger C, Greiser KH, Kluttig A, Völzke H, Schipf S, Moebus S, Bokhof B, Berger K, Mueller G, Rathmann W, Tamayo T, Mielck A, DIAB-CORE Consortium (2013) The impact of regional deprivation and individual socio-economic status on the prevalence of Type 2 diabetes in Germany. A pooled analysis of five population-based studies. *Diabet Med* 30(3):78–86
- McGrail MR, Humphreys JS (2014) Measuring spatial accessibility to primary health care services: utilising dynamic catchment sizes. *Appl Geogr* 54:182–188
- McGrail MR, Humphreys JS, Ward B (2015) Accessing doctors at times of need-measuring the distance tolerance of rural residents for health-related travel. *BMC Health Serv Res* 15(1):212
- McLennan D, Barnes H, Noble M, Davies J, Garratt E, Dibben C (2011) The English indices of deprivation 2010. Department for Communities and Local Government, London
- Nüsken J, Busse R (2011) Ansatzpunkte und Kriterien der Bedarfsplanung in anderen Gesundheitssystemen, S 1–38. http://www.bundesaeztekammer.de/fileadmin/user_upload/downloads/Internationale-Bedarfsplanung.pdf. Zugegriffen: 16. Mai 2016
- Ono T, Lafortune G, Schoenstein M (2013) Health workforce planning in OECD Countries, OECD Publishing. http://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/health-workforce-planning-in-oecd-countries_5k44t787zcwb-en. Zugegriffen: 11. Apr. 2016
- Ozegowski S (2013a) Regionale Unterschiede in der ambulanten Versorgung: Ausmaß, Ursachen und Reformbedarf einer fehlenden Bedarfsgerechtigkeit der Ärzterverteilung Zusammenfassung. Technische Universität Berlin, Berlin
- Ozegowski S (2013b) Regionale Unterschiede in der Kodierqualität ambulanter Diagnosen. *G+G Wissenschaft* 13(1):23–34
- Ozegowski S, Sundmacher L (2012) Wie bedarfsgerecht ist die Bedarfsplanung? Eine Analyse der regionalen Verteilung der vertragsärztlichen Versorgung. *Das Gesundheitswesen* 74(10):618–626
- Ozegowski S, Sundmacher L (2014) Understanding the gap between need and utilization in outpatient care-The effect of supply-side determinants on regional inequities. *Health Policy* 114(1):54–63
- Radke J, Mu L (2000) Spatial decompositions, modeling and mapping service regions to predict access to social programs. *Ann GIS* 6(2):105–112

- Roick C, Heider D, Günther OH, Kürstein B, Riedel-Heller SG, König HH (2012) Was ist künftigen Hausärzten bei der Niederlassungs- entscheidung wichtig? Ergebnisse einer postalischen Befragung junger Ärzte in Deutschland. Factors influencing the decision to establish a primary care practice: results from a postal survey. *Das Gesundheitswesen* 74(1):12–20
- Rossiter L, Wilensky G (1984) Identification of physician-induced demand. *J Hum resour* 19(2):231–244
- Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (SVR) (2001) Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit Band III Über-, Unter- und Fehlversorgung, Bd III. Nomos, Baden-Baden
- Schang L, Schüttig W, Sundmacher L (2016) Unterversorgung im ländlichen Raum: Wie beurteilt die Bevölkerung innovative Versorgungsmodelle zur Sicherstellung einer bedarfsgerechten und wohnortnahen Gesundheitsversorgung? *Gesundheitsmonitor Newsletter* 3:1–15
- Schöpe P, Kopetsch T, Fülöp G (2007) Bedarfsgerechte Versorgungsplanung – Entwicklung eines Modells zur Bestimmung zwischenstandörtlicher Versorgungsbeziehungen zur Sicherstellung einer flächendeckenden und bedarfsgerechten ambulanten vertragsärztlichen Versorgung. *G&S Gesundheits- und Sozialpolitik* 61(9–10):57–63
- Schuurman N, Bell N, Dunn JR, Oliver L (2007) Deprivation indices, population health and geography: an evaluation of the spatial effectiveness of indices at multiple scales. *J Urban Health* 84(4):591–603
- Sherman JE, Spencer J, Preisser JS, Gesler WM, Arcury TA (2005) A suite of methods for representing activity space in a healthcare accessibility study. *Int J Health Geog* 4(24):1–11
- Siegel M, Mielck A, Maier W (2015) Individual income, area deprivation, and health: do income-related health inequalities vary by small area deprivation? *Health Econ* 24(11):1523–1530
- Siegel M, Koller D, Vogt V, Sundmacher L (2016) Developing a composite index of spatial accessibility across different health care sectors: a German example. *Health Policy* 120(2):205–212
- Siegel A, Stössel U (2011) Kurzbericht zur Evaluation der Integrierten Versorgung Gesundes Kinzigtal. Evaluations-Koordinierungsstelle Integrierte Versorgung (EKIV), Albert-Ludwigs-Universität Freiburg, im Auftrag der Gesundes Kinzigtal GmbH. <https://www.ekiv.org/assets/pdf/EKIV-Evaluationsbericht-2011-Kurzfassung-FINAL-2012-06-30.pdf>. Zugegriffen: 05. Dez. 2016
- Weinhold I, Gurtner S (2014) Understanding shortages of sufficient health care in rural areas. *Health Policy* 118(2):201–214
- Weinhold I, Gurtner S (2015) Regional differences in primary care responsiveness and the relative importance of attributes in rural and urban areas. 7. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Gesundheitsökonomie e. V. (Hrsg), 16.–17.03.2015, Bielefeld
- Weinhold I, Keck T, Merseburger A, Rody A, Wollenberg B, Wende D, Häckl D, Elsner C (2017) Nutzenanalyse onkologischer Zentrenbildung im Bereich der Behandlung des kolorektalen Karzinoms. *Zentralblatt für Chirurgie – Zeitschrift Für Allg Visz Und Gefäßchirurgie*, in press, S 1–12
- Wende D, Weinhold I, Häckl D (2016) Disentangling the reciprocate effects of need, demand and supply in ambulatory care. 8. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Gesundheitsökonomie e. V., 14.–15.03.2016, Berlin
- Whitehead M (1992) The concepts and principles of equity and health. *Int J Health Serv* 22(3):429–445

Ines Weinhold ist seit 2015 Leiterin des Bereichs Gesundheitsökonomie am Institut für Gesundheitsökonomie und Gesundheitssystemforschung (WIG2) in Leipzig. Gegenwärtig promoviert Frau Weinhold zudem am Gesundheitsökonomischen Zentrum der Technischen Universität Dresden und beschäftigt sich schwerpunktmäßig mit patientenorientierter Versorgung, regionaler Variation sowie neuen Versorgungsformen im Gesundheitswesen.

Danny Wende ist wissenschaftlicher Mitarbeiter am WIG2 Institut und beschäftigt sich dort mit verteilungsökonomischen und räumlichen Fragestellungen im Rahmen des Risikostrukturausgleiches und der Inanspruchnahme im Gesundheitssystem. Zudem promoviert Herr Wende an der Technischen Universität Dresden im Bereich der räumlichen Statistik.

Ambulante Versorgung im Wandel – Entwicklungen und Potenziale im Zeitalter der Vernetzung

2

Sukumar Munshi

Inhaltsverzeichnis

2.1	Ambulante Versorgung im Wandel	22
2.2	Zielbild und Erprobungsraum regionale Versorgung	23
2.3	Potenziale der regionalen Vernetzung	26
2.4	Perspektiven der Regionalentwicklung	27
2.5	Schlussbetrachtung	28
	Literatur	28

Zusammenfassung

Folgen gesetzlicher Regulierungen der letzten Jahre, durch den demografischen Wandel bedingte Entwicklungen sowie die Trennung in Sektoren prägen unser Gesundheitswesen heute. Die Begegnung mit den Herausforderungen der Zukunft geht einher mit einer Diskussion über die Aufhebung der Sektorengrenzen, die sich in einer regional geprägten Bedarfsplanung widerspiegeln kann.

Eine sektorenübergreifend ausgerichtete ambulante Versorgung kann in vielen Bereichen durch bereits etablierte IT- und Kommunikationstechnologien so unterstützt werden, dass Ineffizienzen an Schnittstellen beseitigt werden können. Im Rahmen eines regional ausgerichteten Zielbildes Gesundheitsversorgung sollten sektorenübergreifende Versorgungsmodelle in digital unterstützten Erprobungsräumen

S. Munshi (✉)
Abteilung Medizinische Informationssysteme, Universitätsklinikum Heidelberg, Heidelberg,
Deutschland
E-Mail: sukumar.munshi@med.uni-heidelberg.de

umgesetzt und evaluiert werden. Eine Fokussierung der Aktivitäten einer Gesundheitsregion auf die Entwicklung der Versorgung in Kombination mit intelligenter Vernetzung kann ein wesentlicher Beitrag zur Standortentwicklung sein.

2.1 Ambulante Versorgung im Wandel

Mehr denn je erscheint es wichtig, den Status quo der Versorgungslandschaft zu beleuchten, den Effekt vergangener gesetzlicher Maßnahmen zu bewerten und zukünftige Entscheidungen gegenüber Trends im Gesundheitswesen und transversalen Bereichen zu validieren.

Gerade weil das Gesundheitswesen über Wege zur Aufhebung der sektoralen Trennung nachdenkt (Frien 2017; Gruhl 2014), kann dieser Beitrag nicht ausschließlich auf die ambulante Versorgung abheben, sondern sollte sich damit auseinandersetzen, wie im Zeitalter der Digitalisierung die ambulante Versorgung in einem sektorenübergreifenden Konzept der Sicherstellung der Versorgung regional weiterentwickelt werden kann.

Die Metropol- und Gesundheitsregion Rhein-Neckar wurde bereits in „Management von Gesundheitsregionen Band II“ beschrieben (Munshi et al. 2017). Sie zeichnet sich dadurch aus, dass sie aus Anteilen dreier Länder besteht, städtische Zentren wie Mannheim, Ludwigshafen, Heidelberg, sowie ländliche Regionen wie den Neckar-Odenwald-Kreis einschließt.

Vorbehaltlich einer weiterführenden differenzierten Analyse der regionalen Bedarfs-situation, können für die Region Herausforderungen, Entwicklungen und Trends im ambulanten Bereich auf der Ebene des gesamten Gesundheitswesens orientierend herangezogen werden. Wesentlich sind hierzu die demografische Entwicklung mit steigender Morbidität und Überalterung der ländlichen Bevölkerung zu nennen, sowie der Ärztemangel und die Abnahme der Attraktivität der ärztlichen Tätigkeit abseits der Stadt. Zunehmend spielt auch die innerdeutsche Migration in Ballungsräume eine Rolle, die zu einer Verstärkung von Unterschieden im regionalen Versorgungsbedarf führt. Der Ruf nach einer regionalen Bedarfsplanung wird lauter, da die Grenzen der aktuellen Bedarfsplanung, trotz delegierter Möglichkeiten der Anpassung auf Landesebene, immer sichtbarer werden (Stillfried 2016).

Die sektorale Trennung wurde eingeführt, um der ambulanten Versorgung Vorrang vor der stationären zu gewähren und so Kosten einzusparen. Dennoch wird sie ursächlich für Doppeltuntersuchungen, hohe Kommunikations- und Koordinationsaufwände verantwortlich gemacht. Durch die Möglichkeiten heutiger Behandlungsmethoden angetrieben, setzt sich eine als Ambulantisierung bezeichnete Entwicklung fort, die eine zunehmende Verschiebung von Leistungen vom stationären in den ambulanten Bereich zum Gegenstand hat. Die Verlegung von Leistungen in den ambulanten Sektor verringert kostspieligere stationäre Aufenthalte und unterstützt die kontinuierliche Versorgung einer zunehmenden Population chronisch erkrankter Patienten. So könnten durch die Vermeidung von Krankenhausfällen bei sogenannten ambulant-sensitiven Diagnosen

schätzungsweise Kosten in Höhe von 7 Mrd. EUR eingespart werden (Sundmacher und Schüttig 2016).

Durch die gesetzlichen Novellierungen der letzten Jahre können Krankenhäuser an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen. Dies geschieht über die Einrichtung von MVZs, über Angebote im Bereich ambulante spezialfachärztliche Versorgung gemäß § 116 SGB V, oder mit Leistungen in der lokalen Notfallversorgung. Krankenhäuser sind zu Leistungserbringern ohne sektorale Beschränkung geworden (Stillfried 2016).

Im Zuge der erfolgten Regulierungen hat sich ein Spannungsfeld zwischen allen Playern des Gesundheitswesens aufgebaut, dem niedergelassenen Bereich, den Fachärzten, dem stationären Bereich sowie der Spitzenvertreter und Verbände des Gesundheitswesens. Insgesamt entsteht ein Versorgungsbild, welches von einem intersektoralen Wettbewerb um ambulante Leistungen bei ungleicher Vergütung geprägt ist (Maybaum 2016). Dies zeigt sich beispielsweise auch an den unterschiedlichen Positionen zur Restrukturierung der Notfallversorgung zwischen dem GKV-Spitzenverband und dem der DKG (Osterloh 2016).

Die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) sieht ihren Sicherstellungsauftrag durch die wettbewerblichen Gestaltungsmaßnahmen des Gesetzgebers gefährdet. In Ihrem Positionspapier KBV 2020 fordert die KBV eine Deregulierung, die regional flexible Gestaltung von Versorgungslösungen unter Führung der KBV zulässt (Kassenärztliche Bundesvereinigung 2016).

Unabhängig von Zeichen einer Annäherung hinsichtlich sektorenübergreifender Kooperation auf der Ebene der Vertreter der KBV und DKG (Beerheide und Korzilius 2016) erscheint es opportun, die Herausforderungen im regionalen Gesundheitswesen anzunehmen und im Konsens zwischen dem stationären und ambulanten Sektor und weiteren Leistungserbringern mit lokalen Lösungen zu begegnen.

2.2 Zielbild und Erprobungsraum regionale Versorgung

Aus Sicht einer Gesundheits- und Metropolregion ist die regionale ambulante Versorgung eine wichtige Säule für die Daseinsvorsorge, für die Entwicklung der regionalen Gesundheitswirtschaft sowie für die generelle Attraktivität als Lebens-, Arbeits- und Wirtschaftsraum.

Unabhängig von zukünftigen Möglichkeiten der regionalen Bedarfsplanung, die in den Landesgremien nach § 90 a SGB V diskutiert werden, gilt es für eine „3-Länder-Gesundheitsregion“ differenzierte Akzente zu setzen, um Ineffizienzen aufzulösen, die mit den Sektorengrenzen verbunden sind.

Im Spannungsfeld des intersektoralen Wettbewerbs ist es offen, wie Übergänge zwischen den kollektiv- und selektivvertraglich versorgten Patienten zu gestalten sind. Die bisherige Durchdringung durch Selektivverträge und Konzepte der integrierten Versorgung ist gering.

Eine sektorenübergreifend positionierte ambulante Versorgung, die für innovative Versorgungsformen steht, könnte in einem breiter angelegten Vertragskonzept eingebettet werden – gewissermaßen als zum Kollektivvertrag koexistierender Selektivvertrag. Aus gesundheitsökonomischer Sicht kann ein selektivvertraglicher Wettbewerb innovativen Versorgungsmodellen zur Übernahme in die Regelversorgung verhelfen (Rebscher 2016).

Postuliert man das Ziel der Aufhebung der Sektorengrenzen, erscheint es bezogen auf eine Gesundheitsregion opportun, ein Zielbild für die Versorgung zu entwickeln, das von vorne herein sektorenübergreifend ausgelegt ist, ohne ein nebeneinander von Kollektiv- und Selektivverträgen zu stören. In diesem Zielbild können regionale Anforderungen formuliert werden, welche die relevanten Trends und Herausforderungen des Gesundheitswesens berücksichtigen.

Mit einem Zielbild „Versorgung“ können Entwicklungen angestoßen werden, die ein sinnvolles Miteinander im Rahmen des Wandels im Gesundheitswesen für Leistungserbringer, Akteure und insbesondere den Patienten ermöglichen. Wesentliche Eckpunkte dieses Zielbildes können sein:

- Gesundheit wird stetiger Bestandteil der Regionalentwicklung
- Die Gesundheitsregion gestaltet die regionale Bedarfsplanung aktiv mit, sie ist per se sektorenübergreifend ausgelegt
- Ein regionales Versorgungsmodell wird etabliert, das die Möglichkeiten der aktuellen Gesetzgebung ausschöpft und die Sektorengrenzen relativiert
- Es werden wirkungsvolle Analyse- und Planungsinstrumente etabliert, die eine strategische gemeinsame Steuerung der ambulanten, stationären und nichtärztlichen Versorgung ermöglichen
- Es werden Erprobungsräume eingerichtet, die Modellcharakter haben und Impulse für relevante Gesetzesinitiativen generieren
- Die Rolle des Patienten wird im Versorgungsprozess gestärkt
- Möglichkeiten der Digitalisierung werden unterstützend genutzt
- Das neue Versorgungsmodell wird durch sinnvolle Maßnahmen der Standort- und Infrastrukturentwicklung flankiert

Dem Zielbild werden Versorgungsziele zugeordnet, die den regionalen Herausforderungen wirkungsvoll begegnen. Diese können prävalenz- oder indikationsbezogen sein, oder besondere Initiativen der Gesundheitsregion reflektieren. Idealerweise sollte das anvisierte Zielbild der regionalen Gesundheitsversorgung durch alle Akteure und Interessensgruppen des Gesundheitswesens mitgetragen und auch entwickelt werden.

Für das Zielbild der regionalen Gesundheitsversorgung sollte ein Erprobungsraum definiert werden, der die sektorenübergreifende Versorgung und die neu ausgerichtete ambulante Versorgung umzusetzen hilft (siehe Abb. 2.1). Themen bei der Ausgestaltung dieses Erprobungsraums sind unter anderen:

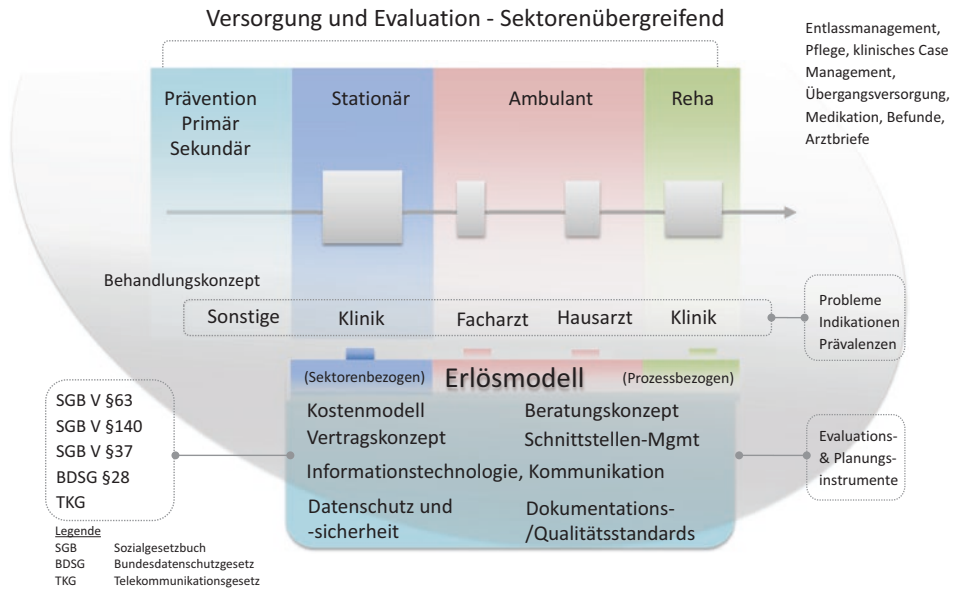


Abb. 2.1 Erprobungsraum Versorgung. (Quelle: Eigene Darstellung 2017)

- Sektorenübergreifendes, patientenzentriertes Versorgungsmodell
- Schnittstellen am Übergang, z. B. Einweisungs- und Entlassmanagement
- Gemeinsame Qualitätsstandards und Berichterstattung
- Gesetzliche Rahmenbedingungen, Vertragswerke, Vergütungsmodelle
- Interdisziplinäre Ausbildung, Schulung von Patienten
- Sinnvolle Digitalisierung und Innovationsförderung

Beispielsweise könnte im Erprobungsraum ein System für die regionale Notfallversorgung bedarfsgerecht und kapazitätsbezogen sowohl in strukturschwachen Gebieten als auch im städtischen Bereich abgestimmt entwickelt werden, an dem maßgeblich der ambulante Sektor, regionale Krankenhäuser, Pflegeeinrichtungen, sowie die Kommunen kooperativ mitwirken.

Für die Umsetzung des Zielbildes gilt es, weitere Akteure des regionalen Gesundheitswesens zu gewinnen. Dazu gehören unter anderem die Kassen, die Kassenärztlichen Vereinigungen, die Leistungserbringer, Sozial- und Rehabilitationseinrichtungen, Rettungsdienste und allen voran der Patient.

Abgeleitet vom Zielbild kann eine Marke etabliert werden, die bedarfsorientiert die Mehrwerte des neuen Modells bewirbt und den Nutzen kommuniziert. Die Kompetenzen des Patienten und der beteiligten Akteure können über Schulungsmaßnahmen ergänzend gefördert werden.

2.3 Potenziale der regionalen Vernetzung

Trotz vieler Initiativen, Forschungsvorhaben und Unternehmensgründungen steht das deutsche Gesundheitswesen erst am Anfang einer digitalen Innovationsbewegung, die noch viele Hürden zu überwinden hat. Mögliche Entschleunigungen auf diesem Weg stellen fortwährend auseinanderlaufende Interessen und Besitzstandswahrung seitens vieler Akteure, historisch gewachsene Ergebnisse von Regulierungswellen und deren Folgen, sowie die mangelnde Berücksichtigung erfolgreicher Modelle außerhalb des eigenen Wirkungsbereichs respektive aus dem Ausland dar.

Mit dem E-Health-Gesetz wurden für die Digitalisierung im Gesundheitswesen wesentliche Impulse gesetzt. Flankierend dazu bieten sich regionale Initiativen, Projekte und Organisationsstrukturen an, die konsensbasiert Erprobungsräume mit digitalen Komponenten aufbauen. Bezogen auf eine intersektoral arbeitende ambulante Versorgung sind Themen der intelligenten Vernetzung und Digitalisierung, wie zum Beispiel die Einführung von Patientenakten und die Vernetzung der Leistungserbringer untereinander von Bedeutung.

Der notwendige Informationsaustausch innerhalb des ambulanten und mit dem stationären Sektor kann in Zukunft nur auf der Basis einer leistungsfähigen digitalen Infrastruktur effizient erfolgen. Sie dient als Voraussetzung für die Vernetzung der Leistungserbringer untereinander, die auf der Basis von Interoperabilitätsstandards erfolgen sollte (Munshi et al. 2017). Aspekte des Datenschutzes und der Datensicherheit sind bei der Realisierung von zentraler Bedeutung.

Insbesondere die Einführung einer elektronischen Patientenakte (EPA) spielt in der intersektoralen Zusammenarbeit wegen der Überwindung von Medien- und Kommunikationsbrüchen eine strategische Rolle. In einer regionalen EPA stehen die in der gesamten Lebensspanne des Patienten gesammelten und aktuellen Informationen allen beteiligten Akteuren zur Verfügung, ohne dass unnötige Transaktionskosten oder Kommunikationsaufwände entstehen. Eine elektronische Patientenakte kann nur dann mit Mehrwert genutzt werden, wenn die Leistungserbringer miteinander vernetzt werden, die auch im Versorgungsprozess Patienteninformationen austauschen. In einem rein ambulanten Szenario sind es Hausärzte, Fachärzte, Pflegeeinrichtungen, Rettungs- und Sozialdienste sowie der Home-Care-Bereich. In einem sektorenübergreifenden Szenario müssen die stationären Einrichtungen miteinbezogen werden. Tatsächlich geht eine starke Vernetzungsmotivation insbesondere von größeren Kliniken und Verbünden aus, da sie die gemeinsamen Versorgungsketten mit den zuweisenden Praxen im Sinne eines Überleitungsmanagement und einer Zuweiserbindung zu optimieren suchen.

In der Erwartung zunehmender chronischer Erkrankungen und dem Bedarf an komplexer Medikation wird eine abgestimmte Medikation immer wichtiger, bei der auch Wechselwirkungen kollaborativ diskutiert werden können. Die regionale Akte sollte daher durch eine Anwendung zur Arzneimitteltherapiesicherheit (AMTS) ergänzt werden. Für die sektorenübergreifende Kommunikation ist es zentral, dass den Ärzten

zeitnah Arztbriefe, Medikationshistorie und Medikationspläne zur Verfügung gestellt werden (Gerlach et al. 2012).

In sektorenübergreifenden Konzepten spielt die gemeinsame, interdisziplinäre Betreuung eine überragende Rolle. Diese sollte durch eine Case-Management-Anwendung gestützt werden, die die Umsetzung von Therapierichtlinien und das Management der intersektoral zusammenarbeitenden Leistungserbringer unterstützt.

Insbesondere der unterversorgte ländliche Bereich wird von Telematikdienstleistungen profitieren. Telematikanwendungen ermöglichen es bereits heute, Ärzte in Pflegeheimen über Telekonsultation einzubeziehen, die Datenerfassung mit mobilen Geräten zu delegieren und Geräte aus dem Home-Care-Bereich in ein Telemonitoring-Konzept einzubinden.

Die Digitalisierung wird eine Flexibilisierung der Leistungserbringung mit sich bringen, welche ort- und zeitunabhängiges Arbeiten für medizinisches Personal ermöglichen wird. Bisher an bestimmte Berufsgruppen gebundene Leistungen können, auch im Rahmen neuer Geschäfts- und Arbeitsmodelle, neu verteilt werden. Wegezeiten, Wartezeiten und ortsgebundene Anwesenheit können in neuen Prozessen effizienter gestaltet werden. Insbesondere für den unterversorgten ländlichen Bereich entsteht hier ein hohes Potenzial.

Vor allem die zunehmende Adoptionsrate von digitalen Angeboten durch die Bürger und die steigende Erwartungshaltung an eine digitalisierte Unterstützung der Interaktion mit den Leistungserbringern zeichnen die Patientenpopulation heute aus.

Auf Basis der elektronischen Patientenakte als Informationsdrehscheibe (Munshi et al. 2017) können regionale Angebote und Anwendungen entstehen, die als Sprungbrett für weitere Innovationen innerhalb digital gestützter Erprobungsräume dienen können. In erster Linie wird jedoch damit ein Beitrag zur Versorgungskontinuität geleistet.

2.4 Perspektiven der Regionalentwicklung

Eine moderne und zukunftssträchtige regionale, sektorenübergreifende Versorgung sollte entlang eines Zielbildes auf mehreren Ebenen konzertiert realisiert werden.

Auf der regionalen und lokalpolitischen Ebene kann die Basis für einen kontinuierlichen Austausch und die notwendige Konsensbildung erfolgen. Auf der fachlichen und wissenschaftlichen Ebene finden Wissensaustausch, Dialog und Evaluation statt. Auf der wirtschaftlichen Ebene können Vereinbarungen für gemeinsames, leistungserbringerübergreifendes Zusammenarbeiten geregelt werden, auch unter kompetitiven Marktbedingungen.

Diese Aufgabe kann nur bei einem breiten Konsens erfolgreich ausgeführt werden. Ergebnis dieses Konsenses sollte ein modernes, kooperativ ausgerichtetes, regionales Gesundheitssystem sein, in dem wichtige Strukturen sektorenübergreifend regional, städtisch, kommunal und vielleicht auch auf Kreis- und Quartiersebene miteinander vernetzt werden.

Im Zeitalter der Digitalisierung ermöglicht die Einführung von ITK-Technologien neue Wege der Interaktion, der Patientenbeteiligung, der Kooperation, der Generierung von Geschäfts- und Arbeitsmodellen sowie der Regionalentwicklung. Die Digitalisierung kann im Rahmen von Forschungsprojekten, gezielter Wirtschaftsförderung, fokussierter Entwicklung der Gesundheitsregion und der sektorenübergreifenden Versorgung erfolgen.

2.5 Schlussbetrachtung

In Anbetracht der historischen Entwicklung und der mannigfaltigen Herausforderungen, die das Deutsche Gesundheitswesen in den nächsten Jahren zu bewältigen hat, erscheint eine Deregulierung und Reregionalisierung der Steuerung der Gesundheitsversorgung wünschenswert und notwendig.

An vielen Stellen fehlen dazu die Rahmenbedingungen, Steuerungselemente, Daten oder die Basis für konzertiertes Zusammenwirken. Wenngleich sektorenübergreifende Versorgungsmodelle noch Zeit benötigen werden, um sich durchzusetzen, wächst der Druck, Barrieren zugunsten innovativer Entwicklungen im Gesundheitswesen aufzulösen. Der Innovationsfonds wird mit seiner Vielzahl an Versorgungsprojekten hierzu wertvolle Erkenntnisse und Ansatzpunkte liefern.

Dennoch sollten sich regionale Initiativen und Gesundheitsregionen auf den Weg machen und im Rahmen bestehender Gesetze neue Versorgungsmodelle aus der regionalen Perspektive heraus entwickeln. Werkzeuge der intelligenten Vernetzung und Digitalisierung agieren hier als Voraussetzung und Beschleuniger zugleich.

Literatur

- Beerheide R, Korzilius H (2016) Sicherstellung der Versorgung – Ziel ist eine Bessere Kooperation. Deutsches Ärzteblatt 113(41):A1787–A1788
- Frien E (2017) Arbeitsbedingungen und Infrastruktur an Bedürfnisse der Ärzte ausrichten. ergo Mitteilungsblatt der kassenärztlichen Vereinigung Baden-Württemberg 2017(1):3
- Gerlach FGW, Haubitz M, Schaeffler D, Thürrmann P, Thüsing G, Wille E (2012) Sicherstellung der Versorgungskontinuität als Kernaufgabe des Schnittstellenmanagements. In: SACHVERSTÄNDIGENRAT zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (Hrsg) Wettbewerb an der Schnittstelle zwischen ambulanter und Stationärer Versorgung, hogrefe, Baden-Baden, S 59
- Gruhl M (2014) Sektorenübergreifende Versorgung. In: Gesundheitspolitisches Kolloquium, Sektorenübergreifende Bedarfsplanung, Behörde für Gesundheit und Verbraucherschutz, Vortragsfolien, S 20
- Kassenärztliche Bundesvereinigung (2016) KBV 2020 – Versorgung gemeinsam gestalten, S 4. kbv.de/media/sp/2016_05_20_Konzept_KBV_2020.pdf. Zugriffen: 17. Sept. 2016

- Maybaum T (2016) Hauptstadtkongress 2016: ambulant vor stationär. Deutsches Ärzteblatt (Hrsg.), Jg. und Nr. bitte nachtragen, S A1142. <https://www.aerzteblatt.de/archiv/180073>. Zugegriffen: 23. Mai 2017
- Munshi SHO, Szecsenyi J, Bergh B (2017) Intelligente Vernetzung in der Gesundheitsregion Rhein-Neckar Management von Gesundheitsregionen, Bd. II. Springer Gabler, Wiesbaden S 17
- Osterloh F (2016) Notfallversorgung – Ambulant oder stationär? Deutsches Ärzteblatt 113(48):A2187
- Rebscher H (2016) Die Idee der solidarischen Wettbewerbsordnung. In: Entwicklung und Wandel in der Gesundheitspolitik, Bd 72. PL Academic Research, Frankfurt a. M., S 47–65
- Stillfried D (2016) Gibt es einen Entwicklungspfad für die ambulante Versorgung? In: Entwicklung und Wandel in der Gesundheitspolitik, Bd 72. PL Academic Research, Frankfurt a. M. S 67–98
- Sundmacher L, Schüttig W (2016) Krankenhausaufenthalte infolge ambulant-sensitiver Diagnosen in Deutschland Krankenhaus Report 2016, Schatthauer GmbH, Stuttgart, S. 149

Sukumar Munshi absolvierte das 3. Staatsexamen der Medizin und das Executive MBA der Mannheim Business School. Nach seinem Medizinstudium arbeitete er in den Bereichen Elektronisches Publizieren, Technische Kommunikation und Globalisierungsdienstleistungen in leitenden Positionen. Derzeit ist Herr Munshi verantwortlich für die Geschäftsentwicklung, Nachhaltigkeit und Öffentlichkeitsarbeit in der BMBF-geförderten Gesundheitsregion Rhein-Neckar.

Brigitte Werners und Lara Wiesche

Inhaltsverzeichnis

3.1	Einleitung	32
3.2	Herausforderungen im Rettungsdienst	32
3.3	Quantitative Entscheidungsunterstützung	34
3.4	Entwicklung eines prototypischen Planungsunterstützungssystems	36
3.5	Anwendung und Handlungsempfehlungen	40
3.6	Schlussbetrachtung	41
	Literatur	41

Zusammenfassung

Aufgrund der Knappheit der Mittel und der Wichtigkeit kurzfristiger Reaktionen ist es gerade im Rettungswesen von besonderer Bedeutung, verfügbare Rettungsdienstressourcen effizient einzusetzen. Dies ist der Ansatzpunkt des Projektes an der Ruhr-Universität Bochum, mit dem eine Optimierung der Versorgungsqualität im Rettungswesen unter Berücksichtigung wirtschaftlicher Gegebenheiten erreicht werden soll. Dazu wurde das prototypisch verfügbare Entscheidungsunterstützungssystem SPR² entwickelt, mit dessen Unterstützung Standorte und Zuteilungen von Rettungsmitteln unter Einsatz innovativer mathematischer Optimierungsansätze optimal im zeitlichen Verlauf ermittelt werden. Wirkungsweise, Einsatzmöglichkeiten und Ergebnisse von SPR²

B. Werners (✉) · L. Wiesche
Fakultät für Wirtschaftswissenschaft, Ruhr-Universität Bochum, Bochum, Deutschland
E-Mail: or@rub.de

L. Wiesche
E-Mail: lara.wiesche@rub.de

werden in diesem Beitrag am Beispiel der Stadt Bochum präsentiert. Die Allgemeingültigkeit der verwendeten mathematischen Methoden und die Entwicklung geeigneter Eingabekomponenten erlauben die Anpassung an die Gegebenheiten anderer Städte und damit einen breiten Einsatz des Tools.

3.1 Einleitung

Die medizinische Erstversorgung von Patienten bei Notfalleinsätzen ist ein wichtiger Bestandteil der gesundheitlichen Versorgung und wird in Deutschland durch Feuerwehr bzw. Rettungsdienst durchgeführt. Um ein jederzeit schnelles Eingreifen am Notfallort zu gewährleisten, sind ausreichend viele Einsatzfahrzeuge und qualifiziertes Personal an gut geeigneten Standorten bereitzuhalten. Damit sind die Planer der Rettungsdienste mit einer komplexen Entscheidungssituation zur optimalen Standortplanung und optimalen Ressourcenallokation konfrontiert, in der aus einer Vielzahl von Handlungsmöglichkeiten auszuwählen ist. Auf operativer Ebene zeigt sich, ob die auf strategischer Ebene entschiedenen und auf taktischer Ebene umgesetzten Entscheidungen der Kommunen, der Krankenkassen und des Rettungsdienstes zu einer schnellstmöglichen Versorgung der Patienten führen. Insbesondere Fragestellungen der Standortplanung für Rettungswachen und Rettungsmittel sind in einem dynamischen und von Unsicherheit geprägten Umfeld für die schnelle Erstversorgung ein wichtiger Einflussfaktor. Um die knappen Ressourcen des Rettungsdienstes bedarfsgerecht zuordnen zu können, werden zur quantitativen Entscheidungsunterstützung Methoden des Operations Research entwickelt und verwendet. In dem von der Stiftung Zukunft NRW geförderten Projekt „Optimale Versorgungsqualität im Rettungswesen“ wurde an der Ruhr-Universität Bochum ein allgemein einsetzbares, prototypisches Entscheidungsunterstützungssystem für kommunale Rettungsdienste im Rahmen der strategischen Planung erstellt. Auf Basis mathematischer Optimierungsmodelle unter Berücksichtigung von Dynamik und Unsicherheit wurde das interaktive Tool SPR² (Strategische Planung der Ressourcen im Rettungsdienst) konzipiert, welches für einen taktischen und strategischen Planungshorizont eine nachhaltige Verbesserung rettungsdienstlicher Infrastrukturen u. a. durch die mobile Positionierung von Einsatzfahrzeugen oder mobiler Wachen und die räumliche Verteilung der Ressourcen in urbanen Regionen ermöglicht.

3.2 Herausforderungen im Rettungsdienst

Im Rettungsdienst entfallen durch das Prinzip der Vorhaltung bis zu 90 % der Gesamtkosten auf Fixkosten, die unabhängig vom Einsatzaufkommen anfallen (Schmiedel und Betzler 1999). Daher muss die Vorhaltung dem Wirtschaftlichkeitsprinzip folgen und ein Kompromiss zwischen Qualität und Kosten gefunden werden. Systemanpassungen zur Veränderung im Rettungsdienst gehen häufig mit einem hohen Investitionsbedarf einher. In Anbetracht der angespannten finanziellen Situation der Kommunen ist daher zunächst eine Steigerung der Effizienz und der Versorgungsqualität im Rettungsdienst mit vorhandenen Ressourcen

anzustreben. Das wichtigste Kriterium für die Versorgungsqualität des Rettungsdienstes ist der Erreichungsgrad, der sich aus dem Verhältnis von Notfalleinsätzen, die innerhalb einer vorgegebenen Hilfsfrist bedient werden können, zur Gesamtanzahl aller Notfalleinsätze ergibt. Dabei definiert die Hilfsfrist die Zeit zwischen Alarmierung und Eintreffen des ersten Rettungsmittels beim Patienten. Die maximale Zeit für das Eintreffen am Notfallort orientiert sich an medizinischen Vorgaben, variiert jedoch in Deutschland zwischen den einzelnen Bundesländern. Der Grenzwert ist beispielsweise in Nordrhein-Westfalen gesetzlich nicht festgelegt und nur durch einen Richtwert definiert. Dieser fordert Eintreffzeiten von 8–10 min in städtischen und bis zu 12 min in ländlichen Bereichen. Voraussetzung für die schnellstmögliche Erreichung des Patienten (PA) ist die räumliche sowie zeitliche Verfügbarkeit von Rettungstransportwagen (RTWs) und qualifiziertem Personal. Wesentliche Einflussgruppen sind Rettungsdienst (RD), Kommunen (KO), Krankenkassen (KK), Krankenhäuser (KH). Durch die Komplexität des gesamten Rettungsdienstprozesses kann die Kapazitätsplanung abhängig vom Planungshorizont in die langfristige strategische (>2 Jahre), die mittelfristige taktische (<2 Jahre) und die kurzfristige operative Planung (Tag) unterteilt werden. Diese verschiedenen Planungsebenen unterscheiden sich hinsichtlich des Detaillierungsgrades, des Entscheidungsgegenstandes, des Planungshorizontes, der Planungsreichweite, des Entscheidungsträgers und der Informationslage (siehe Abb. 3.1).

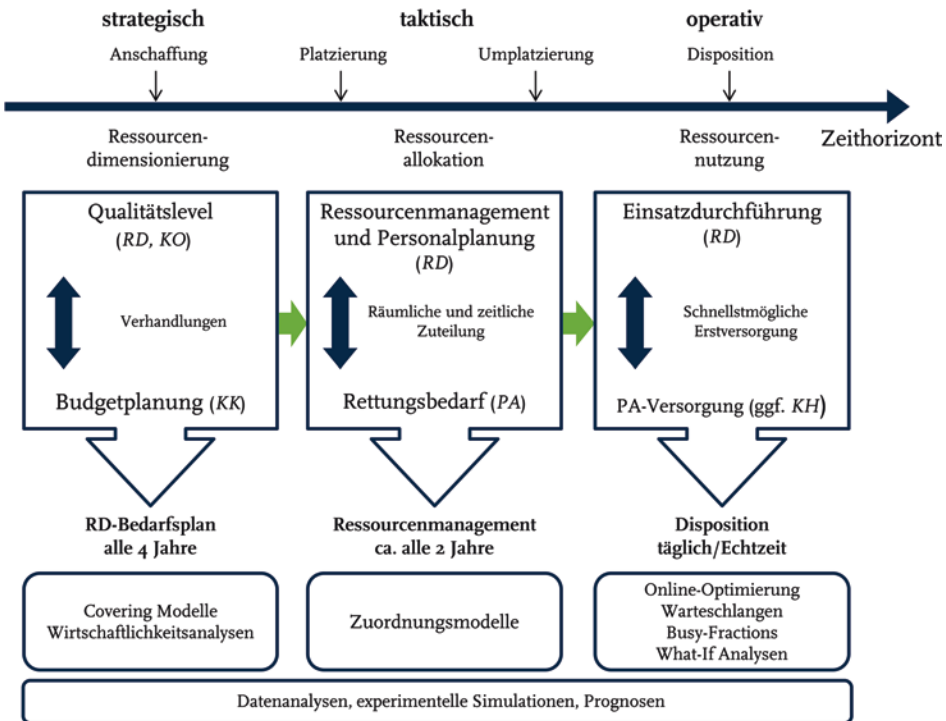


Abb. 3.1 Entscheidungsträger, -gegenstand, Ziele und Wechselwirkungen. (Quelle: Wiesche et al. 2013)

Aufgrund der unsicheren dynamischen Einsatznachfrage und der damit verbundenen komplexen Problemstellung besteht ein großes Interesse an Instrumenten zur Entscheidungsunterstützung mit dem Ziel der Maximierung der Versorgungsqualität für eine gegebene Anzahl an Rettungsdienstressourcen.

3.3 Quantitative Entscheidungsunterstützung

In der Wissenschaft werden im Bereich des Operations Research Modelle und Methoden erforscht und entwickelt, um bei der Analyse komplexer Entscheidungssituationen zu unterstützen. Operations Research, auch Unternehmensforschung, umfasst quantitative Methoden zur Vorbereitung optimaler Entscheidungen und unterstützt bei der effizienten Lösung von Problemen. Anwendung finden OR-Methoden überall dort, wo möglichst optimale Entscheidungen auf quantitativer Grundlage zu treffen sind. Die Einbindung umfangreicher Daten in mathematische Modelle ermöglicht die Unterstützung und Planung in realen komplexen Systemen wie beispielsweise dem Rettungsdienst. Im Rahmen des Forschungsprojektes „Optimale Versorgungsqualität im Rettungswesen“ wurden Fragestellungen zur optimalen Ressourcenplanung mit wissenschaftlichen Methoden behandelt und in die Praxis transferiert (Hulshof et al. 2012). Dieser Wissenstransfer erfolgt über ein IT-basiertes Entscheidungsunterstützungstool, das als Schnittstelle zwischen theoretisch entwickelten Modellen und anwendungsspezifischen Einsatzgebieten fungiert und somit die theoretischen Erkenntnisse für Anwender nutzbar macht (Werners et al. 2014b). Das entwickelte Tool bietet eine Entscheidungsunterstützung zur strategischen und taktischen Ressourcenplanung, um Entscheidungsträger im Rettungswesen beispielsweise bei den folgenden Fragestellungen zu unterstützen:

- Welcher Erreichungsgrad kann mit den vorhandenen Ressourcen bei optimaler Nutzung zukünftig erzielt werden?
- Werden die Ressourcen effizient genutzt?
- Wo sollten die Rettungsmittel platziert werden?
- Sollten in Zukunft flexible Standorte genutzt werden?
- Wie wirken sich zukünftige Veränderungen des Budgets der Kommune auf das Rettungsdienstsystem aus?

Grundlage der entwickelten Modelle ist eine umfangreiche Datenanalyse der gegebenen Strukturen. Eine besondere Schwierigkeit bei der Planung auf taktischer Ebene ergibt sich aus der Unsicherheit über den Ort und den Zeitpunkt der einzelnen Einsätze. Empirische Analysen der Notfalleinsätze in Ballungsgebieten zeigen eine sich räumlich und zeitlich verändernde Verteilung im Tagesverlauf und innerhalb des Planungsgebietes auf. Abb. 3.2 zeigt beispielhaft die räumliche Verteilung der Einsatznachfrage in Bochum, wobei das Stadtgebiet in Planungsquadrate geteilt ist und die Säulen das entsprechende jährliche Einsatzaufkommen zeigen. Die Verteilung des Einsatzaufkommens

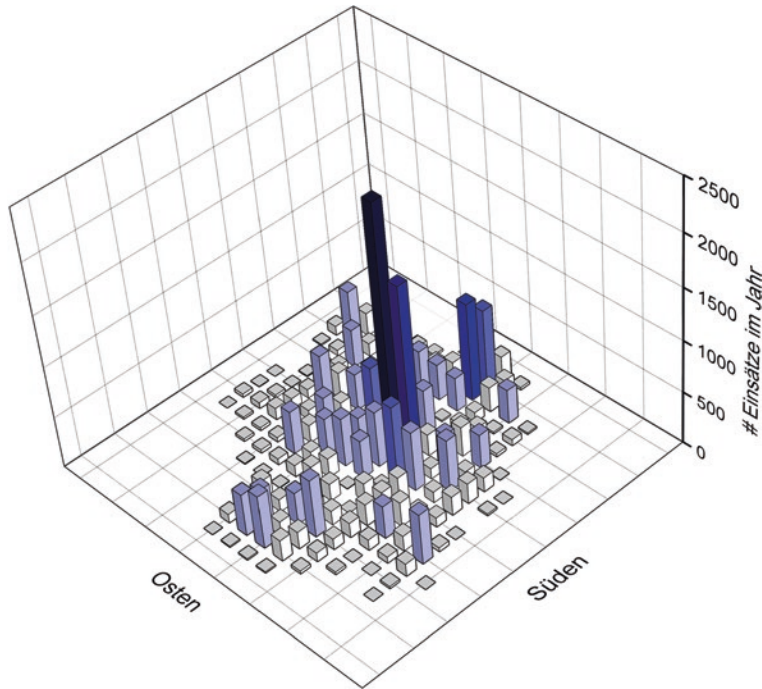


Abb. 3.2 Einsatznachfrage je Planquadrat in Bochum. (Quelle: Eigene Darstellung 2017)

mit einer großen Anzahl an Einsätzen im Stadtkern und einem geringen Aufkommen in den Randbezirken ist eine typische Einsatzverteilung in Ballungsgebieten. Dynamische Veränderungen der Nachfrage sind darüber hinaus zwischen Wochentagen und Wochenenden festzustellen, wodurch ein zeitlich schwankender Bedarf an Ressourcen entsteht. Genauere empirische Untersuchungen der Einsatznachfrage zeigen, dass Einsatzorte insbesondere dann nicht innerhalb der Hilfsfrist erreicht werden können, wenn parallele Einsätze auftreten. Die Anzahl an parallelen Einsätzen bestimmt daher indirekt die Anzahl an RTWs, die zur bedarfsgerechten Versorgung nötig sind. Bedarfsgerecht bedeutet in diesem Fall, dass ausreichend viele Rettungsmittel zur Verfügung stehen, um mit einer effizienten Ressourcenauslastung den Bedarf bedienen zu können. Eine Unterabdeckung der Nachfragegebiete sollte daher aus Qualitätsgründen, eine deutliche Überabdeckung jedoch aus Effizienzgründen vermieden werden. Die im Rahmen des Projektes entwickelten Optimierungsmodelle steigern die Qualität der Versorgung auf Grundlage empirisch ermittelter Bedarfe durch eine räumliche und zeitliche Differenzierung der Ressourcenbereitstellung. Die durchgeführten Untersuchungen zeigen auf, dass ein erhebliches Steigerungspotenzial durch eine zeitabhängige Allokation der beschränkten Ressourcen besteht, womit ein Kompromiss zwischen der Verbesserung der Versorgungsqualität und der Wirtschaftlichkeit gefunden werden kann.

3.4 Entwicklung eines prototypischen Planungsunterstützungssystems

Im Rahmen des Projekts wurde mittels einer umfangreichen Datenanalyse zunächst identifiziert, welche Informationen wie zur besseren Planungsunterstützung genutzt werden können. Zur Analyse und Steigerung der Versorgungsqualität wurde das Entscheidungsunterstützungssystem SPR² entwickelt. Das prototypische System dient der Verbesserung der rettungsdienstlichen Infrastruktur durch raum-, zeit- und nachfragegerechte Positionierung von Einsatzfahrzeugen unter Berücksichtigung mobiler Wachen. Dabei kombiniert das interaktive Tool wissenschaftliche Optimierungsmodelle mit dem Fokus auf Standort- und Ressourcenplanung sowie den empirisch benötigten Abdeckungsbedarf mit einer anwenderfreundlichen grafischen Benutzeroberfläche. Auf Basis der drei Komponenten Optimierung, Simulation und Prognose bietet das Tool ganzheitliche Unterstützung für den Entscheidungsträger. Unter Berücksichtigung gegebener Ressourcen und möglicher Standorte für Einsatzfahrzeuge kann mittels Optimierung die bestmögliche Ressourcenallokation bestimmt werden. Der Entscheidungsträger kann durch Veränderungen des Betrachtungszeitraums, die Möglichkeit der Nutzung von flexiblen Wachen-Standorten oder eine Begrenzung der Anzahl an Umplatzierungen von Einsatzfahrzeugen die Lösung entsprechend seiner Anforderungen anpassen. Mithilfe der Simulation können sowohl optimale Zuordnungen als auch Modifikationen oder Praktikervorschläge getestet und deren Einfluss auf die Versorgungsqualität untersucht und verglichen werden, ohne Anpassungen der realen rettungsdienstlichen Infrastruktur physisch durchführen zu müssen. Auf Basis der Prognose können zukünftige Entwicklungen abgeschätzt werden, um so proaktive Anpassungen durchführen und nachhaltig eine hohe Versorgungsqualität bereitstellen zu können. Das Tool trägt zur Unterstützung und Evaluation von dynamischen Anpassungen an eine existierende Versorgungsinfrastruktur bei. Bei der Implementierung wurde auf universelle Einsetzbarkeit geachtet, sodass SPR² gut auf andere Rettungsdienste und Städte übertragbar ist. Für die Eingabe der grundlegenden städtischen und rettungsdienstlichen Infrastrukturen wurde ein grafisches User Interface entwickelt (siehe Abb. 3.3). Die Kernelemente des Tools – Optimierung, Simulation und Prognose – sind ebenso städteunabhängig einsetzbar, womit eine weite Verbreitung des Tools angestrebt wird.

Die zu verwendende Datenbasis in SPR² wird individuell vom Anwender zur Verfügung gestellt. Die Daten beinhalten Informationen, die vom jeweiligen kommunalen Rettungsdienst vorgehalten werden, wie z. B. die Einsatzhäufigkeit in einem bestimmten Einsatzgebiet innerhalb der letzten Jahre, Anzahl und Position bestehender Wachen. Die Daten können beispielsweise in Excel gepflegt und durch geeignete Schnittstellen an die mathematischen Modelle übergeben werden. Die einmalige Aufnahme der Strukturdaten des Stadtgebietes erfolgt über ein komfortables User Interface. Abb. 3.4 zeigt exemplarisch das Stadtgebiet Bochum und die Eingabe der strukturellen Datenerfassung hinsichtlich der vorhandenen Wachen und der daraus resultierenden Wachbereiche.



Abb. 3.3 Hauptmenü des prototypischen Tools. (Quelle: Werners et al. 2014a)

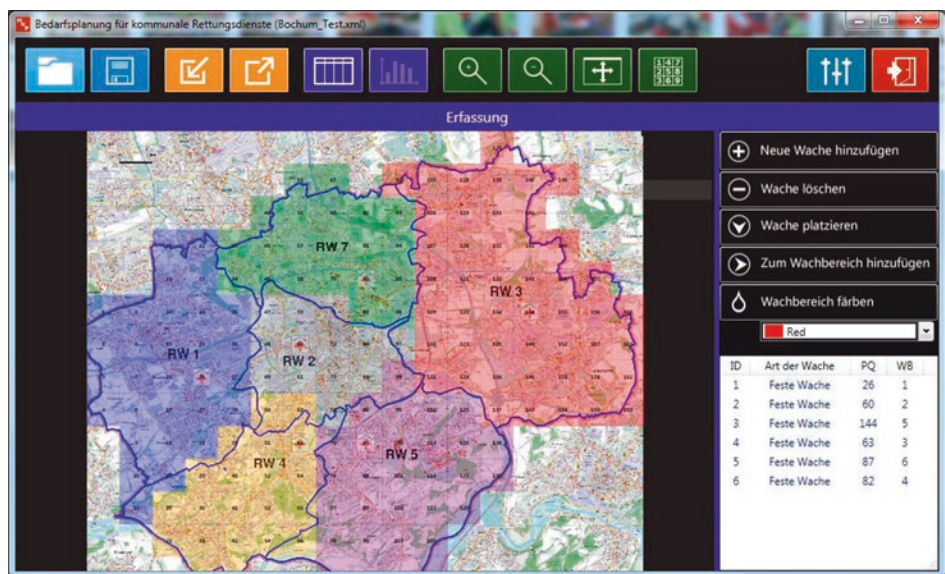


Abb. 3.4 User Interface zur Eingabe von Wachenstandorten und resultierende Wachbereiche am Beispiel Bochum. (Quelle: Werners et al. 2014a)

Optimierung

Mithilfe des entwickelten innovativen Optimierungsmodells wird die optimale Zuteilung der Fahrzeuge zu vorgegebenen Standorten unter Berücksichtigung der verfügbaren Fahrzeuge ermittelt (Degel et al. 2015). Kernelemente des Optimierungsmodells sind die Differenzierung verschiedener Zeitperioden, die Berücksichtigung der empirisch benötigten Abdeckung und Mehrfachzielsetzungen. Durch die Differenzierung in verschiedene Planungsperioden können die identifizierten, tageszeitabhängigen Schwankungen und verschiedene Schichtpläne des Personals berücksichtigt werden. Beispielsweise wurden für die Analysen in Bochum 4-Stunden-Perioden betrachtet, um Schichtlängen von 8, 12 und 24 h abbilden zu können. Durch die empirisch benötigte Abdeckung kann sichergestellt werden, dass das Modell parallele Einsätze berücksichtigt und robust gegenüber Schwankungen in der Einsatznachfrage ist. Darüber hinaus könnten durch Mehrfachzielsetzungs-Ansätze Ansprüche verschiedener Interessengruppen im Modell erfasst werden und beispielsweise neben der Maximierung der Servicequalität weitere Zielvorstellungen wie die Minimierung der Kosten direkt im Modell Beachtung finden. Die Optimierung ist durch ein benutzerfreundliches User Interface für den Anwender im Tool zu bedienen. Entsprechend der durch die Datenanalyse ermittelten Einsatznachfrageprofile und unter Berücksichtigung der Personalplanung des Rettungsdienstes können anwenderspezifische Zeitintervalle in SPR² initialisiert werden. Unter Rückgriff auf historische oder prognostizierte Einsatzdaten kann entschieden werden, ob mobile Wachen, Umplatzierungen der Fahrzeuge und/oder Vorhaltungsvorgaben genutzt werden sollen. Die Modellergebnisse werden von dem Entscheidungsträger in SPR² in Form von grafischen Darstellungen abgerufen. Dazu können beispielsweise Informationen über die optimale Vorhaltung von Rettungsfahrzeugen im Tagesverlauf auf den jeweiligen Wachen dargestellt werden.

Simulation

Mithilfe der Simulation wird das reale Rettungsdienstsystem nachgebildet, um die Konsequenzen von Änderungen innerhalb des Systems methodisch untersuchen zu können (Lutter et al. 2016). Damit können reale oder zukünftige Situationen sowie verschiedene Szenarien und Entwicklungen untersucht werden, ohne Anpassungen der realen rettungsdienstlichen Infrastruktur physisch durchführen zu müssen. Auch für die Simulation steht dem Anwender ein benutzerfreundliches User Interface zur Verfügung. Der Umfang der einzugebenden Daten ist im Wesentlichen davon abhängig, ob mit historischen, stochastischen oder prognostizierten Daten gearbeitet und für welchen Zeitraum die Simulation durchgeführt werden soll. Die gesamte Simulation kann über das User Interface bedient, konfiguriert und individualisiert werden. Die Ergebnisse der Simulation können direkt an das Tool übergeben und die Ergebnisse grafisch angezeigt werden (siehe Abb. 3.5). Dabei stehen dem Entscheidungsträger komfortable Analysemöglichkeiten zur Verfügung:

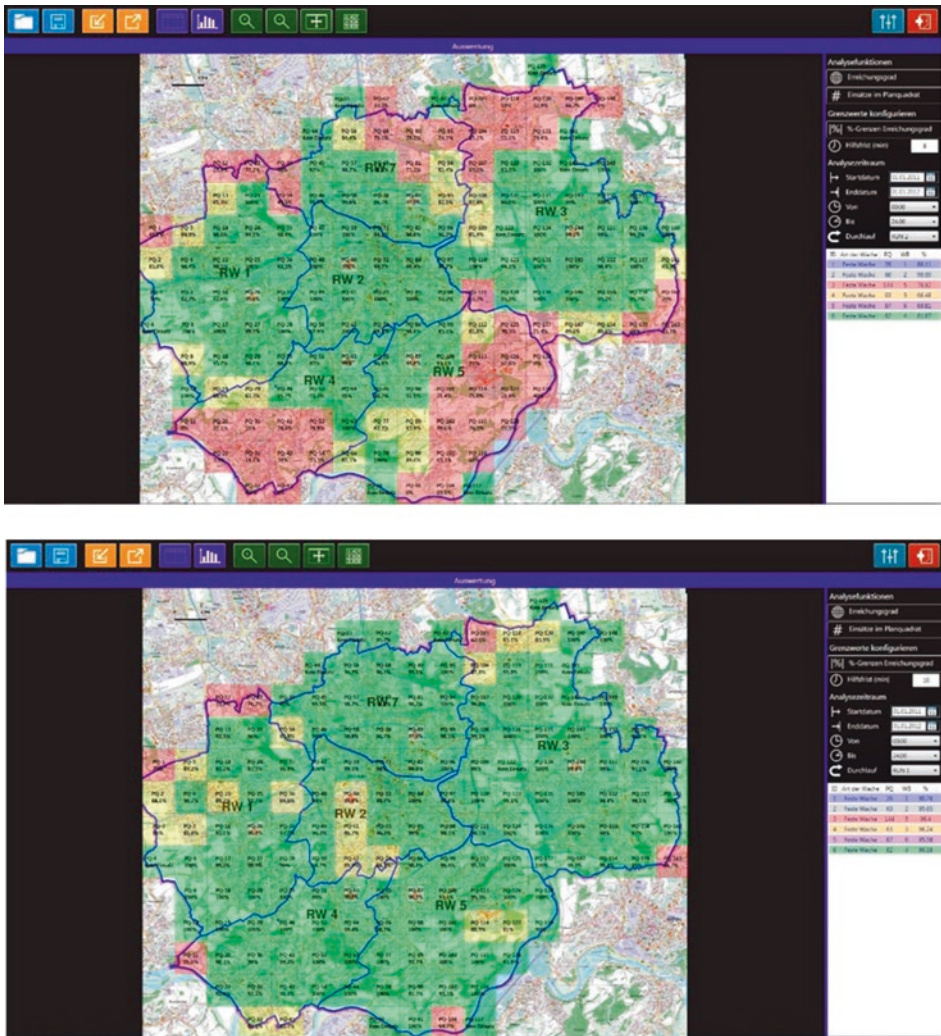


Abb. 3.5 Erreichungsgrade nach der Simulation am Beispiel Bochum (oben: Status quo, unten: nach Optimierung). (Quelle: Werners et al. 2014a)

- Abbildung der Erreichungsgrade
- Differenzierung der Auswertung je Planquadrat
- Zeitliche Differenzierung der Erreichungsgrade
- Differenzierung nach Wachbereichen

Insbesondere die Ergebnisinterpretation hinsichtlich wichtiger Qualitätsmaße der Versorgungsqualität, wie z. B. der Erreichungsgrad, kann mithilfe der Simulation für den Anwender deutlich erleichtert werden.

Prognose

Die Einsatzaufkommen der vergangenen Jahre sind im User Interface von SPR² vom Entscheidungsträger manuell einzutragen und stellen die Inputparameter der Prognose dar. Ausgehend vom Basisjahr können Prognosewerte für die kommenden drei Jahre mittels Regression auf Zeittrend berechnet und angezeigt werden. Zudem werden prozentuale Einsatzaufkommen berechnet und in den entsprechenden Feldern ausgegeben. Diese Anteile ergeben sich aus dem Einsatzaufkommen des entsprechenden Jahres gemessen am Einsatzaufkommen des Basisjahres.

Auf der Basis von historischen Einsatzdaten und verfügbaren Informationen können die Modelle und Simulationen spezifiziert und umfassend zur Entscheidungsunterstützung eingesetzt werden. Durch Kombination von Optimierung, Simulation und Prognosen lassen sich so zukünftige Engpässe frühzeitig identifizieren und proaktiv Gegenmaßnahmen ergreifen.

3.5 Anwendung und Handlungsempfehlungen

Durch die Kombination der Entscheidungsunterstützung mittels mathematischer Optimierung und Evaluation von Handlungsalternativen durch Simulation können reale Fragestellungen des Rettungsdienstes zielgerichtet bewertet sowie die Vorteile der zeitbezogenen Ressourcenallokation in Bezug auf die optimale Entscheidung und die resultierende Versorgungsqualität untersucht und beurteilt werden. Beispielhaft wurde das Tool anhand anonymisierter Einsatzdaten der Stadt Bochum getestet und evaluiert. Das Stadtgebiet Bochums erstreckt sich über eine Fläche von 145,4 km² mit einer Bevölkerung von ca. 374.000 Einwohnern und mehr als 25.000 RTW-Einsätzen pro Jahr. Mit sechs Berufs-, 16 freiwilligen Feuerwehrstandorten und 12 Krankenhäusern ist eine umfangreiche rettungsdienstliche Infrastruktur vorhanden, die auf sechs festen Wachbereichen mit vordefinierten Bereichsfolgen beruht. Die Grundlage zur Evaluation des Tools bilden Daten über tageszeit- und ortsabhängige Einsatzaufkommen und dazugehörige Geschwindigkeitsprofile der Jahre 2003 bis 2015. Die umfangreichen Daten dienen einerseits der Kalibrierung von Parametern innerhalb des Optimierungsmodells, andererseits auch der Evaluation der Simulation, indem die simulierten vergangenen Jahre direkt mit den historischen Daten abgeglichen werden können. Die Ergebnisse der Analysen werden in Bochum zur Unterstützung der Bedarfsplanung eingesetzt.

Umfangreiche Analysen haben gezeigt, dass der mit Simulation ermittelte Erreichungsgrad auf Basis der rettungsdienstlichen Infrastruktur und der realen Einsätze die Realität adäquat abbildet. Vergleiche mit optimalen Modelllösungen zeigen Verbesserungspotenziale auf. Konkret ergeben sich bereits durch die zeitweise Nutzung von zusätzlichen flexiblen Standorten, wie freiwilligen Feuerwachen und Krankenhäusern, insbesondere in den Stoßzeiten höhere Erreichungsgrade bei sonst gleichbleibendem Ressourceneinsatz. Die Ergebnisse zeigen, dass generell unter Zuhilfenahme der Optimierung mit geringerem Ressourceneinsatz annähernd gleiche Gesamterreichungsgrade

erzielt werden können bzw. mit gleichem, aber flexiblerem Ressourceneinsatz durch eine verbesserte zeitabhängige Allokation höhere Gesamterreichungsgrade erzielbar sind (Abb. 3.5). Beispielsweise könnte der Erreichungsgrad von 88,7 % auf 90,9 % gesteigert und demnach ca. 550 Einsätze zusätzlich innerhalb der Hilfsfrist von 10 min erreicht werden. Es ist zu erkennen, dass insbesondere die Randbezirke durch die Nutzung flexibler Wachen deutlich profitieren. Trotzdem bleibt zu beobachten, dass viele Einsätze in Stadtrandbezirken in Ballungsgebieten nicht innerhalb der Hilfsfrist erreicht werden können. Erste Analysen haben gezeigt, dass in Ballungsgebieten wie dem Ruhrgebiet in vielen Fällen Einsätze schneller von Einsatzkräften aus benachbarten Städten erreicht werden könnten. Die Analysen machen deutlich, dass für die Zukunft eine integrative und übergreifende Planung und eine verstärkte Kooperation zwischen benachbarten Städten wünschenswert sind, um die Versorgungsqualität der Bevölkerung zu verbessern.

3.6 Schlussbetrachtung

Das vorgestellte Tool SPR² bietet eine Entscheidungsunterstützung zur strategischen und taktischen Ressourcenplanung für kommunale Rettungsdienste. Bedingt durch die allgemeingültige Implementierung und das komfortable User Interface ist es von Feuerwehren und Rettungsdiensten unterschiedlicher Städte und Landkreise adaptierbar. Die exemplarischen Ergebnisse der Stadt Bochum zeigen großes Potenzial zur erfolgreichen Unterstützung auf. Auf Basis der Analysen haben sich neue Ansatzpunkte für innovative Verbesserungspotenziale gezeigt, die in Zukunft näher untersucht werden sollen. Ein wichtiger Aspekt ist die zusätzliche Berücksichtigung der Personalplanung in Optimierungsmodellen (Wiesche 2017). Hierzu sind die Strukturen von Schichtplanungssystemen wissenschaftlich zu analysieren und neuartige Systeme zu entwickeln.

Literatur

- Degel D, Wiesche L, Rachuba S, Werners B (2015) Time-dependent ambulance allocation considering data-driven empirically required coverage. *Health Care Manage Sci* 18(4):444–458. <https://doi.org/10.1007/s10729-014-9271-5>
- Hulshof PJH, Kortbeek N, Boucherie RJ, Hans EW, Bakker PJM (2012) Taxonomic classification of planning decisions in health care: a structured review of the state of the art in OR/MS. *Health Systems* 1(2):129–175. <https://doi.org/10.1057/hs.2012.18>
- Lutter P, Degel D, Wiesche L, Werners B (2016) Analysis of ambulance location models using discrete event simulation. In: Lübbecke M, Koster A, Letmathe P, Madlener R, Peis B, Walther G (Hrsg) *Operations research proceedings 2014*. Springer, Basel, S 377–383
- Schmiedel R, Betzler E (1999) Ökonomische Rahmenbedingungen im Rettungsdienst: Teil II – Kostenstruktur im Rettungsdienst. *Notfall & Rettungsdienst* 2(2):101–104. <https://doi.org/10.1007/s100490050107>

- Werners B, Degel D, Wiese L, Lutter P, Hageböling D (2014a) Bedarfsplanung für kommunale Rettungsdienste: Welche Konsequenzen ergeben sich aus der Fahrzeugplatzierung? Rettungsdienst 37(12):30–33
- Werners B, Degel D, Lutter P, Rachuba S, Wiese L, Hageböling D, Heußen S (2014b) Optimale Versorgungsqualität im Rettungsdienst: Entscheidungsunterstützung mittels SPR², Bericht, Lehrstuhl für Betriebswirtschaftslehre, insbes. Unternehmensforschung und Rechnungswesen. Ruhr-Universität Bochum, Bochum
- Wiese L (2017) Time-dependent ambulance deployment and shift scheduling of crews. In: Dörner KF, Ljubic I, Pflug G, Tragler G (Hrsg) Operations research proceedings 2015. Springer, Cham, S 591–596
- Wiese L, Rachuba S, Degel D (2013) Entscheidungsunterstützung im Rettungsdienst. In: Armbrorst K, Degel D, Lutter P, Pietschmann U, Rachuba S, Schulz K, Wiese L (Hrsg) Management Science, Modelle und Methoden zur quantitativen Entscheidungsunterstützung, Festschrift zum 60. Geburtstag von Brigitte Werners. Verlag Dr. Kovač, Hamburg, S 119–130

Prof. Dr. Brigitte Werners ist Professorin für Betriebswirtschaftslehre, insbesondere Unternehmensforschung und Rechnungswesen an der Ruhr-Universität Bochum. Sie ist Direktorin des Instituts für Unternehmensführung, Direktorin des Instituts für Sicherheit im E-Business und verfügt über vielfältige Erfahrungen u. a. aus ihren Tätigkeiten als Dekanin und Senatorin an der Ruhr-Universität und Vorstand der Gesellschaft für Operations Research. Sie veröffentlichte zahlreiche Bücher und wissenschaftliche Publikationen, vielfach zur Lösungen von Problemen unter Unsicherheit in den Bereichen Produktion, Logistik, Health Care, Energie und IT-Sicherheit. Der Austausch, der Einsatz wissenschaftlicher Methoden und die Anwendung wissenschaftlicher Ergebnisse in der Praxis werden von ihr besonders gefördert.

Dr. (rer. oec.) Lara Wiesche absolvierte ihr Bachelor- und Masterstudium im Bereich Management an der Ruhr-Universität Bochum und der Utrecht School of Economics (Niederlande) mit dem Schwerpunkt Operations and Service Management. Nach Abschluss des Studiums arbeitet sie als wissenschaftliche Mitarbeiterin am Lehrstuhl für Betriebswirtschaftslehre, insbesondere Unternehmensforschung und Rechnungswesen. Frau Dr. Wiesche hat zum Thema „Resource Allocation for Emergency Medical Services – Decision Support for Health Care Management“ promoviert. Sie beschäftigt sich mit unterschiedlichen Fragestellungen zur quantitativen Entscheidungsunterstützung unter anderem im Rettungsdienst, der Terminplanung von Hausärzten und der OP-Saal-Planung.

Existenzfähig bleiben! – Eine theoretische Perspektive zur Nachhaltigkeit in der ambulanten Versorgung psychischer Erkrankungen

Johanna Baumgardt

Inhaltsverzeichnis

4.1	Einleitung	46
4.2	Theoretischer Hintergrund	47
4.3	Analyseebenen	48
4.4	Indikatoren auf institutionell-organisationaler Ebene	49
4.5	Indikatoren auf individuell-persönlicher Ebene	50
4.6	Diskussion	52
4.7	Schlussbetrachtung	52
	Literatur	53

Zusammenfassung

Als theoretischer Rahmen zur Analyse einer der größten gesundheitspolitischen Problemlagen des 21. Jahrhunderts – der Versorgung psychischer Erkrankungen – wird in diesem Beitrag das Konzept der sozialen Nachhaltigkeit vorgestellt. Exemplarisch werden auf institutionell-organisationaler und individuell-persönlicher Ebene ausgewählte Indikatoren dargelegt, die einen Beitrag zur Entwicklung nachhaltiger Lösungen leisten können. Da diese Indikatoren in multiprofessionellen und schnittstellenübergreifenden Versorgungskonzepten gegenwärtig die stärkste Berücksichtigung finden, sollte deren indikationsübergreifende Entwicklung und überregionale sowie flächendeckende Implementierung gefördert werden.

J. Baumgardt (✉)

Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf (UKE), Hamburg, Deutschland

E-Mail: j.baumgardt@uke.de

4.1 Einleitung

Um gesellschaftlichen Entwicklungen und Herausforderungen gewachsen zu sein, stehen Gesundheitssysteme seit langem unter hohem Veränderungsdruck (Fischer 2015; Frenk et al. 1989). So haben 1. neue Technologien und Behandlungsmöglichkeiten mitunter zu ‚verschwenderischer‘ Gesundheitsversorgung geführt, erfordert 2. eine alternde Gesellschaft steigende Sozialausgaben, bringt 3. der Rückgang an Personen im erwerbstätigen Alter weniger Einkommen in die Sozialkassen sowie Fachkräftemangel mit sich und fordern 4. Qualitäts- und Sicherheitsanforderungen mehr Versorgungsqualität und bessere Prävention (Coira und Hovenga 2007).

Zu den größten gesundheitspolitischen Herausforderungen des 21. Jahrhunderts zählen dabei psychische Erkrankungen, die mit einer Jahresprävalenz von 38,2 % in Europa weit verbreitet sind (Wittchen et al. 2011). Deren vielfach konstatierte Fehlversorgung ist neben erheblichen individuellen Belastungen und Einschränkungen für Betroffene und Angehörige auch gesamtgesellschaftlich sehr bedeutsam, weil sie mit hohen Kosten für die Gesundheitssysteme verbunden ist (Hintzpeter et al. 2011; Wittchen et al. 2011). Da psychische Erkrankungen zumeist chronische Verläufe aufweisen und durch schwere Krankheitsfolgen gekennzeichnet sind, implizieren sie häufig eine längerfristige Inanspruchnahme ambulanter Gesundheitsleistungen (Scheidt-Nave 2010). Daraus ergibt sich der Anspruch einer umfassenden, gemeindenahen und koordinierten Versorgung, wie sie in der Psychiatrie-Enquete bereits im Jahr 1975 gefordert wurde (Deutscher Bundestag 1975). Eine flächendeckende Realisierung einer solchen Versorgung hat jedoch nicht stattgefunden und stellt sich auch weiterhin als problematisch dar (Hintzpeter et al. 2011; Ruprecht 2011; Wittchen et al. 2011). Vor diesem Hintergrund werden seit langem zielgerichtete Veränderungen im deutschen Gesundheitswesen gefordert, bei denen u. a. der Aspekt Nachhaltigkeit berücksichtigt werden soll (Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen 2009; Schiemann 2009). So ist der Bereich Gesundheit ein Teilaspekt des Indikators ‚Lebensqualität‘ in der nationalen Nachhaltigkeitsstrategie und deren Sicherung ein Ergebniskriterium, das von der Enquete-Kommission des Deutschen Bundestags und der Helmholtz-Gemeinschaft im Rahmen der Nachhaltigkeitsdebatte definiert wurde (Bundesregierung 2002; Deutscher Bundestag 1994; Kopfmüller et al. 2001). Der Rat für Nachhaltige Entwicklung (2013) bemängelt indes explizit, dass die soziale Dimension nachhaltiger Entwicklung hinsichtlich Gesundheitsfragen unterentwickelt ist und spricht sich für eine stärkere Einbindung von gesundheits- sowie wohlfahrtspolitischen Verbänden und Einrichtungen der Sozialwirtschaft in die Nachhaltigkeitsdebatte aus.

4.2 Theoretischer Hintergrund

Der Begriff Nachhaltigkeit ist in erster Linie aus dem umweltpolitischen Diskurs bekannt (Kossov 2012), seit dem Bericht der Brundtland-Kommission aus dem Jahr 1987 jedoch ein in vielen Wissenschaftsdisziplinen verfolgter Ansatz (Hauff 1987; Michelsen 2010). Nachhaltigkeit umfasst dabei unterschiedliche Perspektiven, steht in keiner einheitlichen Forschungstradition und wird leider häufig als Begriff ohne Anbindung an ein definiertes Konzept verwendet (Mittnacht 2009; Schell et al. 2013). In diesem Beitrag wird unter Nachhaltigkeit die Aufrechterhaltung der Funktionsfähigkeit eines Gesellschaftssystems sowie dessen Zukunftsfähigkeit und Langfristigkeit verstanden (Hauff 1987; Senghaas-Knoblach 2009; Spangenberg 2005). So ist „[...] eine Gesellschaft [...] dann nachhaltig, wenn sie so strukturiert ist und sich so verhält, dass sie über alle Generationen existenzfähig bleibt“ (Meadows et al. 1995). Der Bericht der Brundtland-Kommission verdeutlicht die Notwendigkeit, aktuelle gesellschaftliche Probleme dabei als Wechselspiel zwischen ökonomischen, ökologischen und sozialen Faktoren zu betrachten (Fischer 2015). Nachhaltigkeit muss von daher auch als eine Entwicklung verstanden werden, welche „[...] die Bedürfnisse der Gegenwart befriedigt ohne zu riskieren, dass künftige Generationen ihre eigenen Bedürfnisse nicht befriedigen können“ (Hauff 1987).

Um die ambulante Versorgung psychischer Erkrankungen unter diesem Fokus zu betrachten, bietet sich aus den unterschiedlichen Nachhaltigkeits-Modellen v. a. das der drei Dimensionen Ökologie, Ökonomie und Soziales an (Grunwald und Kopfmüller 2012; Michelsen 2010). In diesem Modell ist der Bereich Gesundheit der Dimension Soziale Nachhaltigkeit zugeordnet. Da auch soziale Nachhaltigkeit mit unterschiedlichen Bedeutungen und Modellen diskutiert wird, liegt ihr gegenwärtig ebenfalls kein einheitliches theoretisches Konzept zugrunde (Fischer 2015; Plewig und Kurenbach 2014). In Bezug auf das deutsche Gesundheitswesen soll sie an dieser Stelle übergreifend als langfristige Sicherung des Sozialsystems unter Berücksichtigung der übrigen Bereiche der Gesellschaft verstanden werden (Dillard und King 2009; Empacher und Wehling 2002; Littig und Griebler 2004; Renn et al. 2007). Ein nachhaltiges Gesundheitssystem ist – unter Berücksichtigung ökologischer Faktoren – demnach „[...] a system that is designed to meet the health and health care needs of individuals and the population [...]; leads to optimal health and health care outcomes; responds and adapts cultural, social and economic conditions and demands, and does not compromise the outcomes and ability of future generations to meet their own health care needs“ (Prada 2012).

4.3 Analyseebenen

Um die ambulante Versorgung psychischer Erkrankungen hinsichtlich ihrer Nachhaltigkeit zu analysieren, bedarf es eindeutig definierter sowie theoretisch fundierter Indikatoren. Da der Definitionsvielfalt entsprechend gegenwärtig auch kein Einvernehmen hinsichtlich der Bestimmung von Indikatoren zur Messung sozialer Nachhaltigkeit im Gesundheitswesen besteht (Empacher und Wehling 2002; Grunwald und Kopfmüller 2012; Littig und Grießler 2004; Schell et al. 2013), müssen diese im jeweiligen Anwendungsfeld definiert und operationalisiert werden (Mittnacht 2009; Spangenberg 2005). Der Bundesverband Managed Care bspw. hat Nachhaltigkeit als ein Kriterium zur Bewertung von Versorgungsformen angeführt; Definition und theoretische Begründung konkreter Indikatoren bleiben dort jedoch aus (Weatherly et al. 2007). Schell et al. (2013) schlagen neun übergeordnete Indikatoren für ein nachhaltiges Gesundheitswesen vor. Da in diesem Rahmenkonzept jedoch die individuelle Ebene keine Berücksichtigung findet, ist es nur begrenzt auf Problemlagen in der Versorgungsforschung übertragbar. Von Anderen werden Indikatoren bestimmt, die jeweils für ein sehr spezifisches Untersuchungsfeld erkenntnisleitend, für übergreifende Betrachtungen in der ambulanten Versorgung psychischer Erkrankungen jedoch ungeeignet sind (Mittnacht 2009; Spangenberg 2005). Vor dem dargelegten Hintergrund wurden an dieser Stelle allgemeine Konzepte aus den Gesundheits- und Sozialwissenschaften adaptiert und mit aktuellen Problemlagen aus der ambulanten Versorgung psychischer Erkrankungen in Verbindung gebracht.

Die Auswahl der Konzepte orientiert sich an hierfür empfohlenen Kriterien und folgt der Idee eines mehrperspektivischen Ansatzes (Diefenbacher et al. 2011; Richter 2004). Ein mehrperspektivischer Ansatz ist hierbei besonders wichtig, da Nachhaltigkeit im Gesundheitswesen nur entstehen kann, wenn es gelingt, die unterschiedlichen, mitunter divergierenden Ziele der einzelnen gesellschaftlichen Dimensionen und Akteure gleichzeitig und gleichwertig aneinander anzupassen (Scherenberg 2012). Als übergeordnetes Konzept wird deshalb das um die Mesoebene erweiterte Mikro-Makro-Modell von Coleman und Esser vorgeschlagen (Coleman 1991; Esser 1999; Miebach 2010). Im Kontext von Sozialstrukturanalysen können anhand dieses Modells auf der Makroebene Staaten bzw. gesellschaftliche Subsysteme, auf der Mesoebene das Zusammenspiel zwischen Organisationseinheiten bzw. Institutionen und auf der Mikroebene individuell-menschliches Verhalten analysiert werden. Im Folgenden werden innerhalb des Subsystems Gesundheit exemplarisch die Meso- und die Mikroebene am Beispiel der ambulanten Versorgung psychischer Erkrankungen anhand ausgewählter Indikatoren näher betrachtet. Abb. 4.1 verdeutlicht schematisch die Verortung und die Zusammenhänge dieses Ansatzes.

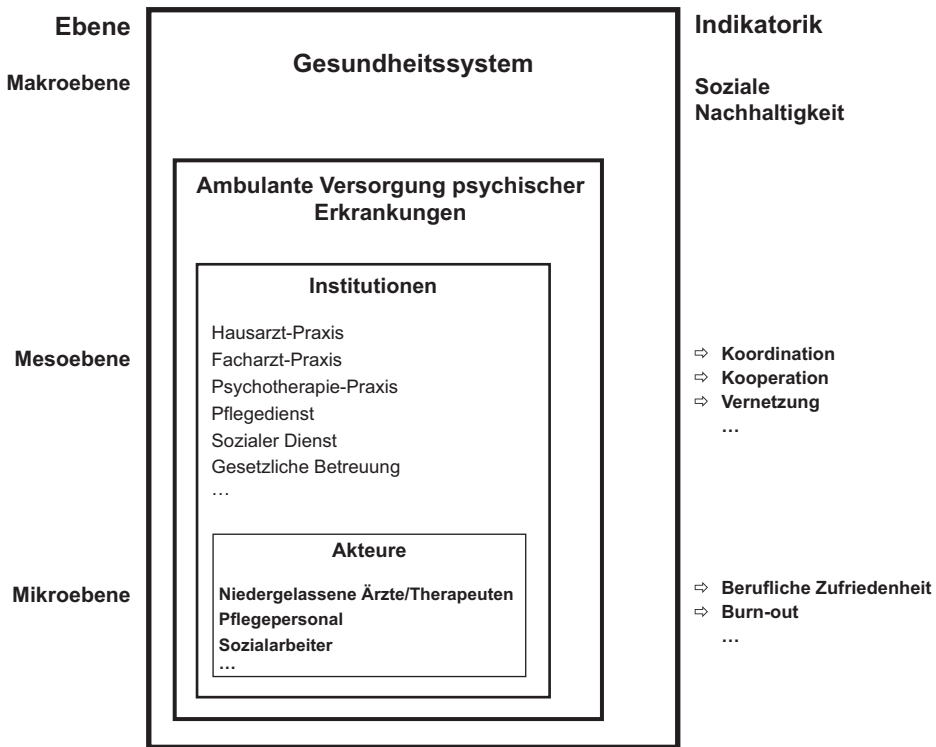


Abb. 4.1 Schematische Verortung der ausgewählten Nachhaltigkeitsindikatoren. Diese Abbildung ist nicht maßstabsgetreu zu verstehen, da sie lediglich den Zusammenhang der unterschiedlichen Analyseebenen und Indikatoren visualisiert. (Quelle: eigene Darstellung)

4.4 Indikatoren auf institutionell-organisationaler Ebene

Da die ambulante Versorgung psychischer Erkrankungen zumeist durch die Inanspruchnahme diverser ärztlicher, pflegerischer und psychosozialer Angebote geprägt ist, erfordert sie eine enge Zusammenarbeit ihrer Akteure (Bramesfeld et al. 2012). Zudem macht die zunehmende fachliche sowie institutionelle Arbeitsteilung und Spezialisierung von Versorgungsangeboten eine Zusammenführung aller versorgungsrelevanten Informationen eines Patienten notwendig (Lüdecke 2009; von Kardorff 1998). Darüber hinaus erfordert der häufig chronische Charakter psychischer Erkrankungen eine sektorenübergreifende Kooperation (Ungewitter et al. 2010). Interprofessionelle Zusammenarbeit wird von daher seit langem als notwendiger Bestandteil moderner psychosozialer Versorgung betrachtet (Bramesfeld et al. 2012).

Für eine Analyse des Zusammenspiels der unterschiedlichen Akteure, Institutionen und Organisationen auf der Mesoebene ist deshalb ein Ansatz von Lüdecke (2009) erkenntnisleitend. Dieser definiert die Aspekte Koordination, Kooperation und

Vernetzung als Indikatoren für Nachhaltigkeit in der ambulanten Versorgung. Koordination bezieht sich hierbei auf eine in Aushandlungsprozessen zu klärende fachliche, institutionelle und bzw. oder regionale Aufteilung von Zuständigkeiten zwischen zwei oder mehreren Handlungssystemen (von Kardorff 1998). Kooperation wird verstanden als problembezogene, zeitlich und sachlich abgegrenzte Form der gleichberechtigten, arbeitsteilig organisierten Zusammenarbeit, bei der die Optimierung von Verfahrens- und Organisationsabläufen im Vordergrund steht (von Kardorff 1998). Vernetzung als weitestgehende Form der Verknüpfung einzelner Akteure beinhaltet das organisierte Zusammenwirken verschiedener, aufeinander abgestimmter Angebote innerhalb eines Versorgungssystems, die der Herausbildung, Aufrechterhaltung und Unterstützung einer Struktur zur Förderung kooperativer Handlungen dient (van Santen und Seckinger 2003). Damit wird in diesem Ansatz sowohl die vielfach geforderte Abstimmung der Akteure auf Prozessebene als auch die multifaktorielle Problemlage von Menschen mit längerfristigem Versorgungsbedarf, in der sowohl angebots- als auch nachfragerrelevante Aspekte maßgeblich sind, berücksichtigt.

Ogleich den Aspekten Koordination, Kooperation und Vernetzung in der ambulanten Versorgung psychischer Erkrankungen eine hohe Bedeutung zukommt, stellen sie sich indikationsübergreifend als problematisch dar (WHO 2005) und sind seit langem ein viel diskutiertes Thema in der Versorgungsforschung (Bröcheler et al. 2009; Purucker et al. 2009; Ungewitter et al. 2010; Wildenradt et al. 2011). So bestehen trotz Forderungen nach mehr Vernetzung in zurückliegenden Gesundheitsreformen (Amelung et al. 2009) und hohen Ausgaben für Kommunikation und Datenerfassung im Gesundheitswesen (Schicker 2008) nach wie vor zahlreiche Defizite in diesen Bereichen (Bundesministerium für Gesundheit 2011). Zu maßgeblichen Barrieren bei der Umsetzung höherer interprofessioneller Kommunikation, Kooperation und Vernetzung gelten u. a. das sektorierte und fragmentierte Gesundheits- und Sozialsystem, fehlendes Wissen um andere Akteure und deren Angebote, mangelnde monetäre Entlohnung, zu wenig standardisierte Kommunikationswege für eine lückenlose, organisationsübergreifende Informationsweiterleitung, Überforderung sowie Zeitmangel (Baumgardt et al. 2014; Bramesfeld et al. 2012). Möglichkeiten zum Abbau dieser Barrieren bieten v. a. schnittstellenübergreifende, multiprofessionelle Versorgungskonzepte, deren Ziel die Überwindung struktureller und organisatorischer Defizite in der Versorgung psychischer Erkrankungen ist und die eigens Ressourcen für Kommunikation, Kooperation und Vernetzung bereitstellen (Dixon 2000; Kilian 2013).

4.5 Indikatoren auf individuell-persönlicher Ebene

Um dauerhaft existenzfähig zu bleiben, müssen bei der Gestaltung von Versorgungsstrukturen auch die Möglichkeiten, Ressourcen und Bedürfnisse der einzelnen Leistungserbringer berücksichtigt werden (Gothe et al. 2007). Dabei sollte neben der objektiven auch die subjektive Dimension Beachtung finden, da die individuelle Wahrnehmung ein

wichtiges Element der eigenen und der sozialen Realität darstellt (Empacher und Wehling 2002). Die subjektive kann sich dabei grundsätzlich von der objektiven Dimension unterscheiden und ist häufig von der wahrgenommenen Situation im direkten Umfeld abhängig. Ein Indikator für soziale Nachhaltigkeit in der Dimension Lebensqualität ist deshalb die berufliche Zufriedenheit (Empacher und Wehling 2002). Berufliche Zufriedenheit wird als ein Grundbedürfnis des Menschen betrachtet und steht in Zusammenhang mit der allgemeinen Lebenszufriedenheit von medizinischem Fachpersonal (Bhatnagar und Srivastava 2012). Ist sie eingeschränkt, wirkt sich dies negativ auf das psychische und physische Wohlergehen der Versorgungsakteure sowie deren Beziehungen zu ihren Patienten aus (Gothe et al. 2007). Dies wiederum kann die Versorgungsqualität und -effektivität zu deren Nachteil beeinflussen (Bovier und Perneger 2003; DeMello und Deshpande 2011). Berufliche Zufriedenheit ist darüber hinaus negativ mit Nachwuchsmangel (Pugno et al. 2006), erhöhten Fehlzeiten und verstärkter Mitarbeiterfluktuation bzw. der erschwerten Bindung von Fachkräften assoziiert (DeMello und Deshpande 2011; Evans et al. 2006; Gigantesco et al. 2003).

Berufsbedingtes Belastungserleben, wie es sich beispielsweise im Burn-out-Syndrom zeigen kann, ist ein weiterer Nachhaltigkeitsindikator (Driller 2008; Littig und Griebler 2004). Vor dem Hintergrund der Definitionsvielfalt wird Burn-out an dieser Stelle als berufsbedingtes Nachlassen bzw. Schwinden von Kräften oder Erschöpfung durch übermäßige Beanspruchung der eigenen Kräfte und Ressourcen verstanden (Freudenberger 1974). Es setzt sich aus der Trias Erschöpfung, Entfremdung und Leistungsverfall zusammen (Maslach und Jackson 1981) und kann eine Gefährdung der arbeitsbezogenen Gesundheitssituation indizieren, deren Erhalt ein Ziel eines nachhaltigen Gesundheitssystems ist (Littig und Griebler 2004). Burn-out ist mit der Zunahme von Erschöpfung, Ehe- und Familienproblemen, Schlafstörungen, Reizbarkeit, Depression und Alkoholmissbrauch assoziiert (Kumar et al. 2006; Maslach und Jackson 1981). Bei betroffenem medizinischen Fachpersonal wurden zudem negative Auswirkungen auf die Patientensicherheit (Hostetler et al. 2012), die Behandlungsergebnisse (Priebe et al. 2005), das Arbeitsumfeld und die Mitarbeiterbindung (Kumar 2007) beobachtet.

Empirische Untersuchungen unter Akteuren der ambulanten Versorgung psychischer Erkrankungen in Deutschland haben gezeigt, dass hinsichtlich beider Indikatoren Verbesserungspotenzial besteht (Baumgardt et al. 2016; Priebe et al. 2005). Da höhere Berufszufriedenheit positiv mit geringen Burn-out-Werten assoziiert ist (Baumgardt et al. 2015, 2016) sowie vermehrt bei Versorgungsakteuren verzeichnet wird, die in einem gemeinschaftlichen Praxis-Setting arbeiten (Fothergill et al. 2004; Lepnurm et al. 2006) und von hoher Kooperationsqualität berichten (Gothe et al. 2007; Thomsen et al. 1998), scheinen integrierte Versorgungskonzepte auch für eine Erhöhung der Nachhaltigkeit auf individueller Ebene förderlich sein zu können. Die Bedeutung der strukturellen Bereitstellung zeitlicher, finanzieller und räumlicher Ressourcen für eine nachhaltige Intensivierung von Koordination, Kooperation und Vernetzung wird zudem durch den negativen Zusammenhang von beruflicher Zufriedenheit und hoher Kooperationsquantität untermauert (Baumgardt et al. 2016; Bramesfeld et al. 2012).

4.6 Diskussion

Nachhaltigkeit im Gesundheitswesen als gesamtgesellschaftliche Aufgabe kann ihre Durchsetzungskraft nur entfalten, wenn ihre Leitidee auf Handlungsebene durch überregionale Standards sowie indikationsübergreifende Versorgungsmodelle operationalisiert und strukturell implementiert wird (Scherenberg 2012). Im Rahmen des GKV-Versorgungsstärkungsgesetz gemäß SGB V (Besondere Versorgung § 140a 2015) sowie dessen Vorgänger, dem GKV-Modernisierungsgesetz aus dem Jahr 2004, besteht eine rechtliche Grundlage für die Etablierung multiprofessioneller, schnittstellenübergreifender Versorgungskonzepte wie beispielsweise Assertive Community Treatment, Integrierte Versorgung, Intensive Case Management, Home Treatment oder Community Mental Health Teams (Amelung et al. 2009; Dieterich et al. 2017). Durch sie können insbesondere die Notwendigkeit und Dauer stationärer Behandlungen reduziert, der klinische Krankheitsverlauf verbessert, psychosoziale Beeinträchtigungen vermindert, Fehlversorgung vermieden und die Fähigkeiten des Patienten zur eigenverantwortlichen sowie selbstständigen Lebensführung verbessert werden (Kilian 2013). Ergebnisse empirischer Studien zur Wirksamkeit und Effizienz dieser Ansätze deuten in unterschiedliche Richtungen (Dieterich et al. 2017; Kästner et al. 2015a). Sie sind aufgrund der Komplexität der Interventionen, ihrer Indikationsspezifität, ihrer Regionalität und ihres zumeist projekthaften Charakters zudem nur eingeschränkt verallgemeinerbar (Büchtemann et al. 2016; Burns et al. 2006; Kilian 2013; Lambert et al. 2016). Dennoch kann gesagt werden, dass diese Ansätze bis dato zu den effektivsten systemischen Modellen zählen, um die Versorgung psychischer Erkrankungen bedarfsgerecht zu organisieren (Dieterich et al. 2017; Rosen et al. 2007).

Um schnittstellenübergreifende Versorgungskonzepte erfolgreich zu verbreiten, ist eine kombinierte Implementierungsstrategie erforderlich, die sowohl finanzielle und regulative als auch organisatorische und edukative Elemente beinhaltet (Kirchner et al. 2003; Selbmann und Kopp 2005). Deren zentraler Bestandteil sollten Behandlungspfade sein, die sich an erkrankungsspezifischen Leitlinien und dem aktuellen Forschungsstand orientieren (Büchtemann et al. 2014; Kästner et al. 2015b; Radisch et al. 2015a, b). Durch sie können entsprechende Konzepte überregional und flächendeckend anhand standardisierter Prozesse in die Versorgung implementiert und standardisiert werden.

4.7 Schlussbetrachtung

Der vorliegende Beitrag hat das Konzept der sozialen Nachhaltigkeit exemplarisch anhand ausgewählter Aspekte für die ambulante Versorgung psychischer Erkrankungen dargestellt. Um gesundheitspolitischen Forderungen nach einer Erhöhung der Nachhaltigkeit im deutschen Gesundheitswesen nachzukommen, sind weiterführende Analysen für andere Versorgungsbereiche und die Erörterung weiterer einheitlicher, theoretisch fundierter Indikatoren erforderlich. Diese sollten den interagierenden Faktoren eines

Gesundheitssystems Rechnung tragen sowie empirisch messbar und auf die unterschiedlichen Bereiche der gesundheitlichen Versorgung übertragbar sein (Fischer 2015). Um Nachhaltigkeit in der Versorgung psychischer Erkrankungen sicher stellen, steuern und erhöhen zu können, sollten diese Indikatoren begleitend im Rahmen von Längsschnittstudien wissenschaftlich evaluiert sowie in Qualitätsmanagementprozesse integriert werden.

Literatur

- Amelung V, Sydow J, Windeler A (2009) Vernetzung im Gesundheitswesen: Wettbewerb und Kooperation. Kohlhammer, Stuttgart
- Baumgardt J, Radisch J, Touil E, Moock J, Kawohl W, Rössler W (2014) Aspekte der Nachhaltigkeit in der ambulanten Versorgung von Menschen mit Demenz. *Psychiatr Prax* 8(41):424–431. <https://doi.org/10.1055/s-0033-1359974>
- Baumgardt J, Moock J, Rössler W, Kawohl W (2015) Aspects of sustainability in outpatient mental health care: Cooperation, job satisfaction, and burnout among Swiss psychiatrists. *Frontiers Public Ment Health* 3(25):1–8. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2015.00025>
- Baumgardt J, Moock J, Rössler W, Kawohl W (2016) Kooperation, Berufliche Zufriedenheit und Burnout – Nachhaltigkeit in der psychiatrisch-neurologischen Versorgung am Beispiel niedergelassener Fachärzte in Deutschland. *Psychiatr Prax* 44(3):154–162. <https://doi.org/10.1055/s-0042-104095>
- Besondere Versorgung § 140a, Fünftes Buch Sozialgesetzbuch – Gesetzliche Krankenversicherung – 16.07.2015, dejure.org (Hrsg). https://dejure.org/gesetze/SGB_V/140a.html. Zugriffen : 28. Apr. 2017
- Bhatnagar K, Srivastava K (2012) Job satisfaction in health-care organizations. *Ind Psychiatry J* 21(1):75–78
- Bovier P, Perneger TV (2003) Predictors of work satisfaction among physicians. *Eur J Pub Health* 13(4):299–305
- Bramesfeld A, Ungewitter C, Böttger D, El Jurdi J, Losert C, Kilian R (2012) What promotes and inhibits cooperation in mental health care across disciplines, services and service sectors? A qualitative study. *Epidemiol Psychiatr Sci* 21(01):63–72. <https://doi.org/10.1017/S2045796011000539>
- Bröcheler A, Bergmann F, Schneider F (2009) Models of mental health care in psychiatry across sectoral borders. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience* 2(259):227–232
- Büchtemann D, Kästner D, Koch C, Kopke K, Radisch J, Kawohl W, Rössler W (2014) Mittelschwere und unipolare Depression. Behandlungspfade für die ambulante Integrierte Versorgung von psychisch erkrankten Menschen. Kohlhammer, Stuttgart
- Büchtemann D, Kästner D, Warnke I, Radisch J, Baumgardt J, Giersberg S, Rössler W (2016) Hospital utilization outcome of an assertive outreach model for schizophrenic patients – results of a quasi-experimental study. *Psychiatry Res* 241:249–255. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2016.05.012>
- Bundesministerium für Gesundheit (2011) Leuchtturmprojekt Demenz. Bundesministerium für Gesundheit (Hrsg), Berlin
- Bundesregierung (2002) Nationale Nachhaltigkeitsstrategie. Bundesregierung (Hrsg), Berlin
- Burns T, Catty J, WRIGHT C (2006) De-constructing home-based care for mental illness: can one identify the effective ingredients? *Acta psychiatrica Scandinavica* 113(429): 33–35. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.2005.00714.x>

- Coira E, Hovenga E (2007) Building a Sustainable Health Care System. In: Geissbuhler A, Haux R, Kulikowski C (Hrsg) IMIA yearbook of medical informatics: biomedical informatics for sustainable health care systems. Schattauer Verlag, Celle, S 11–18
- Colemann J (1991) Grundlagen der Sozialtheorie: Band 1 Handlungen und Handlungssysteme. VS Verlag & GWV Fachverlage, München
- DeMello JP, Deshpande SP (2011) Career Satisfaction of Psychiatrists. *Psychiatr Serv* 62(9):1013–1018
- Deutscher Bundestag (1975) Unterrichtung durch die Bundesregierung. Bericht über die Lage der Psychiatrie in der Bundesrepublik Deutschland: Zur psychiatrischen und psychotherapeutisch/psychosomatischen Versorgung der Bevölkerung. Deutscher Bundestag (Hrsg), Bonn
- Deutscher Bundestag (1994) Die Industriegesellschaft gestalten: Perspektiven für einen nachhaltigen Umgang mit Stoff- und Materialströmen: Bericht der Enquete-Kommission “Schutz des Menschen und der Umwelt – Bewertungskriterien und Perspektiven für umweltverträgliche Stoffkreisläufe in der Industriegesellschaft” des 12. Deutschen Bundestags, Deutscher Bundestag (Hrsg), Economica, Bonn
- Diefenbacher H, Foltin O, Held B, Rodenhäuser DSR, Teichert V, Wachowiak M (2011) Richtung Nachhaltigkeit: Indikatoren, Ziele und Empfehlungen für Deutschland. Forschungsstätte der Ev. Studiengemeinschaft (Hrsg), Heidelberg
- Dieterich M, Irving CB, Bergman H, Khokhar MA, Park B, Marshall M (2017) Intensive case management for severe mental illness. The Cochrane database of systematic reviews, Wiley Online Library (Hrsg), Issue 1, Art. No. CD007906. <https://doi.org/10.1002/14651858.cd007906.pub3>
- Dillard JDV, King MC (2009) Understanding the social dimension of sustainability. Routledge, New York
- Dixon L (2000) Assertive community treatment: twenty-five years of gold. *Psychiatr Serv* 51(6):759–765
- Driller E (2008) Burnout in helfenden Berufen. LIT, Berlin
- Empacher C, Wehling P (2002) Soziale Dimensionen der Nachhaltigkeit: Theoretische Grundlagen und Indikatoren. Institut für sozial-ökologische Forschung (Hrsg), Frankfurt a. M.
- Esser H (1999) Soziologie: Spezielle Grundlagen. Bd 1: Situationslogik und Handeln. Campus, Frankfurt a. M.
- Evans S, Huxley P, Gately C, Webber M, Mears A, Pajak S, Katona C (2006) Mental health, burnout and job satisfaction among mental health social workers in England and Wales. *The British Journal of Psychiatry* 188(1):75–80
- Fischer M (2015) Fit for the future? A new approach in the debate about what makes healthcare systems really sustainable. *Sustainability* 7(1):294–312. <https://doi.org/10.3390/su7010294>
- Fothergill A, Edwards D, Burnard P (2004) Stress, burnout, coping and stress management in psychiatrists: findings from a systematic review. *Int J Soc Psychiatry* 50(1):54–65
- Frenk J, Bobadill JL, Sepulveda ML (1989) Health transition in middle-income countries: new challenges for health care. *Health policy plan.* 4(1):29–39
- Freudenberger H (1974) Staff Burn-Out. *Journal of Social Issues* 30(1):159–165
- Gigantesco A, Picardi A, Chiaia E, Balbi A, Morosini P (2003) Job satisfaction among mental health professionals in Rome, Italy. *Community Ment Health J* 39(4):349–355
- Gothe H, Köster A-D, Storz P, Nolting H-D, Häussler B (2007) Job satisfaction among doctors: a review of international literature. *Dtsch Arztebl Int* 104(20): A1394–A1399
- Grunwald A, Kopfmüller J (2012) Nachhaltigkeit: Eine Einführung, 2. Aktual. u. erw. Aulf. Campus, Frankfurt a. M.
- Hauff V (1987) Unsere gemeinsame Zukunft: Der Brundtland-Bericht der Weltkommission für Umwelt und Entwicklung. Eggenkamp, Greven

- Hintzpeter B, List SM, Lampert T, Ziese T (2011) Entwicklung chronischer Krankheiten. In: Günster C, Klose J, Schmacke N (Hrsg) Versorgungs-Report 2011: Chronische Erkrankungen. Schattauer, Stuttgart, S 3–28
- Hostetler S, Hersberger M, Herren D (2012) Ärztliches Wohlbefinden steigert die Behandlungsqualität. Schweizerische Ärztezeitung 88(48):655–659
- Kardorff E von (1998) Kooperation, Koordination und Vernetzung: Anmerkungen zur Schnittstellenproblematik in der psychosozialen Versorgung. In: Röhrle B, Sommer G, Nestmann F (Hrsg) Fortschritte der Gemeindepsychologie und Gesundheitsförderung, Bd 2, Netzwerkintervention. Dgvt, Tübingen, S 203–222
- Kästner D, Büchtemann D, Warnke I, Radisch J, Baumgardt J, Giersberg S, Rössler W (2015a) Clinical and functional outcome of assertive outreach for patients with schizophrenic disorder: results of a quasi-experimental controlled trial. European psychiatry: the journal of the Association of European Psychiatrists 30(6):736–742. <https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2015.04.003>
- Kästner D, Büchtemann D, Giersberg S, Koch C, Bramesfeld A, Moock J, Rössler W (2015b) Bipolare Störungen. Behandlungspfade für die ambulante Integrierte Versorgung von psychisch erkrankten Menschen. Kohlhammer, Stuttgart
- Kilian R (2013) Evaluation von Programmen zur integrierten psychiatrischen Versorgung: Zum Problem der Gewinnung von Evidenz für die Wirksamkeit und Effizienz komplexer Interventionen in der Gesundheitsversorgung. Nervenheilkunde 32(5):287–292
- Kirchner H, Fiene M, Ollenschläger G (2003) Bewertung und Implementierung von Leitlinien. Rehabilitation 42(2):74–82
- Kopfmüller J, Brandl V, Jörissen J, Paetau M, Banse G, Coenen R, Grundwald A (2001) Nachhaltige Entwicklung integrativ betrachtet: Konstituive Elemente, Regeln, Indikatoren Aufl. Stigma Verlag, Berlin
- Kossow A (2012) Risikofaktoren und internationale Konzepte für eine nachhaltige globale Gesundheit. Eine Literaturarbeit zum aktuellen Diskussionsstand in der Entwicklungspolitik. Dissertation, Universität Bonn (Hrsg), Bonn
- Kumar S (2007) Burnout in psychiatrists. World Psychiatry 6(3):186–189
- Kumar S, Bhagat RN, Lau T, Ng B (2006) Psychiatrists in New Zealand: are they burning out, satisfied at work and in any case, who cares? Australasian Psychiatry 14(1):20–23
- Lambert M, Schöttle D, Sengutta M, Ruppelt F, Rohenkohl A, Luedecke D, Karow A (2016) Early detection and integrated care for adolescents and young adults with severe psychotic disorders: rationales and design of the Integrated Care in Early Psychosis Study (ACCESS III). Early Intervention in Psychiatry. <https://doi.org/10.1111/eip.12361>
- Lepnurm R, Dobson R, Backman A, Keegan D (2006) Factors explaining career satisfaction among psychiatrists and surgeons in Canada. Can J Psychiatry 51(4):243–255
- Littig B, Griebler E (2004) Soziale Nachhaltigkeit. Bundeskammer für Arbeit und Angestellte (Hrsg), Wien
- Lüdecke D (2009) Nachhaltigkeit in der vernetzten Versorgung. In: Döhner H, Kaupen-Haas H, Knesebeck O von dem (Hrsg) Medizinsoziologie in Wissenschaft und Praxis: Festschrift für Alf Trojan. LIT, Münster, S 109–120
- Maslach C, Jackson SE (1981) The measurement of experienced burnout. J Occup Behav 2(2):99–113
- Meadows DH, Meadows DL, Randers J (1995) Die neuen Grenzen des Wachstums: Die Lage der Menschheit: Bedrohung und Zukunftschancen, 4., aktual. u. erw. Aufl. Deutsche Verlagsanstalt (Hrsg), Stuttgart
- Michelsen G (2010) Grundlagen einer Nachhaltigen Entwicklung: Studienbrief. Leuphana Universität Lüneburg (Hrsg), Lüneburg
- Miebach B (2010) Soziologische Handlungstheorie: Eine Einführung, 3. Aufl. VS Verlag & GWV Fachverlage, Wiesbaden

- Mittnacht B (2009) Qualitätsentwicklung und Nachhaltigkeit im Kontext häuslicher Pflegearrangements. Entwicklungstrends und Perspektiven. Dissertation, Universität Bremen (Hrsg), Bremen
- Plewig HJ, Kurenbach M (2014) Soziale Nachhaltigkeit – Forschung und Lehre: Konzeptpapier. Leuphana Universität Lüneburg (Hrsg), Lüneburg
- Prada G (2012) Sustainability: what does this mean for Canadas health care system. Conference Board of Canada's health-related executive networks (Hrsg), Toronto
- Priebe S, Fakhoury WKH, Hoffmann K, Powell RA (2005) Morale and job perception of community mental health professionals in Berlin and London. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 40(3):223–232. <https://doi.org/10.1007/s00127-005-0880-7>
- Pugno PA, Schmittling GT, McGaha AL, Kahn NB (2006) Entry of US medical school graduates into family medicine residencies: 2005–2006 and 3-year Summary. *Fam Med* 38(9):626–636
- Purucker J, Böhm M, Bodendorf F (2009) Praxisnetzstudie 2009: Ein Benchmark zum Reifegrad von Praxisnetzen in Deutschland und der Schweiz. Tagungsband der eHealth2009 und eHealth Benchmarking 2009 – Wien, 7.–8. Mai 2009. S 141–146, <http://www.ehealth20xx.at/ehealth2009/>
- Radisch J, Baumgardt J, Touil E, Moock J, Kawohl W, Rössler W (2015a) Demenz. Behandlungspfade für die ambulante Integrierte Versorgung von psychisch erkrankten Menschen. Kohlhammer, Stuttgart
- Radisch J, Kleine-Budde K, Baumgardt J, Moock J, Kawohl W, Rossler W (2015b) Schizophrenie. Behandlungspfade für die ambulante Integrierte Versorgung von psychisch erkrankten Menschen. Kohlhammer, Stuttgart
- Rat für Nachhaltige Entwicklung (2013) Arbeitsprogramm des Rates für Nachhaltige Entwicklung 2014–2016. Rat für Nachhaltige Entwicklung (Hrsg), Berlin
- Renn O, Deuschle J, Jäger A, Weimer-Jehle W (2007) Leitbild Nachhaltigkeit: Eine normativ-funktionale Konzeption und ihre Umsetzung. VS Verlag, Wiesbaden
- Richter D (2004) Qualitätsindikatoren für die psychiatrische Versorgung – Eine Übersicht über Kriterien. Methoden und Probleme. *Krankenhauspsychiatrie* 15(3):104–113
- Rosen A, Mueser KT, Teesson M (2007) Assertive community treatment Issues from scientific and clinical literature with implications for practice. *The Journal of Rehabilitation Research and Development* 44(6):813. <https://doi.org/10.1682/JRRD.2006.09.0110>
- Ruprecht TM. (2011). Ambulant statt stationär: “Managed Care” in der Psychiatrie. In: Amelung VE, Eble S, Hildebrandt H (Hrsg) Schriftenreihe des Bundesverbandes Managed Care. Innovatives Versorgungsmanagement. Neue Versorgungsformen auf dem Prüfstand. Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, Berlin, S 321–326.
- Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2009) Koordination und Integration: Gesundheitsversorgung in einer Gesellschaft des längeren Lebens. Sondergutachten 2009 (Kurzfassung). Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (Hrsg), Baden-Baden.
- Santen E van, Seckinger M (2003) Kooperation: Mythos und Realität einer Praxis: Eine empirische Studie zur interinstitutionellen Zusammenarbeit am Beispiel der Kinder- und Jugendhilfe. Leske und Budrich, Leverkusen
- Scheidt-Nave C (2010) Chronische Erkrankungen: Epidemiologische Entwicklungen und die Bedeutung für die Öffentliche Gesundheit. *Public Health Forum* 18(1), 2.e1–2.e4.
- Schell S, Luke DA, Schooley MW, Elliot MB, Herbers SH, Mueller NB, Bunger AC (2013) Public health program capacity for sustainability: a new framework. *Implementation Science* 8(15):1–9
- Scherenberg V (2012) Nachhaltigkeit in der Gesundheits- und Präventionspolitik. In: Rogall H, Binswanger H-C, Ekardt F, Grothe A, Hasenclever W-D, Hauchler I, Scherhorn G (Hrsg) Jahrbuch Nachhaltige Ökonomie 2012/2013, Bd 2. Metropolis-Verlag, Marburg, S 403–426

- Schicker G. (2008) Praxisnetze im Gesundheitswesen. In: Schubert H (Hrsg) Netzwerkmanagement. Organisation und Koordination von professionellen Vernetzungen – Grundlagen und Praxisbeispiele. VS Verlag & GWV Fachverlage, Wiesbaden, S 146–166
- Schiemann D (2009) Schriftenreihe des Deutschen Netzwerks für Qualitätsentwicklung in der Pflege. Expertenstandard Entlassungsmanagement in der Pflege, 1. Aktualisierung 2009. Hochschule Osnabrück (Hrsg), Osnabrück
- Selbmann HK, Kopp I (2005) Implementierung von Leitlinien in den Versorgungsalltag. Die Psychiatrie 2(1):33–38
- Senghaas-Knoblach E (2009) Soziale Nachhaltigkeit – Konzeptionelle Perspektiven. In: Popp R, Schüll E (Hrsg) Zukunftsforschung und Zukunftsgestaltung. Springer, Berlin, S 569–578
- Spangenberg JH (2005) Die ökonomische Nachhaltigkeit der Wirtschaft: Theorien, Kriterien und Indikatoren Aufl. Stigma Verlag, Berlin
- Thomsen S, Dallender J, Soares J, Nolan P, Arnetz B (1998) Predictors of a healthy workplace for Swedish and English psychiatrists. Br J Psychiatry 173(1):80–84. <https://doi.org/10.1192/bjp.173.1.80>
- Ungewitter C, Böttger D, Choucair B, El-Jurdi J, Gockel T, Hausner H, Bramesfeld A (2010) Bestandsaufnahme der Versorgung psychisch kranker Menschen in Deutschland: Inanspruchnahmestruktur und Kooperation der Leistungserbringer: Abschlussbericht des Forschungsprojektes im Rahmen der Förderinitiative der Bundesärztekammer zur Versorgungsforschung (Hrsg), Leipzig
- Weatherly J, Seiler R, Meyer-Lutterloh K, Schmid E, Lägler R, Amelung V (2007) Schriftenreihe des Bundesverbandes Managed Care. Leuchtturmprojekte Integrierter Versorgung und Medizinischer Versorgungszentren: Innovative Modelle der Praxis. Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, Berlin
- WHO (2005) Mental health declaration for Europe: facing the challenges, building solutions, No. EUR/04/5047810/6. WHO (Hrsg), Helsinki
- Wildenradt M von, Krauth C, Amelung V (2011) Zukunftsmodell sektorenübergreifende Versorgung? Eine empirische Untersuchung von Krankenkassen. In: Amelung VE, Eble S, Hildebrandt H (Hrsg) Schriftenreihe des Bundesverbandes Managed Care. Innovatives Versorgungsmanagement. Neue Versorgungsformen auf dem Prüfstand. Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, Berlin, S 81–89
- Wittchen HU, Jacobi F, Gustavsson A, Svensson M, Jönsson B, Olesen J, Rehm J (2011) The size and burden of mental disorders and other disorders of the brain in Europe 2010. Eur Neuropsychopharmacol 21(9):655–679

Dr. phil. Johanna Baumgardt, Sozialwissenschaftlerin, seit 2018: wissenschaftliche Mitarbeiterin in der Arbeitsgruppe sozialpsychiatrische & partizipative Forschung am Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf (UKE). 2015–2018: wissenschaftliche Mitarbeiterin im Forschungsverbund BAESCAP und Lehrbeauftragte für empirische Forschungsmethoden an der Hochschule für Angewandte Wissenschaften (HAW) Hamburg. 2009–2015: Wissenschaftliche Mitarbeiterin in Forschungsprojekten zur Integrierten Versorgung und zur Organisationsentwicklung im Gesundheitswesen, Promotion zur Nachhaltigkeit in der ambulanten Versorgung psychischer Erkrankungen, Mentorin in der College Studienreflexion und Lehrbeauftragte an der Leuphana Universität Lüneburg. 2008: Projektmanagement SIMEP in Berlin. 2007: ASA-Stipendium zur Entwicklung und Durchführung einer Mediatoren-Ausbildung an der Pädagogischen Hochschule Mercedes Cabello de Carbonera in Moquegua/Peru. 1999–2007: Sozialwissenschaftliches Magisterstudium an den Universitäten Greifswald, Bremen und Cádiz/Spanien.

Annika Schmidt und Karin Wolf-Ostermann

Inhaltsverzeichnis

5.1 Einleitung..... 60

5.2 Zum Stand der ambulanten Versorgung..... 62

5.3 Informelle Pflege..... 67

5.4 Alternative Wohnformen für Menschen mit Demenz am Beispiel ambulant betreuter
Wohngemeinschaften..... 69

5.5 Schlussbetrachtung..... 71

Literatur..... 73

Zusammenfassung

Der Beitrag liefert einen Überblick über die ambulante Versorgung von Menschen mit Demenz und ihren versorgenden Angehörigen vor dem Hintergrund der Neuerungen der eingeführten Pflegestärkungsgesetze. Dabei werden verschiedene Leistungen der Pflegeversicherung exemplarisch beschrieben und die Situation informell Pflegenden kurz beleuchtet. Als ein Beispiel für sich entwickelnde alternative Wohn- und Versorgungsformen – gerade für Menschen mit Demenz – werden anschließend ambulant betreute Wohngemeinschaften detaillierter vorgestellt. Aufgrund der Entwicklungen,

A. Schmidt (✉) · K. Wolf-Ostermann
Institut für Public Health und Pflegeforschung, Universität Bremen, Bremen, Deutschland
E-Mail: schmidt.annika@uni-bremen.de

K. Wolf-Ostermann
E-Mail: wolf-ostermann@uni-bremen.de

die u. a. der demografische Wandel mit sich bringt, wird abschließend erörtert, wie es langfristig gelingen kann, eine bedarfsgerechte und qualitativ angemessene ambulante Versorgung zu gewährleisten.

5.1 Einleitung

Menschen in Deutschland werden weniger, älter, bunter und dementer: Die Bevölkerung Deutschlands nahm zwischen den Jahren 2003 und 2010 stetig ab. Auch wenn es seitdem zu einem Zuwachs durch Zuwanderung kam, der vermutlich noch einige Jahre anhalten wird, bestehen die Ursachen, die zu dem Bevölkerungsrückgang führten, nämlich eine Differenz zwischen der Anzahl der Geburten und der Versterbenden, weiter fort (Statistisches Bundesamt 2015a). Nach Angaben des Statistisches Bundesamtes (2017a) hatten im Jahr 2015 17,1 Mio. Menschen in Deutschland einen Migrationshintergrund. Dies entspricht einem Anteil von 21,0 % an der Gesamtbevölkerung. Die Altersgruppe der 65–80-Jährigen macht einen Anteil von 15,3 % der Gesamtbevölkerung aus und der Anteil der Menschen ab 80 Jahren 5,8 %. Insgesamt sind dies ungefähr 21 % und damit mehr als 17 Mio. Menschen bei einer Gesamtbevölkerung von rund 82 Mio. Menschen (Statistisches Bundesamt 2016). Eine stetige Verbesserung der Lebensumstände, z. B. durch Fortschritte der medizinischen Versorgung und der Ernährung etc., führt zu einer Steigerung der Lebenserwartung. Prognosen zufolge könnte im Jahr 2060 jeder Dritte über 65 Jahre alt sein, die Zahl der 80-Jährigen und Älteren wird für diesen Zeitpunkt auf 9 Mio. geschätzt (Statistisches Bundesamt 2015a).

Mit zunehmendem Alter steigen die Wahrscheinlichkeit der Prävalenz von alters-typischen, chronischen Erkrankungen und funktioneller Beeinträchtigungen (Kuhlmey und Blüher 2014) und damit letztlich auch die Wahrscheinlichkeit, pflegebedürftig zu werden. In der Altersgruppe der 60–65-Jährigen sind 2,4 % von Pflegebedürftigkeit betroffen, in der Altersgruppe der 80–84-Jährigen sind 20,9 % und in der Altersgruppe der 85–90-Jährigen bereits 37 % betroffen (Schwinger et al. 2016a). Auch hier war in den vergangenen Jahren ein Anstieg der Fälle zu verzeichnen. Waren im Jahr 2011 etwa 2,5 Mio. Menschen pflegebedürftig (Statistisches Bundesamt 2013), erhöhte sich die Anzahl im Jahr 2013 auf 2,6 Mio. Menschen (Statistisches Bundesamt 2015b) und nach neuesten Zahlen des Statistisches Bundesamt (2017b) sind bereits 2,9 Mio. Menschen pflegebedürftig.

Demenzielle Erkrankungen – definiert nach den diagnostischen Leitlinien der International Classification of Disease 10 (ICD 10) als chronische oder fortschreitende Krankheit des Gehirns mit Störung vieler höherer kortikaler Funktionen, einschließlich Gedächtnis, Denken, Orientierung, Auffassung, Rechnen, Lernfähigkeit, Sprache und Urteilsvermögen – sind die häufigsten neuropsychiatrischen Erkrankungen im Alter. Häufige Begleiterscheinungen einer demenziellen Erkrankung sind Veränderungen der emotionalen Kontrolle, des Sozialverhaltens und der Motivation (DIMDI 2014), aus der Erkrankung resultieren erhebliche Beeinträchtigungen des täglichen Lebens (Weyerer und Schäufele 2006) – zumal es derzeit keine kurative Therapie gibt und die Erkrankung damit in den

Fokus einer pflegerischen Versorgung rückt (Herholz und Zanzonico 2009). Die Zahl der in Deutschland lebenden Menschen mit einer Demenz wird derzeit auf 1,6 Mio. geschätzt (Bickel 2016), wobei die Prävalenzraten mit zunehmendem Alter ansteigen und auch die regionale Verteilung in Deutschland unterschiedlich ist (Rothgang et al. 2010).

Dem Anstieg der Anzahl der älteren und pflegebedürftigen Menschen steht eine Abnahme der Personen im erwerbsfähigen Alter gegenüber, dieser Anteil könnte im Jahr 2060 bei nur noch 51 % liegen (Statistisches Bundesamt 2015a). Das Gesundheitssystem steht aufgrund dieser, aber auch weiterer demografischer sowie sozialer und versorgungsstruktureller Veränderungen vor einer besonderen Herausforderung. Es gilt auch weiterhin eine bedarfs- und bedürfnisgerechte pflegerische Versorgung für eine steigende Anzahl pflegebedürftiger Menschen zu sichern, auch vor dem Hintergrund der geriatritypischen Multimorbidität und neuropsychiatrischer Erkrankungen im Alter, wie etwa Demenzen, und der damit einhergehenden spezifischen Hilfe- und Pflegebedarfe.

Die Versorgung von Pflegebedürftigen kann in der vollstationären Pflege wahrgenommen werden, ebenso in Einrichtungen des betreuten Wohnens, des altersgerechten, barrierefreien Wohnens, des gemeinschaftlichen Wohnens, in Demenz- und Pflege-WGs, in Siedlungsgemeinschaften sowie in Kurzzeitpflegeeinrichtungen, im Akutkrankenhaus und in Rehabilitationseinrichtungen. Die Mehrheit der Menschen möchte jedoch im Falle einer Pflegebedürftigkeit zu Hause versorgt werden (s. Abb. 5.1). Im Rahmen der COM-PASS-Studie gaben von $n = 5541$ Personen (>40 Jahre) 40 % der Befragten an, dass sie zu Hause durch Angehörige und einen ambulanten Pflegedienst versorgt werden wollen, 18 % der Befragten würden die Pflege in betreutem Wohnen/Servicewohnen präferieren

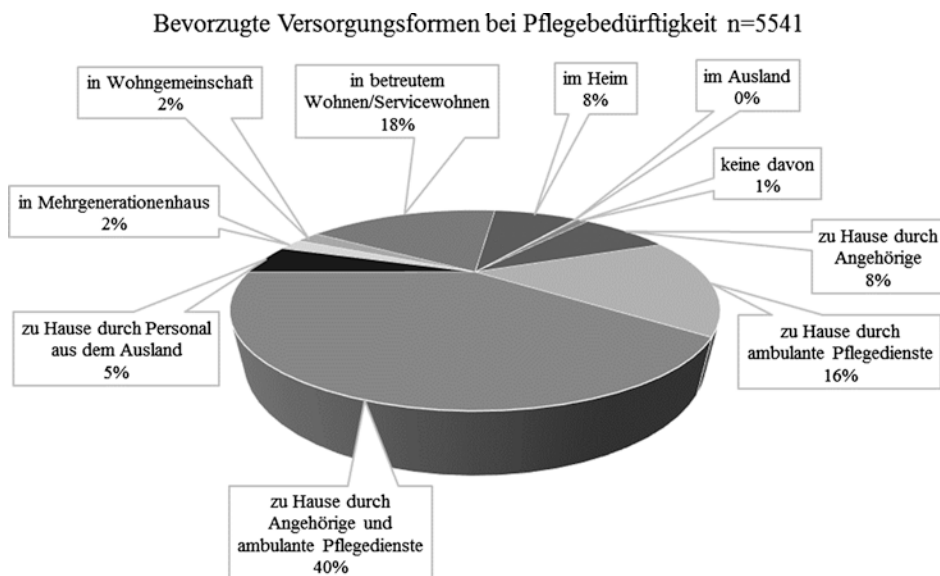


Abb. 5.1 Bevorzugte Versorgungsformen bei Pflegebedürftigkeit. (Quelle: Kuhlmeier et al. 2010)

und 16 % der Befragten wollen zu Hause durch einen ambulanten Pflegedienst versorgt werden. Auch neuere Wohnmodelle, wie Wohngemeinschaften oder Mehrgenerationenhäuser, finden Erwähnung. Obwohl in der klassischen vollstationären Versorgungsform ein großer Anteil der Pflegebedürftigen, derzeit 27 % (Statistisches Bundesamt 2017b), versorgt wird, bevorzugen nur 8 % der Befragten der COMPASS-Studie diese Versorgungsform im Falle der eigenen Pflegebedürftigkeit (Kuhlmey et al. 2010).

Vor dem Hintergrund des Wunsches nach Verbleib in der eigenen Häuslichkeit bei Pflegebedürftigkeit, des zahlenmäßigen Anstiegs der Pflegeleistungsempfänger und nicht zuletzt vor dem Grundsatz der gesetzlichen Pflegeversicherung „ambulant vor stationär“ sowie der Weiterentwicklung der Pflege durch die Pflegestärkungsgesetze I, II und III, bietet dieser Beitrag einen Überblick zur ambulanten Versorgung – insbesondere von demenziell erkrankten Personen – in Deutschland.

5.2 Zum Stand der ambulanten Versorgung

Seit dem 01.01.2017 gilt der mit dem Zweiten Pflegestärkungsgesetz beschlossene neue Pflegebedürftigkeitsbegriff. Grundlegendste Neuerung dürfte die gleichrangige Beurteilung von psychisch, geistig sowie körperlich bedingter Pflegebedürftigkeit sein, damit haben viele Menschen Anspruch auf Leistungen der Pflegeversicherung, die vorher teilweise keine Berücksichtigung fanden, wie Menschen mit eingeschränkter Alltagskompetenz (BMG 2016). Wer Anspruch auf Leistungen der Pflegeversicherung hat, regelt das Sozialgesetzbuch XI (SGB). Demnach ist pflegebedürftig, wer gesundheitlich bedingte Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten aufweist und deshalb der Hilfe durch andere bedarf. Es muss sich dabei um Personen handeln, die körperliche, kognitive oder psychische Beeinträchtigungen oder gesundheitlich bedingte Belastungen oder Anforderungen nicht selbstständig kompensieren oder bewältigen können. Die Pflegebedürftigkeit muss auf Dauer, voraussichtlich jedoch für mindestens sechs Monate, und mit mindestens der in § 15 SGB XI festgelegten Schwere bestehen. Pflegebedürftige erhalten je nach der Schwere der Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten einen Grad der Pflegebedürftigkeit (Pflegegrad) zugeschrieben. Der Pflegegrad wird mithilfe eines pflegefachlich begründeten Begutachtungsinstruments ermittelt, welches den Grad der Beeinträchtigung der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten mittels der folgenden sechs Module ermittelt:

- Mobilität (Modul 1: Gewichtung 10 %),
- kognitive und kommunikative Fähigkeiten (Modul 2) sowie Verhaltensweisen und psychische Problemlagen (Modul 3) (Modul 2 oder 3 abhängig von der höheren Punktzahl: Gewichtung 15 %),
- Selbstversorgung (Modul 4: Gewichtung 40 %),
- Bewältigung von und selbstständiger Umgang mit krankheits- oder therapiebedingten Anforderungen und Belastungen (Modul 5: 20 %),
- Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte (Modul 6: Gewichtung 15 %).

Aus der durch das Begutachtungsinstrument ermittelten Gesamtbewertung lassen sich die folgenden Schweregrade zuordnen:

- Pflegegrad 1 entspricht einer geringen Beeinträchtigung der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten,
- Pflegegrad 2 entspricht einer erheblichen Beeinträchtigung der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten,
- Pflegegrad 3 entspricht einer schweren Beeinträchtigung der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten,
- Pflegegrad 4 entspricht einer schwersten Beeinträchtigung der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten und
- Pflegegrad 5 entspricht letztlich einer schwersten Beeinträchtigung der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten mit besonderen Anforderungen an die pflegerische Versorgung.

Die Auflistung in Tab. 5.1 gibt einen Überblick über eine Auswahl von Neuerungen seit Einführung der Pflegestärkungsgesetze einschließlich gewährter Leistungen, die aufgrund der Einstufung in den jeweiligen Pflegegrad bestehen, die vor allem auch Menschen mit demenzieller Erkrankung bzw. deren versorgende Angehörige unterstützen.

Die professionelle ambulante Versorgung wird durch ambulante Pflegeeinrichtungen (Pflegedienste) angeboten und sichergestellt. Nach § 71 SGB XI sind ambulante Pflegedienste selbstständig wirtschaftende Einrichtungen, die unter ständiger Verantwortung einer ausgebildeten Pflegefachkraft Pflegebedürftige in ihrer Wohnung mit Leistungen der häuslichen Pflegehilfe im Sinne des § 36 SGB XI versorgen. Laut § 72 SGB XI dürfen Pflegekassen ambulante Pflege nur Einrichtungen gewähren, mit denen ein Versorgungsvertrag besteht. Voraussetzung für den Abschluss von Versorgungsverträgen mit Pflegeeinrichtungen ist die Berücksichtigung der Kriterien nach § 71 SGB XI: die Gewähr für eine leistungsfähige und wirtschaftliche pflegerische Versorgung zu bieten sowie eine in Pflegeeinrichtungen ortsübliche Arbeitsvergütung an ihre Beschäftigten zu zahlen, und die Verpflichtung, ein einrichtungsinternes Qualitätsmanagement nach § 113 SGB XI sowie die Expertenstandards nach § 113a SGB XI anzuwenden. Büscher (2014) merkt an, dass der Abschluss eines Versorgungsvertrages nicht bedarfsabhängig ist, sondern auf der Einhaltung der gesetzlichen Bestimmung beruht. Ambulante Pflegedienste erbringen neben Leistungen der Pflegeversicherung nach SGB XI auch Leistungen der Häuslichen Krankenpflege nach § 37 SGB V. Häusliche Krankenpflege nach SGB V umfasst die im Einzelfall erforderliche Grund- und Behandlungspflege sowie die hauswirtschaftliche Versorgung. Der Anspruch besteht bis zu vier Wochen je Krankheitsfall und kann in begründeten Ausnahmefällen verlängert werden, wenn der Medizinische Dienst die Notwendigkeit dafür festgestellt hat. Häusliche Pflege muss ärztlich verordnet werden. Leistungen der Pflegeversicherung wiederum bedürfen keiner ärztlichen Verordnung. Hier richtet sich das Leistungsspektrum nach den Vertragsvereinbarungen der privaten oder freigemeinnützigen ambulanten Pflegedienste und der Pflegeversicherungen. Trotz bundesweit leistungs- und vergütungsbezogener Unterschiede in den Vereinbarungen ist die

Tab. 5.1 Überblick ausgewählter Leistungen. (Quelle: Auswahl nach SGB XI für das Jahr 2017)

Leistung	Höhe/Art der Leistung	Anmerkungen
Pflegesachleistungen nach § 36 SGB XI	Pflegegrad 2: bis 689 €, Pflegegrad 3: bis 1298 €, Pflegegrad 4: bis 1612 €, Pflegegrad 5: bis 1995 €	Pflegebedürftige der Pflegegrade 2 bis 5 haben bei häuslicher Pflege Anspruch auf körperbezogene Pflegemaßnahmen und pflegerische Betreuungsmaßnahmen sowie auf Hilfen bei der Haushaltsführung als Sachleistung
Pflegegeld für selbst beschaffte Pflegehilfen nach § 37 SGB XI	Pflegegrad 2: bis 316 €, Pflegegrad 3: bis 545 €, Pflegegrad 4: bis 728 €, Pflegegrad 5: bis 901 €	Der Anspruch setzt voraus, dass der Pflegebedürftige mit dem Pflegegeld dessen Umfang entsprechend die erforderlichen körperbezogenen Pflegemaßnahmen und pflegerischen Betreuungsmaßnahmen sowie Hilfen bei der Haushaltsführung in geeigneter Weise selbst sicherstellt
Zusätzliche Leistungen für Pflegebedürftige in ambulant betreuten Wohngruppen nach § 38a SGB XI	Pauschaler Zuschlag von 214 €	Voraussetzung für den Anspruch sind u. a. das Leben in einer ambulant betreuten Wohngemeinschaft mit mindestens zwei und höchstens elf weiteren Personen und das Beziehen von Leistungen nach §§ 36, 37, 38, 45a oder 45b
Wohnumfeldverbessernde Maßnahmen nach § 40 (4) SGB XI	Bis zu 4000 € je Maßnahme, bis zu maximal 16.000 € für gemeinschaftliches Wohnen	Die Zuschüsse können gewährt werden für beispielsweise technische Hilfen im Haushalt, wenn dadurch im Einzelfall die häusliche Pflege ermöglicht oder erheblich erleichtert wird. Bis zu maximal 16.000 € werden gewährt, wenn mehrere Pflegebedürftige gemeinsam in einer Wohnung leben – bei mehr als vier Anspruchsberechtigten wird der Gesamtbetrag je Maßnahme anteilig auf die Versicherungsträger aufgeteilt
Tages- und Nachtpflege nach § 41 SGB XI	Pflegegrad 2: bis 689 €, Pflegegrad 3: bis 1298 €, Pflegegrad 4: bis 1612 €, Pflegegrad 5: bis 1995 €	Anspruch besteht, wenn die häusliche Pflege nicht in ausreichendem Umfang sichergestellt werden kann oder wenn dies zur Ergänzung oder Stärkung der häuslichen Pflege erforderlich ist. Die Leistung kann zusätzlich zu Pflegesachleistungen, Pflegegeld oder der Kombinationsleistung nach § 38 in Anspruch genommen werden

(Fortsetzung)

Tab. 5.1 (Fortsetzung)

Leistung	Höhe/Art der Leistung	Anmerkungen
Entlastungsbetrag nach § 45b SGB XI	Bis zu 125 € pro Monat	Zweckgebunden einsetzbar für qualitätsgesicherte Leistungen zur Entlastung von z. B. pflegenden Angehörigen sowie zur Förderung der Selbstständigkeit und Selbstbestimmtheit der Pflegebedürftigen bei der Gestaltung ihres Alltags im Zusammenhang mit der Inanspruchnahme von beispielsweise Leistungen der Tages- oder Nachtpflege
Anschubfinanzierung zur Gründung von ambulant betreuten Wohngruppen nach § 45e SGB XI	Bis zu 2500 € je Förderung, bis zu maximal 10.000 € je Wohngruppe	Pflegebedürftigen, die Anspruch auf Leistungen nach § 38a haben und die an der gemeinsamen Gründung einer ambulant betreuten Wohngemeinschaft beteiligt sind, wird für die altersgerechte oder barrierearme Umgestaltung der gemeinsamen Wohnung zusätzlich zu dem Betrag nach § 40(4) einmalig dieser Betrag gewährt. Bis zu maximal 10.000 € werden gewährt, wenn mehrere Pflegebedürftige gemeinsam in einer Wohngruppe anspruchsberechtigt sind

Vielfalt des Leistungs- und Angebotsspektrums als quantitativ wie qualitativ begrenzt einzuordnen und richtet sich vor allem auf die Alltagsverrichtungen, die im Begriff der Pflegebedürftigkeit definiert sind (Büscher 2014; SVR 2009).

Leistungen der Pflegeversicherung, die ambulante Pflegedienste übernehmen, sind vielfältig – siehe Tab. 5.1. Beispielsweise sind Pflegesachleistungen für den Einsatz von ambulanten Pflegediensten gedacht. Die ambulanten Pflegedienste rechnen ihre Leistungen direkt mit der Krankenkasse bzw. dem Kostenträger ab. Pflegegeld steht Pflegebedürftigen zu, die von Angehörigen oder Freunden etc. gepflegt werden. Beratungsbesuche in der eigenen Häuslichkeit unterstützen diese Leistung und dienen der Sicherung der Qualität der häuslichen Pflege und der regelmäßigen Hilfestellung und praktischen pflegefachlichen Unterstützung der häuslich Pflegenden. Für Pflegebedürftige mit dem Pflegegrad 1 besteht der Anspruch, halbjährlich einmal einen Beratungsbesuch zu erhalten, Pflegebedürftige mit Pflegegrad 2 und 3 müssen halbjährlich und Pflegebedürftige mit dem Pflegegrad 4 und 5 vierteljährlich einen Beratungsbesuch in Anspruch nehmen. Durchgeführt werden Beratungsbesuche durch eine zugelassene Pflegeeinrichtung, durch eine von den Landesverbänden der Pflegekassen nach § 37 SGB XI (7) anerkannte Beratungsstelle mit nachgewiesener pflegefachlicher Kompetenz oder, sofern dies durch eine zugelassene Pflegeeinrichtung vor Ort oder eine von

den Landesverbänden der Pflegekassen anerkannte Beratungsstelle mit nachgewiesener pflegfachlicher Kompetenz nicht gewährleistet werden kann, durch eine von der Pflegekasse beauftragte, jedoch von ihr nicht beschäftigte Pflegefachkraft. Werden verpflichtende Beratungsbesuche von Pflegebedürftigen nicht abgerufen, so ist nach § 37 SGB XI (6) mit Kürzung bis hin zu Entziehung des Pflegegeldes zu rechnen. Pflegegeld und Pflegesachleistungen können nach § 38 SGB XI kombiniert werden.

Die Erreichbarkeit der ambulanten Pflegedienste variiert bundesweit stark. So fand Neumeier (2015), dass Entfernungen zwischen 9 m und 31 km zwischen ambulantem Pflegedienst und pflegebedürftigen Kunden bestehen. Die Wege in einem Landkreis in Rheinland-Pfalz sind mit durchschnittlich 0,5 km am kürzesten, dem gegenüber steht beispielsweise ein Landkreis in Niedersachsen, in dem der ambulante Pflegedienst durchschnittlich 27,3 km zu potenziellen Pflegebedürftigen fährt. Abb. 5.2 gibt einen

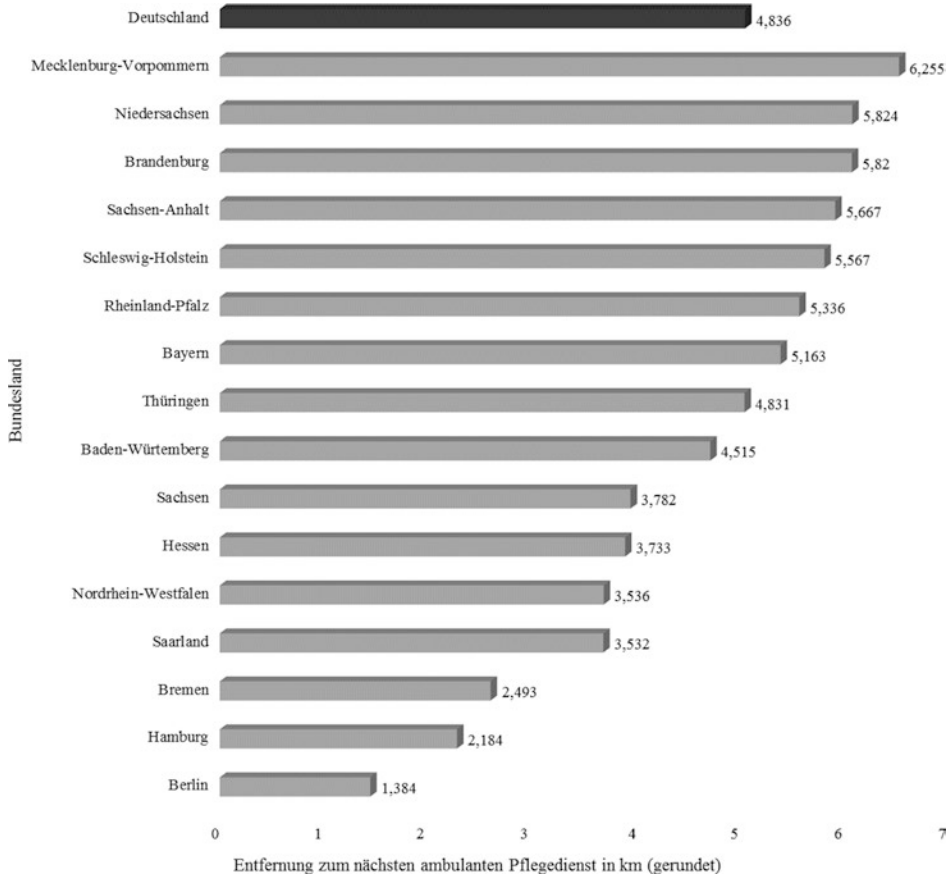


Abb. 5.2 Durchschnittliche Entfernung zum nächsten ambulanten Pflegedienst nach SGB XI nach Bundesländern. (Quelle: nach Neumeier 2015)

Überblick über die unterschiedlichen durchschnittlichen Distanzen zwischen Pflegedienst und den jeweiligen Pflegebedürftigen.

Gerade in den ländlichen Regionen, wo im Vergleich zu den urbanen Regionen oftmals ältere Menschen leben, scheinen die Versorgungsbedingungen prekärer zu sein.

5.3 Informelle Pflege

Zu Beginn der Pflegebedürftigkeit werden nur 8,6 % der Betroffenen in einer Langzeitpflegeeinrichtung versorgt (Schwinger et al. 2016b). Wird ein Mensch hilfe- oder pflegebedürftig, so ist zumeist die Familie erster Ansprechpartner (Schulz und Geyer 2014). Der „informellen Pflege“ kommt in der Versorgung eine wesentliche Bedeutung zu. Informell Pflegende sind Personen aus dem familiären oder sozialen Umfeld der pflegebedürftigen Person, aber auch ehrenamtliche Helfer. Tätigkeiten der informellen Pflege umfassen nicht ausschließlich pflegerische Maßnahmen, sondern können auch Tätigkeiten im und außerhalb des Haushaltes umfassen.

In Deutschland gab es im Jahr 2015 2,9 Mio. pflegebedürftiger Menschen (Statistisches Bundesamt 2017b), davon waren etwa 1,5 Mio. von einer demenziellen Erkrankung betroffen. Laut World Health Organization (2012) leisten die Angehörigen den größten Anteil der Pflege und Unterstützung im häuslichen Bereich. Auch für Deutschland bestätigt sich dieser Trend. So werden von aktuell 2,08 Mio. pflegebedürftigen Menschen (73 %), die zu Hause versorgt werden, 1,38 Mio. Pflegebedürftige durch ihre Angehörigen versorgt sowie 692.000 Pflegebedürftige zusammen mit bzw. durch ambulante Pflegedienste. 783.000 Pflegebedürftige (27 %) werden dagegen in vollstationären Einrichtungen versorgt (Statistisches Bundesamt 2017b). Noch vor zwei Jahren lag der Anteil der vollstationär versorgten Pflegebedürftigen bei 30 % (Statistisches Bundesamt 2015b). Eine deutliche Verschiebung hin zur Versorgung in der Häuslichkeit ist erkennbar. Aber wie stellt sich die Situation pflegender/versorgender Angehöriger dar?

Hauptpflegeperson sind zumeist Ehepartner (zu 74 % Ehefrauen), leben meist mit der pflegebedürftigen Person im selben Haushalt (60,7 %) und sind durchschnittlich 54 Jahre alt. In 71 % der Fälle werden weitere Pflegepersonen eingebunden (Schwinger et al. 2016b).

Informell Pflegende berichten von hohen Belastungen. In einer Untersuchung von $n = 1911$ pflegenden Angehörigen wurde ermittelt, dass deren Belastung bei zu Pflegenden mit einer demenziellen Erkrankung höher eingeschätzt wird, als bei zu Pflegenden ohne dieses Krankheitsbild. So gaben 41 % der pflegenden Angehörigen von Pflegebedürftigen mit Demenz an, dass sie stark bis sehr stark belastet seien, bei den Angehörigen von Pflegebedürftigen ohne Demenz lag diese Einschätzung im Gegensatz dazu bei 14 % (Gräbel und Behrndt 2016).

Abb. 5.3 und 5.4 geben einen Überblick über die Dauer und den Umfang der informellen Pflege, die durch Angehörige geleistet wird. Beinahe die Hälfte der versorgenden Angehörigen betreut die pflegebedürftige Person zwischen 1–3 h pro Tag, knapp 30 % der Angehörigen sogar 3–6 h, mehr als 10 % investieren mehr als 10 h pro Tag in

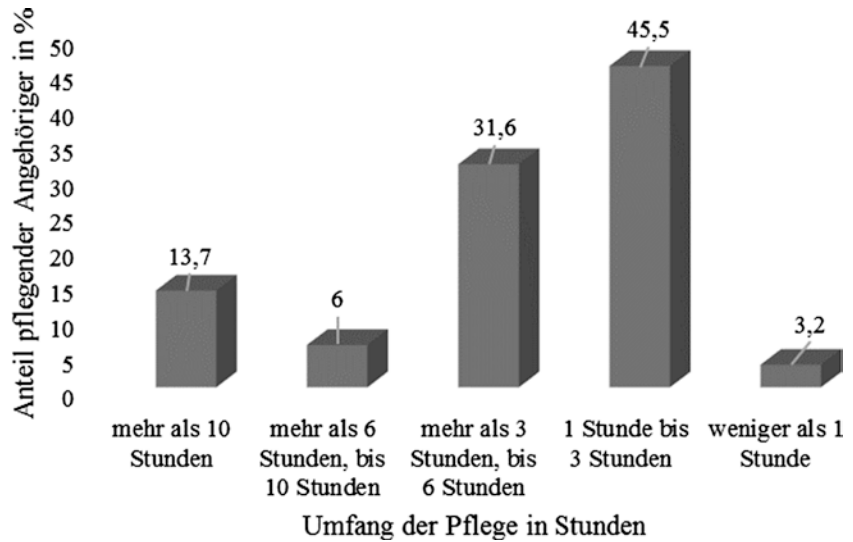


Abb. 5.3 Umfang der informellen Pflege in Stunden. (Quelle: modifiziert nach Schwinger et al. 2016b)

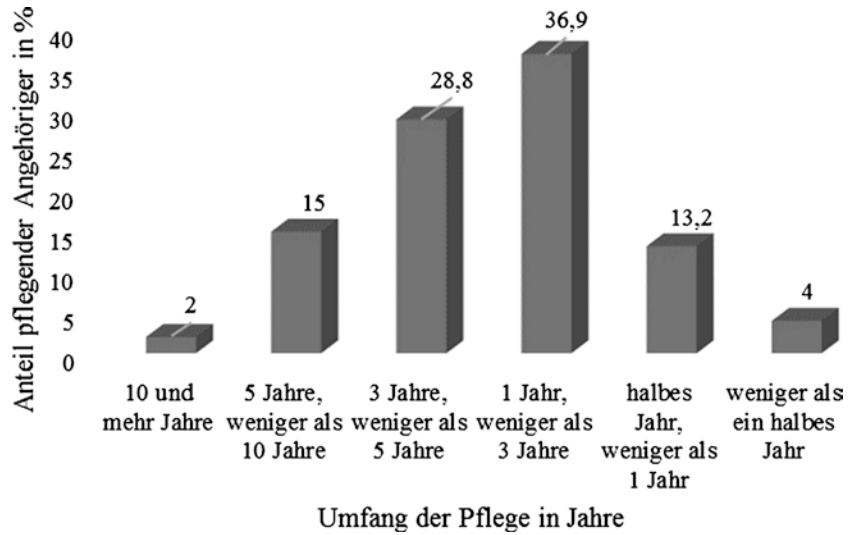


Abb. 5.4 Umfang der informellen Pflege in Jahren. (Quelle: modifiziert nach Schwinger et al. 2016b)

die Versorgungen eines Angehörigen – damit leisten sie mehr als in einem Vollzeitjob und dies, wie aus Abb. 5.3 ersichtlich wird, auch über längere Zeiträume. Belastungssituationen, die sozialer, emotionaler, psychischer und körperlicher Natur sein können, werden als umso stärker empfunden, je stärker die Pflegebedürftigkeit ausgeprägt ist,

und können Auswirkungen auf die Gesundheit und das Sterblichkeitsrisiko des Angehörigen haben sowie den Pflegestil und den Übergang in ein Pflegeheim beeinflussen (Gräbel und Behrndt 2016). Eine hohe Evidenz besteht für den Zusammenhang zwischen dem Übergang in eine vollstationäre Einrichtung bei der informellen Pflege eines demenziell Erkrankten mit Verhaltensauffälligkeit gegenüber eines Pflegebedürftigen mit physischen Beeinträchtigungen. Eine Vielzahl von Unterstützungsangeboten, wie Pflegedienste, Pflegekurse, Tages- und Nachtpflege, Pflegestützpunkte etc., die beispielsweise durch die Pflegeversicherung angeboten werden, können informell Pflegenden entlasten (siehe auch Tab. 5.1). Jedoch ist die Inanspruchnahme solcher Angebote als eher gering einzuschätzen. So wurde beispielsweise das unterstützende Angebot der Tages- oder Nachtpflege von nur 4 % der Pflegebedürftigen genutzt. Unklar ist dabei bislang, ob die Angebote nicht den Bedürfnissen entsprechen oder ob sie tatsächlich nur von einer Minderheit benötigt werden (Schwinger et al. 2016b).

Ambulante Pflege, als formelle Pflege, wird auch künftig, trotz politischer Bemühungen einer Ausweitung des ambulanten Pflegemarktes, nur einen Teil der Bedarfslage bedienen können. Die informelle Pflege durch das familiäre oder soziale Umfeld von Pflegebedürftigen bleibt daher eine unverzichtbare Ressource. Die Unterstützung und Förderung dieser Personengruppe muss, nicht zuletzt wegen des demografischen Wandels und der damit auch einhergehenden Alterung des Pflegepersonals, stärker in den Fokus der gesundheitspolitischen Überlegungen und Maßnahmen gerückt werden.

5.4 Alternative Wohnformen für Menschen mit Demenz am Beispiel ambulant betreuter Wohngemeinschaften

Wenn die Pflege in der eigenen Häuslichkeit aus verschiedensten Gründen nicht mehr gewünscht wird oder sichergestellt werden kann, muss eine Entscheidung für den Umzug in ein geeignetes Wohnumfeld erfolgen. Insbesondere fortschreitende demenzielle Erkrankungen sind dabei oft ein Grund für den Übergang in eine vollstationäre Langzeitversorgung (Luppa et al. 2010; Schäufele et al. 2008). In den letzten Jahren hat sich eine Vielfalt an Wohnmöglichkeiten bei Pflegebedürftigkeit entwickelt, die als Alternativen zur klassischen vollstationären Versorgung im Pflegeheim anzusehen sind. Wie in Abb. 5.5 erkennbar, leben etwa 7 % der älteren Menschen (>65 Jahre) in Wohnformen mit verschiedenen Unterstützungsangeboten. 4 % davon leben im Alten- und Pflegeheim und ca. 23 % in alternativen Wohnformen (Bundesministerium für Verkehr, Bau und Stadtentwicklung 2011). Als bislang etablierte alternative Wohnformen beschreibt Wolf-Ostermann (2016) das betreute Wohnen/Service-Wohnen, das integrierte Wohnen (z. B. Mehrgenerationenwohnen), Wohn- und Hausgemeinschaften sowie Wohnstifte. Insgesamt gesehen ist der Anteil an alternativen Wohn- und Versorgungsangeboten jedoch weiterhin klein.

Werden Ergebnisse zu bevorzugten Versorgungsformen bei Pflegebedürftigkeit (z. B. Kuhlmei et al. 2010) mit den Trends der anteiligen Inanspruchnahme der vollstationären Versorgung verglichen, die sich beispielsweise aus den Pflegestatistiken der letzten

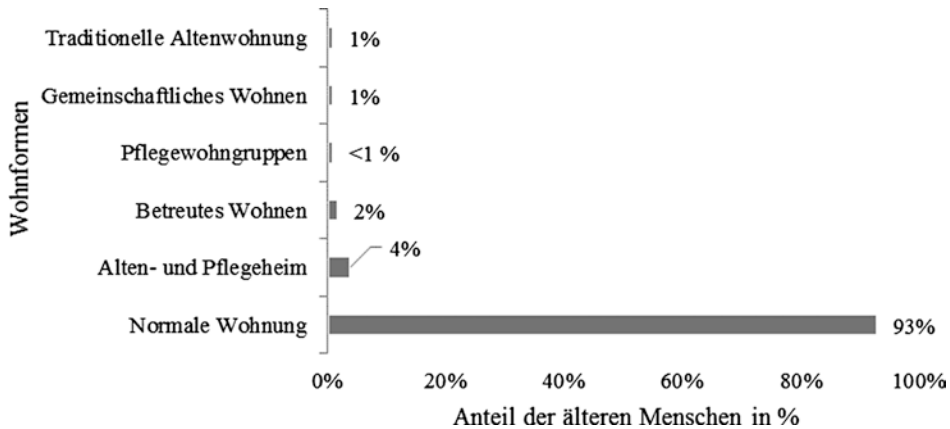


Abb. 5.5 Wohnformen für Menschen im Alter >65 Jahre. (Quelle: modifiziert nach Bundesministerium für Verkehr, Bau und Stadtentwicklung 2011)

Jahre ableiten lassen, kann damit gerechnet werden, dass es in den nächsten Jahren einen zahlenmäßigen Anstieg alternativer Wohnformen für ältere, pflegebedürftige Menschen geben wird. Tendenzen lassen sich bereits erkennen (Fischer et al. 2011; Wolf-Ostermann et al. 2012; Klie et al. 2017). Der Wunsch nach selbstbestimmtem Wohnen im Alter und der Gedanke der Deinstitutionalisierung treiben einen Anstieg von kleinräumigen Versorgungsstrukturen unter möglichst weitgehender Beibehaltung von Alltags- und Familienstrukturen voran. Diese Tendenz ist vor allem im Bereich der Versorgung von Menschen mit Demenz zu beobachten (Wolf-Ostermann et al. 2014).

Ein typisches Beispiel für ein Versorgungsangebot, welches institutionell zwischen der ambulanten Versorgung in der eigenen Häuslichkeit und der vollstationären Versorgung einzuordnen ist, sind ambulant betreute Wohngemeinschaften für Menschen mit Demenz. Vor einigen Jahren noch als „Nischenangebot“ erachtet, stellt die Wohnform mittlerweile ein Angebot der Regelversorgung dar (Wolf-Ostermann 2016). Zielgruppe des Konzeptes sind Personen, für die eine ambulante Versorgung durch eine koordinierte Inanspruchnahme von Diensten ermöglicht werden soll (Wolf-Ostermann 2016). Die in der Regel 24-Stunden-Präsenz von Betreuungskräften in einer möglichst „häuslichen“ Umgebung mit alltags- und familiennahen Strukturen bildet die Grundfeste des Konzeptes.

Pflege und Betreuung in ambulant betreuten Wohngemeinschaften werden durch die ordnungsrechtlichen Vorschriften auf Bundes- und Landesebene und durch leistungsrechtliche Vorschriften der Sozialgesetzbücher bestimmt sowie durch Rahmen- und Versorgungsverträge zwischen Kostenträgern und Pflegediensten und können sich regional je nach Bundesland deutlich unterscheiden. Es kann zwischen selbstbestimmten/angehörigeninitiierten und trägerverantworteten Wohngemeinschaften unterschieden werden. Aussagen, ob sich die Versorgungsergebnisse in der einen oder anderen Form unterscheiden, fehlen bislang Gräse et al. (2013). Zum Konzept von ambulant betreuten Wohngemeinschaften zählt wesentlich, dass sich Angehörige (bzw. gesetzliche Betreuer) sowie

auch Pflegende regelmäßig in einem Beirat treffen, um die Interessen der Pflegebedürftigen zu wahren. Generell wird den Angehörigen in ambulant betreuten Wohngemeinschaften konzeptionell eine hohe Einbindung zugeschrieben, auch wenn sich dies nicht überall in der gelebten Versorgungspraxis widerspiegelt Gräske et al. (2013).

Mit der Versorgung in ambulant betreuten Wohngemeinschaften für Menschen mit Demenz werden Erwartungen einer höheren Lebensqualität der Betroffenen, des Erhalts motorischer und kognitiver Ressourcen, der Vermeidung von Rückzug, Apathie und Depression verbunden. Auch die Vermeidung nicht-angemessener Psychopharmakagaben, die Vermeidung von Burn-out-Symptomen des Pflegepersonals sowie eine Verringerung der Überforderung von pflegenden Angehörigen werden als Vorteile von ambulant betreuten Wohngemeinschaften gesehen. Laut einer Untersuchung von Gräske et al. (2013) lässt der derzeitige Stand der Forschung jedoch nicht den Schluss zu, dass ambulant betreute Wohngemeinschaften generell bessere Versorgungsergebnisse erzielen. Gleichwohl hat sich in den letzten Jahren das Angebot quantitativ stark ausgeweitet. Im Jahr 2012 konnten Wolf-Ostermann et al. (2012) bundesweit mindestens 1420 ambulant betreute Wohngemeinschaften mit 10.590 Betreuungsplätzen ermitteln. Im folgenden Jahr schätzte das Kuratorium Deutsche Altershilfe den Bestand auf ca. 1600 ambulant betreute Wohngemeinschaften mit etwa 18.000 Plätzen (Kremer-Preiß 2014). Aktuelle Daten zur Anzahl von ambulant betreuten Wohngemeinschaften wurden 2017 veröffentlicht. Demnach wird die Gesamtzahl aller ambulant betreuter Wohngemeinschaften in Deutschland für das Jahr 2015 auf etwa 3100 geschätzt (Klie et al. 2017).

5.5 Schlussbetrachtung

Seit dem Jahr 2001 hat die Inanspruchnahme der vollstationären Pflege um 32,4 % (entspricht 192.000 Pflegebedürftigen) zugenommen, ambulante Pflegedienste hatten einen Zuwachs von 59,3 % (entspricht 258.000 Pflegebedürftigen) (Statistisches Bundesamt 2016). Die Zahl der Pflegebedürftigen wird in den kommenden Jahren weiter ansteigen, dieser Trend wird vor allem für ländliche Regionen prognostiziert. Gerade dort aber, in den dünn besiedelten Regionen, sind die Voraussetzungen für ambulante Pflegedienste und andere Gesundheitsdienstleister, gemessen an der Erreichbarkeit ihrer Kunden, ungünstiger als in urbanen Regionen. Hier bedarf es Überlegungen, wie langfristig eine bedarfsgerechte und qualitativ angemessene Versorgung gewährleistet werden kann. Auch die Versorgungslücke in der Pflege wächst. Etwa ab dem Jahr 2025 werden mit dem Ausscheiden der geburtenstarken Jahrgänge aus dem Erwerbsleben (BMI 2017) die Rahmenbedingungen für die Versorgung von Pflegebedürftigen generell prekärer. Eine stärkere interdisziplinäre Vernetzung aller Akteure des Gesundheitswesens ist daher unerlässlich, um Strukturen zu sichern und Lücken zu schließen. Zudem sollten zukünftig auch technische Innovationen im Bereich der Pflege und Konzepte für altersgerechte Assistenzsysteme, die ein gesundes und unabhängiges Leben im Alter unterstützen (Ambient Assisted Living), verstärkt einbezogen werden.

Gleichzeitig ist ein verstärkter Blick auf die Qualitätssicherung in alternativen Wohnangeboten (insbesondere für Menschen mit Demenz) wichtig, die das gesamte Versorgungssetting in den Blick nehmen und nicht nur auf pflegerische Outcomes fokussieren. Gesetzlich wurden im Rahmen der Weiterentwicklung der Pflegeversicherung mit dem Pflege-Weiterentwicklungsgesetz schon im Jahr 2008 insbesondere Themen der Qualitätssicherung und -steigerung, aber auch der Transparenz diesbezüglich in den Vordergrund gerückt. In diesem Zusammenhang wurden neben anlassbezogenen Prüfungen regelhafte Qualitätsprüfungen von ambulanten und stationären Pflegeeinrichtungen eingeführt. Für die ambulante Pflege gelten die „Maßstäbe und Grundsätze für die Qualität und Qualitätssicherung sowie für die Entwicklung eines einrichtungsinternen Qualitätsmanagements nach § 113 SGB XI in der ambulanten Pflege“ vom 27. Mai 2011. Diese sind für alle Pflegekassen, Verbände und zugelassenen Pflegedienste nach § 113 (1) Satz 3 SGB XI verbindlich und umfassen allgemeine Maßstäbe für eine (gute) Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität. Gleichzeitig wird hierin auch ein einrichtungsinternes Qualitätsmanagement vorgeschrieben, „das auf eine stetige Sicherung und Weiterentwicklung der Qualität ausgerichtet ist“. Für neue Wohnformen wie beispielsweise ambulant betreute Wohngemeinschaften existieren derzeit für trägerverantwortete Modelle verbindliche Qualitätskriterien auf Strukturebene (z. B. Beschwerde- u. Qualitätsmanagement und/oder personelle und bauliche Mindestanforderungen). Für selbstverantwortete Wohnformen gibt es hingegen über allgemeine Anforderungen an den pflegerischen Dienstleister als Leistungserbringer hinaus nur wenige Qualitätsvorgaben, die zudem bundesweit unterschiedlich und i. d. R. auch auf strukturelle Aspekte begrenzt sind. Hier bedarf es also vor dem Hintergrund, dass mit demenziell erkrankten und pflegebedürftigen Menschen eine hoch vulnerable Gruppe von Personen versorgt wird, verstärkter Anstrengungen für eine praktikable und ergebnisorientierte Qualitätssicherung. Eine sinnvolle Qualitäts(weiter)entwicklung bei neuen und innovativen Wohnformen muss dabei ein gemeinschaftliches Qualitätsverständnis auf Grundlage einer definierten Zielsetzung zur Versorgung von Bewohnern voraussetzen, das über rein pflegerische Qualitätskriterien (wie z. B. Dekubitusversorgung/-prophylaxe o. ä.) hinausgeht und validierte Qualitätskriterien oder -indikatoren entwickelt, die für den jeweiligen Versorgungsbereich und die dortigen Gegebenheiten maßgeschneidert sind, eine praktikable Anwendung und einen hohen Anwendungsbezug, aber ggf. auch Spielraum für dezentrale Anpassung abhängig vom jeweiligen Setting und Risikostrukturen bietet und alle jeweiligen Akteure in diesem Setting einbindet.

Zusammenfassend lässt sich daher feststellen, dass große Herausforderungen in der ambulanten Versorgung von Menschen mit Demenz auf zahlreichen, sehr unterschiedlichen Ebenen bestehen und Versorgte ebenso wie professionelle Anbieter und versorgende Angehörige in den Blick genommen werden, regionale Besonderheiten berücksichtigt und gleichzeitig auch beispielsweise technologische Weiterentwicklungen im Blick behalten werden müssen, um der komplexen Versorgungslage auch zukünftig gerecht zu werden.

Literatur

- Bickel H (2016) Das Wichtigste – Die Häufigkeit von Demenzerkrankungen. Alzheimer Gesellschaft e.V. Selbsthilfe Demenz. https://www.deutsche-alzheimer.de/fileadmin/alz/pdf/factsheets/infoblatt1_haeufigkeit_demenzerkrankungen_dalzg.pdf. Zugegriffen: 22. März 2017
- BMG (2016) 3. ergänzte Aufl.: Praxisseiten Pflege. Wir stärken die Pflege. Gemeinsam. Bundesministerium für Gesundheit (BMG, Hrsg). Berlin. http://www.pflegestaerkungsgesetz.de/fileadmin/user_upload/Unterseite_Informationsmaterial/Downloads/161102_BMG_Ordner_gesamt_Screen.pdf. Zugegriffen: 21. März 2017
- BMI (2017) Demografiepolitische Bilanz der Bundesregierung zum Ende der 18. Wahlperiode. Jedes Alter zählt – Für mehr Wohlstand und Lebensqualität aller Generationen. Bundesministerium des Innern (BMI, Hrsg). <http://dipbt.bundestag.de/doc/btd/18/111/1811145.pdf>. Zugegriffen: 23. März 2017
- Bundesministerium für Verkehr, Bau und Stadtentwicklung (2011) Wohnen im Alter. Marktprozesse und wohnungspolitischer Handlungsbedarf: Heft 147. Bundesministerium für Verkehr, Bau und Stadtentwicklung (Hrsg). http://www.bbsr.bund.de/BBSR/DE/Veroeffentlichungen/BMVBS/Forschungen/2011/Heft147_DL.pdf?__blob=publicationFile&v=2. Zugegriffen: 22. März 2017
- Büscher A (2014) Ambulante Pflege. In: Schaeffer D, Wingefeld K (Hrsg) Handbuch Pflegewissenschaft. Studienausgabe. Juventa, Weinheim, S 491–512
- DIMDI (2014) ICD-10-GM Version 2014 – Kapitel V Psychische und Verhaltensstörungen (F00–F99). Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI). <http://www.dimdi.de/static/de/klassi/icd-10-gm/kodesuche/onlinefassungen/htmlgm2014/block-f00-f09.htm#F00>. Zugegriffen: 27. März 2017
- Fischer T, Worch A, Nordheim J, Wulff I, Gräse J, Meyer S, Wolf-Ostermann K (2011) Ambulant betreute Wohngemeinschaften für alte, pflegebedürftige Menschen – Merkmale, Entwicklungen und Einflussfaktoren. Pflege 24(2):97–109
- Gräbel E, Behrndt EM (2016) Belastungen und Entlastungsangebote für pflegende Angehörige. In: Jacobs K, Kuhlmei A, Greß S, Klauber J, Schwinger A (Hrsg) Pflege-Report 2016. Schwerpunkt: Die Pflegenden im Fokus. Schattauer, Stuttgart, S 169–188
- Gräse J, Worch A, Meyer S, Wolf-Ostermann K (2013) Ambulant betreute Wohngemeinschaften für pflegebedürftige Menschen in Deutschland – Eine Literaturübersicht zu Strukturen, Versorgungsauscomes und Qualitätsmanagement. Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz 56(10):1410–1417
- Herholz K, Zanzonico P (2009) Alzheimer’s disease – A brief review. ABW Wissenschaftsverlag, Berlin
- Klie T, Heislbetz C, Schuhmacher B, Keilhauer A, Rischard P, Bruker C (2017) Ambulant betreute Wohngruppen. Bestandserhebung, qualitative Einordnung und Handlungsempfehlungen. Abschlussbericht. AGP Sozialforschung und Hans-Weinberger-Akademie (Hrsg)
- Kremer-Preiß U (2014) Wohnatlas – Rahmenbedingungen der Bundesländer bei Wohnen im Alter – Teil 1: Bestandsanalyse und Praxisbeispiele. Kuratorium Deutsche Altershilfe/Wüstenrot Stiftung (Hrsg), Köln
- Kuhlmei A, Blüher S (2014) Demografische Entwicklung in Deutschland – Konsequenzen für Pflegebedürftigkeit und pflegerische Versorgung. In: Schaeffer D, Wingefeld K (Hrsg) Handbuch Pflegewissenschaft. Studienausgabe. Juventa, Weinheim, S 185–198
- Kuhlmei A, Dräger D, Winzter M, Beikirch E (2010) COMPASS – Versichertenbefragung zu Erwartungen und Wünschen an eine qualitativ gute Pflege. In: Deutsches Znetrum für Altersfragen (Hrsg) Informationsdienst Altersfragen 37(4):4–11 Berlin. https://www.dza.de/fileadmin/dza/pdf/Heft_04_2010_gesamt_PW.pdf. Zugegriffen: 21. März 2017

- Luppa M, Luck T, Weyerer S, König HH, Brähler E, Riedel-Heller S (2010) Prediction of institutionalization in the elderly. A systematic review. *Age and Ageing* 39(1):31–38
- Neumeier S (2015) Lokale Verteilung Ambulanter Pflegedienste nach SGB XI in Deutschland auf Basis eines rasterbasier-ten GIS-Erreichbarkeitsmodells. Thünen Working Paper 47. Braunschweig. http://literatur.thuenen.de/digbib_extern/dn055660.pdf. Zugegriffen: 23. März 2017
- Rothgang H, Iwansky S, Müller R, Sauer S, Unger R (2010) BARMER GEK Pflegereport 2010. Schwerpunktthema: Demenz und Pflege. Asgard-Verlagsservice, St. Augustin
- Schäufele M, Lode S, Hendlaier I, Köhler L, Weyerer S (2008) Demenzkranke in der stationären Altenhilfe. Aktuelle Inanspruchnahme, Versorgungskonzepte und Trends am Beispiel Baden-Württembergs. Kohlhammer, Stuttgart
- Schulz E, Geyer J (2014) Pflegebedarfe und Pflegesettings – Ein Vergleich formeller und informeller Pflege in ausgewählten europäischen Ländern. Vierteljahrshefte zur Wirtschaftsforschung. DIW Berlin 83:137–157
- Schwinger A, Jürchott K, Tsiasioti C, Rehbein I (2016a) Pflegebedürftigkeit in Deutschland. In: Jacobs K, Kuhlmei A, Greß S, Klauber J, Schwinger A (Hrsg) Pflege-Report 2016. Schwerpunkt: Die Pflegenden im Fokus. Schattauer, Stuttgart, S 275–328
- Schwinger A, Tsiasioti C, Klauber J (2016b) Unterstützungsbedarf in der informellen Pflege – eine Befragung pflegender Angehöriger. In: Jacobs K, Kuhlmei A, Greß S, Klauber J, Schwinger A (Hrsg) Pflege-Report 2016. Schwerpunkt: Die Pflegenden im Fokus. Schattauer, Stuttgart, S 189–216
- SGB XI (2017): Soziale Pflegeversicherung. Bundesministeriums der Justiz und für Verbraucherschutz (Hrsg). https://www.gesetze-im-internet.de/bundesrecht/sgb_11/gesamt.pdf. Zugegriffen: 1. Apr. 2017
- Statistisches Bundesamt (2013) Pflegestatistik 2011, Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung-Deutschlandergebnisse. Wiesbaden. Statistisches Bundesamt (Hrsg). https://www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/Gesundheit/Pflege/PflegeDeutschlandergebnisse522400119004.pdf?__blob=publicationFile. Zugegriffen: 20. März 2017
- Statistisches Bundesamt (2015a) Bevölkerung Deutschlands bis 2060. 13. koordinierte Bevölkerungsvorausberechnung. Wiesbaden. Statistisches Bundesamt (Hrsg). https://www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/Bevoelkerung/VorausberechnungBevoelkerung/BevoelkerungDeutschland2060Presse5124204159004.pdf?__blob=publicationFile. Zugegriffen: 20. März 2017
- Statistisches Bundesamt (2015b) Pflegestatistik 2013, Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung-Deutschlandergebnisse. Wiesbaden. Statistisches Bundesamt (Hrsg). https://www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/Gesundheit/Pflege/PflegeDeutschlandergebnisse5224001139004.pdf?__blob=publicationFile. Zugegriffen: 20. März 2017
- Statistisches Bundesamt (2016) Bevölkerung und Erwerbstätigkeit. Bevölkerungsfortschreibung auf Grundlage des Zensus 2011. Wiesbaden. Statistisches Bundesamt (Hrsg). https://www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/Bevoelkerung/Bevoelkerungsstand/Bevoelkerungsfortschreibung2010130157004.pdf?__blob=publicationFile. Zugegriffen: 20. März 2017
- Statistisches Bundesamt (2017a) Bevölkerung mit Migrationshintergrund auf Rekordniveau. Pressemitteilung Nr. 327 vom 16.09.2016. Statistisches Bundesamt (Hrsg). https://www.destatis.de/DE/PresseService/Presse/Pressemitteilungen/2016/09/PD16_327_122.html. Zugegriffen: 27. März 2017
- Statistisches Bundesamt (2017b) Pflegestatistik 2015, Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung-Deutschlandergebnisse. Wiesbaden. Statistisches Bundesamt (Hrsg). https://www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/Gesundheit/Pflege/PflegeDeutschlandergebnisse5224001159004.pdf?__blob=publicationFile. Zugegriffen: 20. März 2017

- SVR (2009) Sondergutachten 2009. Versorgung im Alter. Sachverständigenrat (SVR, Hrsg). <http://www.svr-gesundheit.de/index.php?id=195>. Zugegriffen: 22. März 2017
- Weyerer S, Schäufele M (2006) Commentary: Medical care for nursing home residents: National perspectives in international context. In: Wahl H-W, Brenner H, Rothenbacher D (Hrsg) *The Many Faces of Health, Competence and Wellbeing in Old Age*. Springer, Dordrecht, S 189–196
- Wolf-Ostermann K. (2016) Demenz: Weiterentwicklung der Versorgungsangebote. *G&S Gesundheits- und Sozialpolitik* 70(1):32–39.
- Wolf-Ostermann K, Worch A, Gräske J (2012) *Ambulant betreute Wohngemeinschaften für Menschen mit Demenz – Entwicklung, Strukturen und Versorgungsergebnisse*. Berliner Beiträge zu Bildung, Gesundheit und Sozialer Arbeit, Bd 11. Schibri-Verlag, Uckerland
- Wolf-Ostermann K, Gräske J, Worch A, Meyer S (2014) Hintergrund. In: Wolf-Ostermann K, Gräske J (Hrsg) *Praxisleitfaden zur Qualitätsentwicklung*. Kohlhammer, Stuttgart, S 15–24
- World Health Organization (2012) *Dementia: a public health priority*. World Health Organization (WHO, Hrsg). http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/75263/1/9789241564458_eng.pdf. Zugegriffen: 22. März 2017

Annika Schmidt, M.Sc ist wissenschaftliche Mitarbeiterin im Institut für Public Health und Pflegeforschung an der Universität Bremen, Fachbereich 11, Human- und Gesundheitswissenschaften. Ihr Arbeitsschwerpunkt ist die pflegewissenschaftliche Versorgungsforschung. Im Fokus steht dabei vor allem die Forschung zu Fragen des Hilfe- und Pflegebedarfs von älteren Menschen. Vor ihrem Studium im Bereich Gesundheits-und Pflegemanagement (B.Sc.) sowie im Bereich Management und Qualitätsentwicklung im Gesundheitswesen (M.Sc.) an der Alice Salomon Hochschule Berlin arbeitete sie als Pflegefachkraft sowie als Rettungsassistentin.

Prof. Dr. rer. nat. Karin Wolf-Ostermann ist Professorin für Pflegewissenschaftliche Versorgungsforschung an der Universität Bremen und Leiterin der gleichnamigen Abteilung am dortigen Institut für Public Health und Pflegeforschung (IPP). Ihre wissenschaftliche Schwerpunktsetzung liegt besonders in den Bereichen der pflegewissenschaftlichen Versorgungsforschung für Menschen mit Pflege- und Unterstützungsbedarf und der Qualitätssicherung/-weiterentwicklung in der Pflege. Besondere Schwerpunkte liegen in der Forschung zu alternativen Wohnformen für Menschen mit Pflegebedarf und/oder Demenz sowie zu multiprofessionellen Versorgungssettings (wie. z. B. regionalen Netzwerken).

Strategien zur Verbesserung der regionalen hausärztlichen Versorgung – Das Konzept der lokalen Zukunftswerkstätten in Rheinland-Pfalz

Lisa Ulrich, Bernhard Faller, Linda Barthen, Michael Lobeck
und Antje Erler

Inhaltsverzeichnis

6.1	Einleitung	78
6.2	Inhalte und Struktur der lokalen Zukunftswerkstätten.	79
6.3	Handlungsfelder zur Sicherung der regionalen hausärztlichen Versorgung	82
6.3.1	Attraktive Arbeitsbedingungen schaffen	82
6.3.2	Delegation und Fallmanagement nutzen	83
6.3.3	Mobilität der Bevölkerung sichern	84
6.3.4	Nachwuchs fördern	84
6.4	Schlussbetrachtung	85
	Literatur.	85

L. Ulrich (✉) · L. Barthen · A. Erler
Institut für Allgemeinmedizin, Goethe-Universität Frankfurt, Frankfurt am Main, Deutschland
E-Mail: ulrich@allgemeinmedizin.uni-frankfurt.de

L. Barthen
E-Mail: barthen@allgemeinmedizin.uni-frankfurt.de

A. Erler
E-Mail: erler@allgemeinmedizin.uni-frankfurt.de

B. Faller · M. Lobeck
Quaestio-Forschung & Beratung, Bonn, Deutschland
E-Mail: faller@quaestio-fb.de

M. Lobeck
E-Mail: lobeck@quaestio-fb.de

Zusammenfassung

Von Herbst 2014 bis Ende 2017 förderte das Ministerium für Soziales, Arbeit, Gesundheit und Demografie Rheinland-Pfalz das Projekt der lokalen Zukunftswerkstätten zur Sicherung der hausärztlichen Versorgung. In insgesamt 21 rheinland-pfälzischen Regionen, vorwiegend eher ländlich geprägten Verbandsgemeinden, wurden im Zusammenspiel mit lokalen Akteuren des Gesundheitswesens und unter Beteiligung der Kassenärztlichen Vereinigung Rheinland-Pfalz geeignete Ideen und Maßnahmen zur Sicherung der ärztlichen Grundversorgung bis hin zu konkreten Umsetzungsschritten entwickelt. Dabei wurden die geförderten Regionen von der Firma Quaestio Forschung & Beratung aus Bonn und dem Institut für Allgemeinmedizin der Goethe-Universität Frankfurt beratend unterstützt.

6.1 Einleitung

Vor dem Hintergrund der derzeitigen Entwicklungen im deutschen Gesundheitswesen (Stichworte: demografischer Wandel, Unterversorgung im ländlichen Raum, Fragmentierung der Versorgung, siehe exemplarisch: Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen 2014) sehen es zunehmend mehr Kommunen als notwendig an, sich an der Planung und Sicherstellung der Gesundheitsversorgung in ihrer Region zu beteiligen (Geuter et al. 2016; BMVI 2015). In den meisten Fällen liegt ihr Fokus auf der Sicherung der hausärztlichen Versorgung (Stock et al. 2015), da Hausärztinnen und Hausärzte den Grundpfeiler einer funktionierenden Primärversorgung bilden (Starfield et al. 2005). Der Begriff Hausärztin/Hausarzt umfasst folgende ärztliche Fachgruppen: Praktische Ärzte/innen, Fachärzte/innen für Allgemeinmedizin, Fachärzte/innen für Innere Medizin (hausärztlich tätig), Fachärzte/innen für Innere und Allgemeinmedizin. Unter Primärversorgung wird der

Bereich medizinischer Grundversorgung [verstanden], in dem die primäre (auch durch ungefilterte Erstinanspruchnahme), umfassende und individuelle Versorgung aller Gesundheitsanliegen erfolgt. [...] [Sie] umfasst die niedrigschwellige Betreuung auch durch andere Gesundheitsberufe und auch innerhalb von Familien sowie kommunalen Strukturen (Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen 2009, S. 95).

Seit mehreren Jahren ist jedoch eine Abnahme der Anzahl an Hausärztinnen und Hausärzten zu beobachten, die besonders in ländlichen Regionen spürbar ist (Roos et al. 2015; Korzilius 2008). Die Gründe des hausärztlichen Nachwuchsmangels sind vielfältig: die Vorstellung von alternativen Arbeitsmodellen zur „klassischen“ Einzelpraxis (Kittel et al. 2016), der Wunsch nach einer guten Vereinbarkeit von Familie und Beruf (Barth et al. 2015) und ein von vielen Medizinstudierenden falsch wahrgenommenes Bild der Allgemeinmedizin, die eben nicht nur alte, multimorbide und psychiatrische Patienten behandelt (Steinhäuser et al. 2013). Genauso vielfältig wie die Gründe des

Nachwuchsmangels sollten auch dessen Lösungsansätze sein. Dabei können regionale Akteure der Kommunen und Landkreise eine entscheidende Rolle einnehmen und sich durch Konzepte, wie beispielsweise die nachfolgend vorgestellten Zukunftswerkstätten, über verschiedene Handlungsfelder aktiv an der Sicherung der hausärztlichen Versorgung in ihrer Region beteiligen (Langer et al. 2015).

6.2 Inhalte und Struktur der lokalen Zukunftswerkstätten

Die lokalen Zukunftswerkstätten zur Sicherung der ärztlichen Versorgung sind eines von mehreren Projekten, die im Rahmen des Zukunftsprogramms „Gesundheit und Pflege – 2020“ durch das rheinland-pfälzische Ministerium für Soziales, Arbeit, Gesundheit und Demografie (MSAGD) gefördert werden (MSAGD 2014). Ziel des Zukunftsprogramms ist die Sicherstellung einer flächendeckenden gesundheitlichen und pflegerischen Versorgung in Rheinland-Pfalz. Bisherige Aktivitäten werden im Rahmen des Zukunftsprogramms gebündelt und neue innovative Ansätze gefördert. Im Vordergrund stehen dabei drei Handlungsfelder: 1) Initiativen zur Fachkräftesicherung, 2) Initiativen zur Entwicklung sektorenübergreifender Versorgungsmodelle im ländlichen Raum und 3) Initiativen zur Entwicklung und zum Ausbau von telemedizinischen Strukturen. Die lokalen Zukunftswerkstätten gehören dem zweiten Handlungsfeld an. Ziel der lokalen Zukunftswerkstätten ist zum einen, Handlungsschritte für Lösungen vor Ort zu erarbeiten und deren Umsetzung mit konkreten Verantwortlichkeiten zu verabreden. Zum anderen soll durch die gemeinsame Erarbeitung eine Grundlage für die Kooperation der wichtigen Akteure über die Zukunftswerkstatt hinaus geschaffen werden. Idealerweise entstehen Kooperationserfahrungen und -strukturen, in denen tragfähige Lösungen auch für zukünftige Herausforderungen erarbeitet werden können. Mit der Koordination und Durchführung der lokalen Zukunftswerkstätten beauftragte das MSAGD das Beratungsunternehmen Quaestio aus Bonn zusammen mit dem Institut für Allgemeinmedizin der Goethe-Universität Frankfurt. Beide gemeinsam fungierten als externe Berater für das MSAGD und die geförderten Regionen.

Über einen Beteiligungsprozess mit Interessenbekundungsverfahren konnten sich Verbandsgemeinden im ländlichen Raum für eine Förderung zur Durchführung der Zukunftswerkstätten bewerben. Eine Jury, die sich aus Vertretern des MSAGD, des Hausärzteverbandes Rheinland-Pfalz, der Kassenärztlichen Vereinigung Rheinland-Pfalz, der kommunalen Spitzenverbände sowie Quaestio und dem Institut für Allgemeinmedizin zusammensetzte, entschied über die zu fördernden Regionen. Vorrangig wurden Verbandsgemeinden berücksichtigt, in denen sich beispielsweise aufgrund der Altersstruktur der dort praktizierenden Hausärztinnen und Hausärzte zukünftig ein Versorgungsengpass abzeichnet. Gegen Ende 2014 wurde eine erste Bewerbungsphase ausgeschrieben, in der zehn zu fördernde Regionen ausgewählt wurden (1. Welle). Aufgrund der starken Nachfrage startete Mitte 2015 eine zweite Bewerbungsphase, in der weitere elf Regionen für eine Förderung ausgewählt wurden (2. Welle). Abb. 6.1 zeigt die teilnehmenden Regionen aus beiden Bewerbungsphasen.

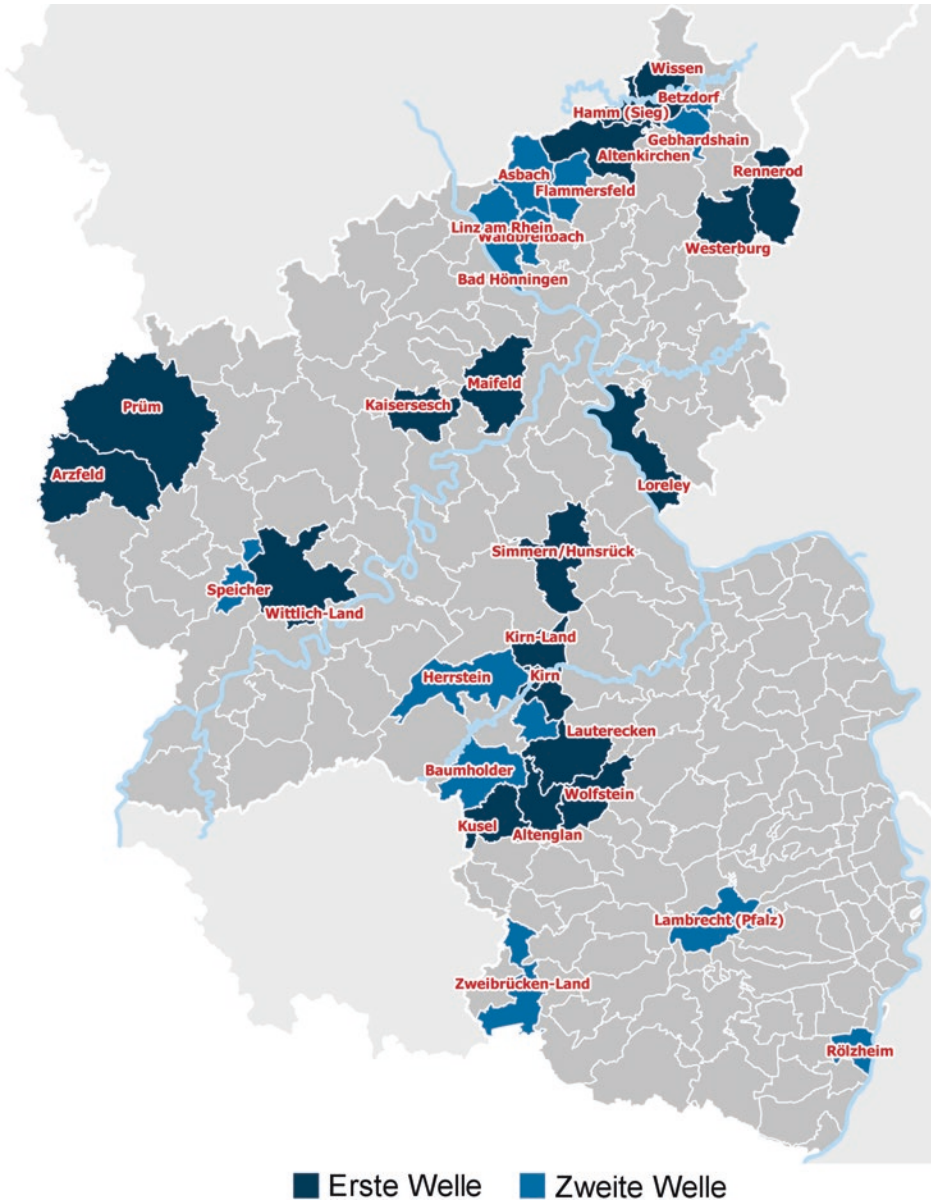


Abb. 6.1 Übersicht der teilnehmenden Verbandsgemeinden Dateiname: F_B06_Karte_1. und 2. Welle_präsi-1.png. (Quelle: eigene Darstellung)

Struktur der Zukunftswerkstätten

Die konkrete Ausgestaltung der Zukunftswerkstätten variierte zwischen den ausgewählten Regionen, auch wenn sie grundsätzlich auf der gleichen Struktur basierte. Je nach Ausgangslage und Diskussionsstand in einer Region wurde diese Struktur an die lokalen Gegebenheiten angepasst, um für die jeweilige Region eine optimale Bearbeitung zu gewährleisten. Die „Basisstruktur“ der Zukunftswerkstätten gliederte sich in vier Teile, die sich über einen Zeitraum von 12 bis 18 Monaten erstreckten.

Teil I: Erster lokaler Workshop

Zunächst fand in jeder ausgewählten Region ein Auftaktworkshop statt. Die Zusammensetzung des Teilnehmerkreises, dessen Einladung sowie die Organisation der Räumlichkeiten lagen in der Verantwortung der jeweiligen kommunalen Vertreter. Quaestio und das Institut für Allgemeinmedizin standen ihnen dabei beratend zur Seite und übernahmen die Moderation und inhaltliche Ausgestaltung. Dazu wurde den Teilnehmern eine allgemeine Einführung zu Ziel und Ablauf der Zukunftswerkstätten gegeben, die lokale Situation der hausärztlichen Versorgung dargestellt und ein Impulsvortrag zu innovativen Gesundheitsmodellen als inhaltlicher Input gehalten. Eine Übersicht zu deutschlandweiten innovativen Gesundheitsmodellen ist unter www.innovative-gesundheitsmodelle.de zu finden. Ziel des Workshops war es, die lokalen Akteure zusammenzubringen und themenspezifische Arbeitsgruppen zu gründen. Für jede Arbeitsgruppe wurden die Teilnehmer und gleichzeitig eine verantwortliche Person aus dem Teilnehmerkreis bestimmt, die als „Kümmerer“ für die Organisation der weiteren Treffen zuständig war. Die Themen und die Zusammensetzung der Arbeitsgruppen wurden von den jeweiligen Akteuren selbst gewählt. Die Ergebnisse des Workshops wurden durch die Moderatoren in einem Protokoll schriftlich festgehalten, das den Regionen zeitnah übermittelt wurde.

Teil II: Arbeit in lokalen Arbeitsgruppen

Im Anschluss an den ersten lokalen Workshop organisierten sich die Akteure vor Ort eigenverantwortlich in den Arbeitsgruppen, die während des ersten Workshops gegründet wurden. Innerhalb von ca. 12 Monaten sollten diese Arbeitsgruppen an den von ihnen ausgewählten Themen zur Sicherstellung der hausärztlichen Versorgung in ihrer Region weiterarbeiten und sich konkrete Schritte und Maßnahmen überlegen, ggf. auch bereits in Angriff nehmen. Quaestio und das Institut für Allgemeinmedizin standen ihnen dabei beratend zur Seite. Eine Begleitung der Arbeitsgruppen vor Ort war aufgrund des begrenzten Finanzrahmens im Projekt nicht vorgesehen.

Teil III: Zentrale Informations- und Vernetzungsveranstaltung

In einer zentralen Informations- und Vernetzungsveranstaltung wurden die Kommunalvertreter aller teilnehmenden Regionen (1. und 2. Welle) über Möglichkeiten und bereits umgesetzte Lösungsansätze zur Sicherung der Gesundheitsversorgung informiert. Dazu wurden Vertreter innovativer Versorgungsmodelle aus ganz Deutschland als Experten eingeladen, die ihr jeweiliges Modell an einem Thementisch vorstellten. Auf diese Weise

konnten die Teilnehmer von Tisch zu Tisch gehen und ihre Fragen direkt an die Praktiker stellen, die ein innovatives Gesundheitsmodell bereits im bestehenden Gesundheitssystem erfolgreich umgesetzt haben.

Teil IV: Zweiter lokaler Workshop

Aufbauend auf dem ersten lokalen Workshop und der Informationsveranstaltung, bildete ein zweiter lokaler Workshop vor Ort in den Regionen den Abschluss der Zukunftswerkstätten. Die Organisation oblag auch hier wieder den kommunalen Vertretern; Moderation und inhaltliche Vorbereitung übernahmen Quaestio und das Institut für Allgemeinmedizin. Bei diesem zweiten Workshop sollten die Maßnahmen, die zwischen dem ersten und diesem zweiten Workshop erarbeitet und ggf. bereits durchgeführt wurden, vorgetragen und gebündelt werden. Die begonnenen Prozesse wurden reflektiert und das weitere Vorgehen festgelegt. Es wurden konkrete Verabredungen für die nächsten Handlungsschritte getroffen, für die sowohl Verantwortliche als auch Ressourcen benannt wurden. Je nach inhaltlichen Schwerpunkten wurden einzelne Maßnahmen, Abstimmungsstrukturen und/oder Kooperationen verabredet und vereinbart. Abschließend wurden die Projektergebnisse in Form eines Abschlussberichts den Regionen für ihre Weiterarbeit zur Verfügung gestellt.

6.3 Handlungsfelder zur Sicherung der regionalen hausärztlichen Versorgung

Obwohl der Sicherstellungsauftrag der ambulanten ärztlichen und psychotherapeutischen Versorgung weiterhin bei den Kassenärztlichen Vereinigungen liegt, möchten sich zunehmend mehr Kommunen und Landkreise im Rahmen ihrer Daseinsvorsorge an der Sicherung der hausärztlichen Versorgung beteiligen (Barthen und Gerlinger 2015; Scheidt et al. 2015). Lösungsansätze können dabei nicht am „grünen Tisch“ der Gesundheitspolitik entwickelt werden, sondern erfordern regional adaptierte Modelle und Strukturen, die zum Zwecke ihrer Nachhaltigkeit mit den Akteuren vor Ort entwickelt und umgesetzt werden sollten (Erler und Gerlach 2011). Die nachfolgend beschriebenen vier Handlungsfelder erscheinen besonders dazu geeignet, Kommunen und andere Gebietskörperschaften aktiv an der Sicherung der hausärztlichen Versorgung zu beteiligen. Diese Handlungsfelder wurden zusammen mit entsprechenden Praxisbeispielen im Rahmen der jeweiligen ersten lokalen Workshops der Zukunftswerkstätten in den Regionen vorgestellt.

6.3.1 Attraktive Arbeitsbedingungen schaffen

Flexible Arbeitsstrukturen in Teilzeit oder in einem Angestelltenverhältnis, eine gute Vereinbarkeit von Familie und Beruf, weniger administrative Aufgaben zugunsten von mehr Zeit für Patienten sowie die Arbeit im Team sind wesentliche Anforderungen,

die sich der ärztliche Nachwuchs wünscht (Heinz und Jacob 2012). Modelle, die solche Arbeitsbedingungen aufgrund ihrer Strukturen im Vergleich zu einer Einzelpraxis leichter erfüllen können, sind sogenannte lokale Gesundheitszentren, wie sie der Sachverständigenrat Gesundheit in seinem Gutachten von 2014 vorschlägt (Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen 2014) und wie sie bereits in Kanada, den USA sowie Skandinavien etabliert sind (Schaeffer et al. 2015). Auch in Deutschland haben sich in den letzten Jahren vermehrt Gesundheitszentren gegründet, z. T. initiiert durch ältere Hausärztinnen und Hausärzte, die seit längerer Zeit vergeblich auf Nachfolgersuche waren. Oftmals wurden sie bei der Gründung durch ihre Kommune unterstützt, beispielsweise bei der Suche nach einem geeigneten Grundstück für einen Neubau oder bei der Suche nach einem Investor. Seit Inkrafttreten des GKV-Versorgungsstärkungsgesetzes (GKV-VSG) 2015 können nach § 95 Abs. 1a SGB V auch Kommunen regelhaft Träger eines medizinischen Versorgungszentrums sein. Dass eine Tätigkeit in einem solchen Gesundheitszentrum sowohl für die älteren als auch für Nachwuchsärzte attraktiver ist als in einer „klassischen“ Landarztpraxis, zeigen u. a. Beispiele aus dem südhessischen Schaafheim (Ulrich et al. 2012) oder dem rheinland-pfälzischen Büchenbeuren. Auch in den Zukunftswerkstätten haben sich verschiedene Ansätze herausgebildet oder wurden sogar bereits umgesetzt, wie in der Gemeinde Miehlen das MVZ Mühlbachtal, in dem sich mehrere Ärzte mit einem Krankenhaus in der Region zusammengeschlossen haben.

6.3.2 Delegation und Fallmanagement nutzen

International existieren zahlreiche Beispiele, die zeigen, wie gerade in ländlichen Regionen durch die Delegation ärztlicher Aufgaben an qualifiziertes nichtärztliches Personal zur Sicherung der hausärztlichen Versorgung beigetragen werden kann (Chapman und Blash 2016). Die derzeitigen Entwicklungen führen auch in Deutschland in Richtung Delegation und interprofessionelle Teamarbeit. Die internationalen Ansätze lassen sich jedoch nicht 1:1 auf unser Gesundheitssystem übertragen (Dreier et al. 2012). Gerade im hausärztlichen Versorgungsbereich sind in den letzten Jahren die Aus- und Fortbildungsmöglichkeiten für medizinische Fachangestellte gestiegen, einhergehend mit einer Anpassung der gesetzlichen Rahmenbedingungen und Vergütungsmöglichkeiten für Delegationsleistungen (Mergenthal et al. 2016). Auch Kommunen können sich an Delegationsmodellen auf unterschiedliche Weise beteiligen und diese unterstützen, wie die Beispiele einer gemeindenahen Versorgung von Menschen mit Psychosen in Westfalen (Sakellaridou et al. 2016), der Aufbau eines regionalen Versorgungskonzeptes Geriatrie im Kreis Lippe (Şahin et al. 2016) oder der Einsatz sogenannter Gemeindeschwestern in Hessen (Hänel et al. 2014) beispielhaft zeigen. Wo dies möglich und sinnvoll ist, können Delegationskonzepte durch telemedizinische Anwendungen unterstützt werden (van den Berg et al. 2015).

6.3.3 Mobilität der Bevölkerung sichern

Gerade in ländlichen Regionen kann die infrastrukturelle Versorgung durch den öffentlichen Personennahverkehr (ÖPNV) eingeschränkt sein (Kersten et al. 2012). Immobiler Bevölkerungsgruppen, insbesondere ältere und chronisch erkrankte Personen, sind verstärkt davon betroffen. Mobilitätskonzepte können in diesen Fällen die Sicherstellung einer wohnortnahen Versorgung unterstützen. Mobilität funktioniert dabei in zwei Richtungen: einmal als aufsuchende Versorgungseinrichtung, die beispielsweise als „rollende Arztpraxis“ Halt in mehreren Kommunen macht. Genauso aber auch als Mobilitätsunterstützung für die Bevölkerung, um Versorgungseinrichtungen aufsuchen zu können, beispielsweise in Form eines Bürgerbusses. Für beide Formen gibt es in Deutschland bereits eine Vielzahl innovativer und funktionierender Ansätze (Hämel et al. 2015), die maßgeblich durch die Unterstützung der Kommune funktionieren.

6.3.4 Nachwuchs fördern

Bereits während des Medizinstudiums können Studierende für das Fach Allgemeinmedizin und für eine Tätigkeit in einer ländlichen Region über attraktive Ausbildungsangebote und Hospitationsprogramme in Landarztpraxen angesprochen werden (Schäfer et al. 2015; Barthen et al. 2016). Landkreise und Kommunen können in diesem Zusammenhang aktiv werden, in dem sie beispielsweise eine kostenfreie Unterkunft für die Hospitationszeit vor Ort organisieren. Auch eine finanzielle Unterstützung einzelner Studienabschnitte, für deren Gegenleistung eine spätere Niederlassung im ländlichen Raum gefordert wird, ist möglich.

Möchte man sich nach Abschluss des Medizinstudiums als Hausärztin/Hausarzt niederlassen, muss eine i. d. R. fünfjährige Weiterbildung zur Fachärztin/zum Facharzt für Allgemeinmedizin absolviert werden. Während der Weiterbildungszeit sind curricular festgeschriebene Abschnitte sowohl im ambulanten, als auch im stationären Bereich zu absolvieren. Um diese Abschnitte möglichst nahtlos zu koordinieren, ist die Gründung sogenannter Weiterbildungsverbünde zwischen Kliniken und niedergelassenen Praxen in der Region sehr hilfreich. An den Instituten für Allgemeinmedizin universitär angegliederte Kompetenzzentren für die Weiterbildung Allgemeinmedizin, die durch ein begleitendes Seminar- und Mentoringprogramm Ärztinnen und Ärzte in Weiterbildung unterstützen (Broermann et al. 2015) und die in Zukunft in jedem Bundesland eingerichtet werden sollen, nehmen eine Schlüsselrolle ein: Sie arbeiten eng mit den Koordinierungsstellen Weiterbildung Allgemeinmedizin der jeweiligen Kassenärztlichen Vereinigungen und den jeweiligen Ärztekammern sowie den Landesvertretungen der Deutschen Krankenhausgesellschaft zusammen. Hier können Kommunen und Landkreise für ihre Region werben und beispielsweise auch über eine finanzielle Unterstützung der Ärztinnen/Ärzte in Weiterbildung diese an ihre Region binden.

6.4 Schlussbetrachtung

Zunehmend mehr Kommunen und Landkreise beteiligen sich im Rahmen der Daseinsvorsorge an der Sicherung der hausärztlichen Versorgung. Insbesondere vier Handlungsfelder erscheinen dafür besonders geeignet. Das Konzept der lokalen Zukunftswerkstätten in Rheinland-Pfalz zeigt, wie unterschiedliche Akteure des Gesundheitswesens zusammengebracht werden können, um gemeinsam auf die Region abgestimmte Handlungsstrategien zu entwickeln und Verantwortlichkeiten für deren Umsetzung zu benennen. Hilfreich bei diesem Prozess ist eine organisatorische und inhaltliche Unterstützung durch eine externe Beratung, für deren Leistungen ausreichende finanzielle Ressourcen vorhanden sein müssen.

Danksagung Die Autoren danken allen Akteuren aus den geförderten Regionen für ihre engagierte Teilnahme an den lokalen Zukunftswerkstätten.

Förderung Das Projekt wurde durch das Ministerium für Soziales, Arbeit, Gesundheit und Demografie Rheinland-Pfalz finanziell gefördert. Quaestio und das Institut für Allgemeinmedizin erhielten für ihre Arbeit eine finanzielle Aufwandsentschädigung durch das Ministerium.

Literatur

- Barth N, Linde K, Schneider A (2015) Niederlassungsmotive – Die Bereitschaft zur Niederlassung in eigener Praxis von Ärztinnen und Ärzten in Weiterbildung zum Facharzt für Allgemeinmedizin. *Das Gesundheitswesen*. <https://doi.org/10.1055/s-0035-1547299>
- Barthen L, Gerlinger T (2015) Die hausärztliche Versorgungssituation in Sachsen-Anhalt. Wahrnehmung, Beschreibung und Bewertung lokaler Versorgungsprobleme durch die Bürgermeister. *Das Gesundheitswesen* 78(10):645–650, <https://doi.org/10.1055/s-0035-1549995>
- Barthen L, Beig I, Sennekamp M, Gerlach FM, Erler A, Ravens-Taeuber G (2016) Raus aufs Land während des Medizinstudiums: Eine Übersicht zu bestehenden und geplanten allgemeinmedizinischen Förderangeboten. *Z Allg Med* 92(11):445–448
- Berg van den N, Schmidt S, Stentzel U, Mühlhan H and Hoffmann W (2015) Telemedizinische Versorgungskonzepte in der regionalen Versorgung ländlicher Gebiete. *Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz* 58(4–5): 367–373
- BMVI (2015) Anpassungsstrategien zur regionalen Daseinsvorsorge. Empfehlungen der Facharbeitskreise Mobilität, Hausärzte, Altern und Bildung. Bundesministerium für Verkehr und digitale Infrastruktur (BMVI), Berlin
- Broermann M, Wunder A, Sommer S, Baum E, Gerlach FM, Sennekamp M (2015) Hessenweites Weiterbildungskolleg für Ärztinnen und Ärzte in Weiterbildung Allgemeinmedizin. *Z Allg Med* 91(1):18–22
- Chapman SA, Blash LK (2016) New roles for medical assistants in innovative primary care practices. *Health Serv Res*. <https://doi.org/10.1111/1475-6773.12602>
- Dreier A, Rogalski H, Oppermann RF, Hoffmann W (2012) Delegation and substitution of specific medical tasks as a future model of health care supply. *Z. Evid. Qual. Gesundh.wesen (ZEFQ)* 106(9):656–662
- Erler A, Gerlach FM (2011) Die Zukunft der hausärztlichen Versorgung in Deutschland – gute Ideen regional umsetzen. *Z. Evid. Qual. Gesundh.wesen (ZEFQ)* 105(8):551–553

- Geuter G, Ewert T, Deiters T, Holleder A (2016) Optimierung der kommunalen Gesundheitsversorgung: Erste Erfahrungen des Kommunalbüros für ärztliche Versorgung des Landes Bayern. Das Gesundheitswesen. <https://doi.org/10.1055/s-0042-102343>
- Hämel K, Kutzner J, Vorderwülbecke J (2015) Mobile Versorgungseinrichtungen zur Stärkung der Versorgungssicherheit im ländlichen Raum? Eine Analyse von Konzepten und Implementationsanforderungen. Das Gesundheitswesen. <https://doi.org/10.1055/s-0041-110677>
- Hänel J, Haasenritter J, Kuhn D, Baum E (2014) Evaluation eines Gemeindeschwesterprojekts in einer kleinen, ländlichen Gemeinde. Z Allg Med 90(1):13–19
- Heinz A, Jacob R (2012) Medizinstudenten und ihre Berufsperspektiven. In welcher Facharzttrichtung, wo und wie wollen sie arbeiten? Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz 55(2):245–253
- Kersten J, Neu C, Vogel B (2012) Demographische De-Infrastrukturalisierung. Zeitschrift für Agrargeschichte und Agrarsoziologie 60(1):39–55
- Kittel B, Kaczynski A, Bethge S, Mühlbacher A (2016) Was braucht der neue Landarzt?: – Ein Analytic Hierarchy Process (AHP). Gesundh ökon Qual manag 21(3):137–144
- Korzilius H (2008) Die große Landflucht: Hausärztemangel in Deutschland. Dtsch Arztebl 105(8):A373–A374
- Langer A, Ewert T, Holleder A, Geuter G (2015) Literaturüberblick über niederlassungsfördernde und -hemmende Faktoren bei Ärzten in Deutschland und daraus abgeleitete Handlungsoptionen für Kommunen. Gesundh ökon Qual manag 20(1):11–18
- Mergenthal K, Leifermann M, Beyer M, Gerlach FM, Guethlin C (2016) Delegation of GP Work to Qualified Medical Staff in Germany – An Overview. Das Gesundheitswesen 78(8–9):e62–68
- MSAGD (2014) Zukunftsprogramm „Gesundheit & Pflege 2020“, Ministerium für Soziales, Arbeit, Gesundheit und Demografie Rheinland-Pfalz. <https://msagd.rlp.de/de/unsere-themen/gesundheits-und-pflege/zukunftsprogramm-gesundheit-und-pflege-2020/>. Zugegriffen: 20. Febr. 2017
- Roos M, Hartleb L, Langbein SH (2015) Der Hausarztmangel auf dem Land ist angekommen: Ergebnisse eines Schulprojekts in Neustadt. Z Allg Med 91(3):131–136
- Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2009) Koordination und Integration – Gesundheitsversorgung in einer Gesellschaft des längeren Lebens, Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (Hrsg.). Nomos, Baden-Baden
- Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2014) Bedarfsgerechte Versorgung – Perspektiven für ländliche Regionen und ausgewählte Leistungsbereiche, Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (Hrsg.). Huber, Bern
- Şahin C, Iseringhausen O, Hower K, Liebe C, Rethmeier-Hanke A, Wedmann B (2016) Regionales Versorgungskonzept Geriatrie im Kreis Lippe. Z Gerontol Geriat. <https://doi.org/10.1007/s00391-016-1125-y>
- Sakellariadou E, Chrysanthou C, Nienaber A (2016) “Treatment at Home” in Lengerich (Westfalia) – A Model of Community-Based Mental Health Care. Das Gesundheitswesen. <https://doi.org/10.1055/s-0042-113604>
- Schaeffer D, Hämel K, Ewers M (2015) Versorgungsmodelle für ländliche und strukturschwache Regionen: Anregungen aus Finnland und Kanada. Beltz Juventa, Weinheim
- Schäfer H-M, Mangold B, Paulitsch M, Gerlach FM (2015) Landpartie Fulda – ein Projekt zur Förderung des hausärztlichen Nachwuchses im ländlichen Raum. Z Allg Med 91(6):260–263
- Scheidt LRS, Joos S, Szecsenyi J, Steinhäuser J (2015) Überversorgt? Unterversorgt? – die Sicht von Bürgermeistern in Baden-Württemberg: Ein Beitrag zur Diskussion um die wohnortnahe medizinische Versorgung. Das Gesundheitswesen 77(12): e179–183
- Starfield B, Shi L, Macinko J (2005) Contribution of primary care to health systems and health. The Milbank quarterly 83(3):457–502

- Steinhäuser J, Miksch A, Hermann K, Joos S, Loh A, Götz K (2013) Wie sehen Medizinstudierende die Allgemeinmedizin? Ergebnisse einer onlinebasierten Querschnittstudie in Baden-Württemberg. *Dtsch Med Wochenschr* 138(42):2137–2142
- Stock C, Szecsenyi J, Riedinger-Riebl U, Steinhäuser J (2015) Projektion des Bedarfs an hausärztlicher Versorgung auf Gemeindeebene. *Das Gesundheitswesen* 77(12):939–946
- Ulrich L-R, Beyer M, Gerlach FM, Erler A (2012) Evaluation des SCHAAZ-Zusammenschlusses: Eine qualitative Analyse aus organisationstheoretischer Perspektive. *Z Allg Med* 88(12):490–496

Dr. rer. med. Lisa Ulrich, MPH, studierte Soziologie und Kulturanthropologie (B.A.) an der Goethe-Universität Frankfurt sowie Public Health (MPH) an der Ludwig-Maximilian-Universität in München. Seit 2011 arbeitet sie als wissenschaftliche Mitarbeiterin mit Schwerpunkt Gesundheitssystemforschung am Institut für Allgemeinmedizin der Goethe-Universität Frankfurt. Sie ist stellvertretende Leiterin des dortigen Arbeitsbereichs „Innovative Versorgungsformen und Gesundheitssystemforschung“.

Bernhard Faller, hat im November 2008 Quaestio Forschung und Beratung gegründet. Zwischen 1997 und 2000 war er als Projektleiter bei der Stadt Leverkusen für Stadtentwicklungsfragen verantwortlich. Vor 1997 und ab 2000 war er auf unterschiedlichen Verantwortungsstufen bei empirica beschäftigt, zum Schluss als Büroleiter und Geschäftsführer der empirica GmbH (Bonn) und Vorstand der empirica AG (Berlin).

Linda Barthen, M.Sc. PH, hat Gesundheitsförderung und -management (B.A.) an der FH Magdeburg-Stendal sowie Public Health (M.Sc.) an der Universität Bielefeld studiert. Seit 2014 arbeitet sie als wissenschaftliche Mitarbeiterin am Institut für Allgemeinmedizin der Goethe-Universität Frankfurt. In ihren Projekten befasst sie sich neben der Sicherstellung der hausärztlichen Versorgung in ländlichen Regionen mit der konzeptionellen Entwicklung, Umsetzung und Evaluation von allgemeinmedizinischen Schwerpunktprogrammen im Medizinstudium.

Michael Lobeck, studierte Geographie (Diplom) an der Universität Bonn. Nach Tätigkeiten als Projektleiter und Berater für Tochtergesellschaften der LEG Nordrhein-Westfalen in den Bereichen Kommunalberatung und Stadtentwicklung ist er seit 2004 am Geographischen Institut der Universität Bonn in der Arbeitsgruppe Stadt- und Regionalforschung tätig. Seit 2012 unterstützt er das Büro Quaestio Forschung & Beratung besonders in der Moderation von Stadt- und Regionalentwicklungsprozessen.

Dr. med. Antje Erler MPH, hat Humanmedizin an der Universität Göttingen und Public Health an der TU Berlin studiert. Sie ist Fachärztin für Allgemeinmedizin (1997) und hält einen Master in Public Health (2003). Nach Stationen im Kosten- und Gesundheitsmanagement bei verschiedenen Betriebskrankenkassen war sie zunächst Mitarbeiterin am Institut für Gesundheitssystemforschung der Charité Berlin und ist seit 2006 wissenschaftliche Mitarbeiterin am Institut für Allgemeinmedizin der Goethe-Universität Frankfurt. Seit 2015 leitet sie dort den Arbeitsbereich „Innovative Versorgungsformen und Gesundheitssystemforschung“.

Umsetzung von Delegationskonzepten – So klappt es in der Hausarztpraxis

7

Karola Mergenthal und Corina Güthlin

Inhaltsverzeichnis

7.1	Delegation im hausärztlichen Setting	90
7.1.1	Was ist Delegation?	90
7.1.2	Rechtliche Rahmenbedingungen	92
7.1.3	Welche Delegationskonzepte für Hausarztpraxen existieren in Deutschland?	92
7.1.4	Möglichkeiten der Finanzierung	94
7.2	Bedingungen für eine erfolgreiche Delegation in der Hausarztpraxis	95
7.2.1	Personenabhängige Einflussfaktoren	96
7.2.2	Organisationsbezogene Einflussfaktoren	96
7.2.3	Patientenseitige Einflussfaktoren	97
7.2.4	Einflussfaktoren vonseiten des Gesetzgebers	97
7.3	Schlussbetrachtung	97
	Literatur	98

Zusammenfassung

Seit fast 10 Jahren wird die Delegation von primär hausärztlichen Aufgaben an nicht-ärztliche Praxismitarbeiter diskutiert und gefördert und der Einsatz von speziell für die Delegation innerhalb einer Hausarztpraxis qualifizierten Medizinischen Fachangestellten finanziell honoriert. Von den verschiedenen Qualifikationsmodellen sind

K. Mergenthal (✉) · C. Güthlin
Institut für Allgemeinmedizin, Goethe-Universität Frankfurt am Main, Frankfurt am Main,
Deutschland
E-Mail: mergenthal@allgemeinmedizin.uni-frankfurt.de

C. Güthlin
E-Mail: guethlin@allgemeinmedizin.uni-frankfurt.de

derzeit die Konzepte der VERAH (Versorgungsassistentin in der Hausarztpraxis) und NäPa (Nichtärztliche Praxisassistentin) aufgrund der Finanzierung in Selektivverträgen und in der Regelversorgung am bedeutsamsten. Der vorliegende Beitrag gibt einen Überblick über die Konzepte selbst und erläutert wichtige Rahmenbedingungen. Abgeleitet aus dem Projekt zur „Evaluation der Hausarztzentrierten Versorgung in Baden-Württemberg“ beschreiben die Autorinnen am Schluss, unter welchen Bedingungen die Übertragung ärztlicher Leistungen an nichtärztliches Praxispersonal in der Hausarztpraxis gelingen kann.

7.1 Delegation im hausärztlichen Setting

Die Delegation ärztlicher Leistungen an nichtärztliche Berufsgruppen wurde und wird vor allem im Zusammenhang mit dem absehbaren Hausärztemangel bei gleichzeitig wachsendem Bedarf an (haus-)ärztlichen und pflegerischen Leistungen zunehmend diskutiert (SVR 2014). Seit Jahren wird daher die Beachtung entsprechender (nicht-ärztlicher) Ressourcen (SVR 2007, 2009, 2014) und somit die Weiterqualifikation von nichtärztlichen Praxismitarbeitern¹ gefordert.

Mittlerweile existieren in Deutschland für den hausärztlichen Bereich einige Delegationsmodelle (Mergenthal et al. 2015). Alle Modelle zeichnen sich dadurch aus, dass speziell qualifizierte Medizinische Fachangestellte² (MFA) – hausärztlich angeordnet – spezifische Leistungen erbringen. Eine weitere Gemeinsamkeit besteht im Zuschnitt auf die Versorgung von chronisch Kranken. Da gerade die Versorgung dieser Patientengruppe in der hausärztlichen Praxis häufig und aufwendig ist, sollen die Hausärzte durch die Übergabe bestimmter Tätigkeiten an das nichtärztliche medizinische Personal entlastet werden.

7.1.1 Was ist Delegation?

Delegation beschreibt allgemein die Übertragung von Aufgaben von einer höheren Unternehmensinstanz an eine unterstellte Unternehmensinstanz und damit von Verantwortung auf hierarchisch nachgeordnete Instanzen. Mit dieser Definition sind automatisch Eigenschaften und Strukturmerkmale der übertragenden Instanz sowie der Instanz,

¹Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wurde bei der Angabe von Personen jeweils eine neutrale Bezeichnung gewählt. War dies nicht möglich, wurde allgemein die männliche, für die Berufsgruppe der MFA, die überwiegend aus Frauen besteht, die weibliche Form gewählt. Es sind immer gleichermaßen beide Geschlechter angesprochen.

²Die Berufsbezeichnung der Medizinischen Fachangestellten (MFA) beinhaltet in diesem Zusammenhang auch die Berufsbezeichnung der Arzthelferin und wird hier und im Folgenden synonym verwendet.

an die übertragen wird, angesprochen. So muss es in der Organisation (hier in einer Arztpraxis) eine höhere Instanz geben, d. h. hier ist der Arzt angesprochen, der die Verantwortung für die Behandlung seines Patienten innehat. Es muss auch eine unterstellte Instanz geben (hier nichtärztliche Mitarbeiter), die Weisungen entgegenzunehmen hat. Bei der höheren Instanz liegt die Verantwortung; bei der unterstellten Instanz muss die Kompetenz zum Übernehmen der Aufgabe bestehen. Insgesamt muss es sich um eine Organisationseinheit handeln, die gemeinsam Aufgaben übernimmt.

Im Gesundheitssektor kann man Delegation von Substitution unterscheiden, da Substitution die Ersetzung durch eine andere Person meint. Hier ist im Gegensatz zu einer Arztpraxis eher an z. B. Gemeindeschwestern zu denken, die in einem Gebiet, in dem es keinen Hausarzt gibt, bestimmte Funktionen ersetzend übernehmen können.

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) verabschiedete Ende Oktober 2011 eine Richtlinie zur Heilkundeübertragung im Rahmen von Modellvorhaben (G-BA 2012), ohne jedoch Delegation und Substitution explizit zu unterscheiden. Ein Sprecher des G-BA beschrieb in diesem Zusammenhang die Delegation als Durchführungsverantwortung, d. h. der nichtärztliche Mitarbeiter entscheidet nicht darüber „ob“, sondern nur „wie“ eine Tätigkeit durchgeführt wird (Roters 2009).

Eine weitere mögliche Explikation von potenziell übertragbaren Aufgaben im Kontext einer Arztpraxis existiert von Starfield (Starfield 1992). Sie beschrieb drei Kategorien der Funktionsübernahme durch nichtärztliches Praxispersonal in der Primärversorgung. In dieser Auslegung könnte eine Substitution im Sinne eines Arztersatzes auch unter der Verantwortung des Arztes stattfinden (vgl. Tab. 7.1).

Tab. 7.1 Kategorien der Funktionsübernahme. (Quelle: Eigene Darstellung in Anlehnung an Starfield 1992)

Kategorie	Beschreibung	Beispiele
„Supplementary functions“ (supplementäre/zusätzliche Funktionen)	Dabei handelt es sich um Tätigkeiten, die vom Arzt durchgeführt werden <i>können</i> , aber im hausärztlichen Team effizienter von nicht-ärztlichem Personal übernommen werden können	Injektionen verabreichen, Geriatrisches Assessment oder Impfberatung
„Complementary functions“ (komplementäre/ergänzende Funktionen)	Tätigkeiten, die vom Arzt aufgrund von Zeitmangel oder fehlender Fortbildung nicht durchgeführt werden	Beratungen zu Verhaltensänderungen, Patienten-Schulungen oder Beratung Angehöriger zu Hilfeleistungen im Gesundheitssystem
„Substitute functions“ (substituierende/ersetzende Funktionen)	Hier sind Tätigkeiten gemeint, die traditionell vom Arzt durchgeführt werden (diagnostische und therapeutische Behandlung), aber bei Delegation anstelle des Arztes von nichtärztlichem Personal übernommen werden	Hausbesuche und Tätigkeiten im Rahmen von Hausbesuchen

7.1.2 Rechtliche Rahmenbedingungen

Laut den rechtlichen Rahmenbedingungen liegt die Gesamtverantwortung für die Patientenbehandlung im deutschen Gesundheitssystem alleine beim Arzt, genauer gesagt handelt es sich um eine Dienstleistung, die der Arzt grundsätzlich persönlich zu erbringen hat (BÄK 2015; BMJ 2016).

Im Jahre 2013 verabschiedeten die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) und der Spitzenverband der Gesetzlichen Krankenversicherungen (GKV) eine „Vereinbarung über die Delegation ärztlicher Leistungen an nichtärztliches Personal in der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung“ (BMV-Ä 2013; KBV/GKV 2015). In dieser Delegationsvereinbarung sind die nicht delegierbaren, also höchstpersönlichen Leistungen des Arztes, ein Beispielkatalog delegierbarer Leistungen und allgemeine Anforderungen an die Delegation dargelegt.

Als höchstpersönliche Leistungen des Arztes sind u. a. die Anamneseerhebung, Indikationsstellung, Untersuchung, Aufklärung und Beratung des Patienten genannt. Der Beispielkatalog delegierbarer Leistungen umfasst u. a. administrative Tätigkeiten, Vorbereitungstätigkeiten (Anamnese, Aufklärung), diagnostische Maßnahmen (z. B. Ableitung eines EKG), Wundversorgung und Hausbesuche (nach vorherigem persönlichen Arzt-Patienten-Kontakt) (KBV/GKV 2015). Schon diese Beispiele zeigen, dass die Regelungen der Delegation nicht eindeutig sind, da z. B. Anamnese in beiden Vorgaben vorkommt und es nicht abschließend geklärt ist, welcher Teil der Anamnese als höchstpersönliche Leistung des Arztes anzusehen ist.

Der Arzt hat sicherzustellen, dass die nichtärztlichen Mitarbeiter aufgrund ihrer Qualifikation geeignet sind, die Aufgaben durchzuführen (Auswahlpflicht), muss sie anleiten (Anleitungspflicht) und regelmäßig überwachen (Überwachungspflicht) (KBV/GKV 2013).

Insgesamt beschreibt die Delegationsvereinbarung Aufgaben, die vom Arzt angeordnet und vom nichtärztlichen Praxispersonal ausgeführt werden können. Die Ausgestaltung der Umsetzung all dieser Regelungen bleibt jeder einzelnen Praxis vorbehalten.

7.1.3 Welche Delegationskonzepte für Hausarztpraxen existieren in Deutschland?

Gerade im hausärztlichen Bereich gibt es in Deutschland einige verschiedene Delegationskonzepte, die teilweise nur in sogenannten Selektivverträgen vergütet werden (spezielle Verträge der Krankenkassen mit hausärztlichen Vertretern, in dem die Vergütung von Leistungen ohne Zutun der Kassenärztlichen Vereinigungen erfolgt), zum Teil aber auch bereits in der Regelversorgung angekommen sind (Mergenthal et al. 2015). Den Anfang bildete 2007 das Qualifikationsmodell zur AGnES (Arztentlastende, gemeinde-nahe, e-health-gestützte, systemische Intervention), welches 2009 auch den Grundstein legte für eine Abrechenbarkeit der Leistungen nichtärztlicher Mitarbeiter. Es folgte 2008

die Qualifikation zur VERAH³ (Versorgungsassistentin in der Hausarztpraxis), die inzwischen in Deutschland am weitesten verbreitet ist. 2009 entstand die Qualifikation zur EVA (Entlastende Versorgungsassistentin), deren Konzept später von der Bundesärztekammer als Mustercurriculum aufgenommen und zur NÄPa (nichtärztlichen Praxisassistentin) umbenannt wurde.

Weitere Modellprojekte, wie HELVER (arztHELferinnen in der ambulante Versorgung) (Schüler 2013) oder „MoNi“ (MOdellprojekt Niedersachsen) kamen über den Modellcharakter nicht hinaus bzw. wurden in andere Modelle integriert. Weiterhin existiert mit dem Konzept der „agnes^{zwei}“ ein bundeslandspezifisches Konzept in Brandenburg, welches in regionalen Selektivverträgen abrechenbar ist.

Nur Leistungen, die von MFA erbracht werden, die nach den Qualifikationskonzepten VERAH und NÄPa geschult sind, können seit 2015 bundesweit in der Regelversorgung abgerechnet werden.

AGnES Modellprojekte

2005–2008 führte das Institut für Community Medicine der Universität Greifswald Projekte in den neuen Bundesländern (MASGFF 2013) durch. Nach dem Vorbild der Gemeindeschwestern in der ehemaligen DDR (Strupeilt 2008) stand die Übernahme von Hausbesuchen durch fortgebildete nichtärztliche Fachkräfte (AGnES) im Fokus dieses Konzeptes (van den Berg et al. 2007). Der Umfang der Fortbildung betrug über 600 h, wovon ein großer Teil der Schulung auf telemedizinische Inhalte ausgerichtet war. Die Modellprojekte sahen vor, dass die 40 teilnehmenden Krankenschwestern/MFA nicht an einer Hausarztpraxis angesiedelt waren, sondern durch das Projekt finanziert und praxisübergreifend tätig waren. Ab 2009 konnten die Leistungen von nichtärztlichen Mitarbeitern in der Regelversorgung abgerechnet werden, wenn sie in einer unterversorgten oder von Unterversorgung bedrohten Regionen eingesetzt wurden. Später wurde aus der „AGnES-Fachkraft“ die Nichtärztliche Praxisassistentin (NÄPa) (MASGFF 2013) (vgl. Abschnitt NÄPa).

Delegationsmodell EVA

Das Delegationsmodell EVA wurde im Jahr 2009/2010 von den Landesärztekammern Nordrhein und Westfalen-Lippe in Zusammenarbeit mit den jeweiligen kassenärztlichen Vereinigungen initiiert. Auch diese Fortbildung (170 bis 200 h) folgte einem spezifischen Curriculum, welches u. a. medizinische Kompetenzen, Grundlagen beruflichen Handelns und Kommunikationsaspekte zum Inhalt hat (Nordrheinische Akademie für ärztliche Fort- und Weiterbildung et al. 2013). Das Modell fand zunächst regionale Ausbreitung in Nordrhein und Westfalen-Lippe und konnte ab 2009 in unterversorgten Regionen abgerechnet werden. 2010 wurde das Konzept zur NÄPa überführt (vgl. Abschnitt „NÄPa“).

³VERAH ist eine geschützte Markenbezeichnung – dies wird im Folgenden nicht weiter gekennzeichnet.

VERAH-Qualifikation

Die Qualifikation zur VERAH ist ein vom Institut für hausärztliche Fortbildung im Deutschen Hausärzterverband und vom Verband Medizinischer Fachberufe zwischen 2005 bis 2007 entwickeltes curriculares Konzept. Die Fortbildung qualifiziert auch zur Übernahme von Hausbesuchstätigkeiten, umfasst aber weit mehr Leistungen am chronisch kranken Patienten (z. B. Case Management, Medikamentenberatung, etc.). Die Weiterbildung umfasst 200 h, und eine VERAH ist in der jeweiligen Hausarztpraxis angestellt. Eine Honorierung war bis Ende 2014 überwiegend in Selektivverträgen zur Hausarztzentrierten Versorgung verschiedener Krankenkassen in fast allen Bundesländern zu finden. Seit 2015 wird der Einsatz einer VERAH auch in der Regelversorgung finanziell honoriert (vgl. Abschn. 7.1.4). Mit ihrem „Memorandum of Understanding“ (BÄK/IhF 2014) einigten sich die Bundesärztekammer und der Deutsche Hausärzterverband 2014 auf Bedingungen der gegenseitigen Anerkennung der Qualifizierungskonzepte VERAH und NÄPA. Somit besteht die Möglichkeit der Vergütung sowohl für zur VERAH als auch zur NÄPa qualifizierte Mitarbeiterinnen in Selektivverträgen und in der Regelversorgung.

Qualifikationskonzept NÄPa

Da die Umsetzung von Weiterbildungsmaßnahmen Ländersache ist und bis 2010 zahlreiche verschiedene Qualifizierungsmodelle in den Ländern entstanden waren, veröffentlichte die Bundesärztekammer im Jahre 2010 ein Curriculum zur Qualifizierung einer Nichtärztlichen Praxisassistentin. Dieses sollte den Landesärztekammern als Modell-Curriculum dienen (Bundesärztekammer 2010) und wurde tatsächlich von Thüringen, Niedersachsen, Hessen, Mecklenburg-Vorpommern, Schleswig-Holstein und Sachsen übernommen. Die NÄPa sind in den jeweiligen Hausarztpraxen beschäftigt. Die Möglichkeit der Honorierung bestand auch hier bis 2014 nur in unterversorgten Regionen (vgl. Abschn. 7.1.4); seit 2015 sind Leistungen einer NÄPa bundesweit abrechenbar, sowie bei entsprechender Zusatzqualifikation zur VERAH auch in Selektivverträgen.

7.1.4 Möglichkeiten der Finanzierung

Während zu Beginn die Anstellung und Finanzierung eines nichtärztlichen Praxismitarbeiters nur in unterversorgten Gebieten oder im Rahmen sogenannter Selektivverträge möglich war, ist die Vergütung seit 2015 bundesweit möglich. Die kassenärztliche Bundesvereinigung hat mit den Krankenkassen vereinbart, dass nun jede Hausarztpraxis nichtärztliche Praxisassistentinnen beschäftigen kann und bei einer entsprechend großen Patientenzahl eine Vergütung erhält.

Seit 2017 erhalten Hausärzte für eine qualifizierte nichtärztliche Praxisassistentin eine Strukturförderung von bis zu 2506 EUR pro Praxis im Quartal. Daneben wurden Zuschläge in das Vergütungssystem für Ärzte (EBM) eingeführt, die v. a. bei Hausbesuchen zum Tragen kommen.

Neben dieser Möglichkeit zur Abrechnung innerhalb der Regelversorgung existieren immer noch zahlreiche Selektivverträge im Rahmen der hausarztzentrierten Versorgung,

in denen eine VERAH abgerechnet werden kann. Dies war ursprünglich als Anreizsystem zur Umsetzung von Delegation in der Hausarztpraxis gedacht. Heute sind deutschlandweit über 10.000 VERAH in Hausarztpraxen tätig und dürfte die größte Gruppe an qualifizierten nichtärztlichen Praxismitarbeitern darstellen.

Eine Schwierigkeit der Abrechnung besteht in Fällen, in denen eine Praxis viele Patienten in Selektivverträgen betreut und eine nichtärztliche Praxismitarbeiterin beschäftigt, die zur VERAH oder NäPa weiterqualifiziert ist. Die Abrechnungskriterien für den Strukturzuschlag verlangen eine Mindestzahl an Behandlungsfällen. Betreut eine Praxis viele Patienten aus Selektivverträgen, verringert sich damit die Zahl der Behandlungsfälle und erschwert der Praxis den Zugang zu den finanziellen Zuschlägen in der Regelversorgung.

7.2 Bedingungen für eine erfolgreiche Delegation in der Hausarztpraxis

Im Folgenden finden sich Empfehlungen hinsichtlich der Bedingungen in einer Hausarztpraxis, die das Gelingen von Delegation befördern können (vgl. Abb. 7.1).

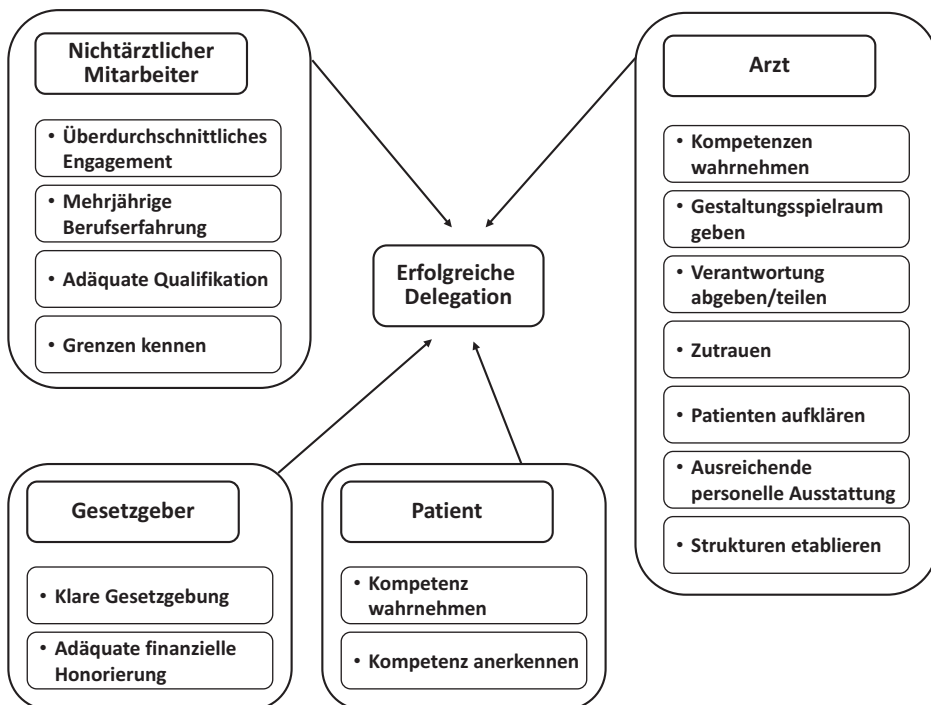


Abb. 7.1 Bedingungen für eine erfolgreiche Delegation. (Quelle: Eigene Darstellung 2017)

Diese Empfehlungen leiten sich aus einem Forschungsprojekt ab: Innerhalb des Projekts „Evaluation der Hausarztzentrierten Versorgung in Baden-Württemberg“ konnte das Autorenteam mittels quantitativer und qualitativer Methoden analysieren, welche Bedingungen für eine erfolgreiche Delegation in der Hausarztpraxis notwendig sind (Mergenthal et al. 2016a, b; Laux et al. 2015). Im Ergebnis ließ sich zeigen, dass sowohl personenabhängige sowie organisationsabhängige, aber auch rechtliche Rahmenbedingungen für gelingende Delegation berücksichtigt werden müssen.

7.2.1 Personenabhängige Einflussfaktoren

Zu den personenabhängigen Bedingungen müssen Einflussfaktoren aufseiten der Ärzte, der nichtärztlichen Mitarbeiter und der Patienten gleichermaßen berücksichtigt werden.

Bei den nichtärztlichen Mitarbeitern zeigte sich, dass v. a. diejenigen, die über eine mehrjährige Berufserfahrung verfügten und überdurchschnittliches Engagement in dieser Zeit zeigten, für eine Weiterqualifikation ausgewählt wurden. Das Engagement drückte sich in aktiver Gestaltung des Versorgungsalltags in einer Praxis aus und in der Bereitschaft, Verantwortung zu übernehmen. Gleichzeitig besteht die Herausforderung darin, dass die weiterqualifizierten nichtärztlichen Praxismitarbeiter auch ihre Grenzen kennen und benennen können. Selbstverständlich ist eine entsprechende Qualifizierungsmaßnahme nötig, um die – oft komplexen – Aufgaben übernehmen zu können.

7.2.2 Organisationsbezogene Einflussfaktoren

Auch wenn die Gesamtverantwortung für die Versorgung der Patienten bei den Ärzten liegt, müssen sie für eine erfolgreiche Delegation (Teil-)Verantwortung abgeben, d. h. sie müssen die Verantwortung für die Durchführung der übertragenen Tätigkeiten abgeben und dem Praxispersonal einen ausreichenden Gestaltungsspielraum für die Ausgestaltung der delegierten Aufgaben zugestehen. Die Praxisinhaber müssen also die Kompetenzen der nichtärztlichen Mitarbeiter wahrnehmen, sie müssen wissen, welche Mitarbeiter welche Kompetenzen besitzen und diesen die Tätigkeitsübernahme zutrauen.

Außerdem gelingt Delegation nur, wenn in den Praxen ausreichende Ressourcen vorhanden sind, d. h. ausreichend Personal beschäftigt ist und diesem ausreichend Zeit für die delegierten Tätigkeiten zugestanden wird. Es zeigte sich auch, dass strukturierte Prozesse die geänderte Arbeitslast bewältigbarer machen. Bei einigen Tätigkeiten ist die strukturierte Herangehensweise Teil des Konzeptes (z. B. Case Management), bei anderen Tätigkeiten helfen strukturierte Vorlagen (z. B. Hausbesuchsprotokoll in Form von Checkliste für Hausbesuche).

Delegation ist leichter implementierbar, wenn alle Mitarbeiter ihre Tätigkeits- und Zuständigkeitsbereiche kennen und die Aufgabenverteilungen klar definiert sind. Insofern sollte von Anfang an das gesamte Praxisteam in notwendige Umstrukturierungen einbezogen sein.

7.2.3 Patientenseitige Einflussfaktoren

Die Patienten müssen die Kompetenzen der nichtärztlichen Mitarbeiter wahrnehmen und auch anerkennen, d. h. die gemeinsame Betreuung durch Arzt und nichtärztliche Mitarbeiter mittragen. Die Ärzte können durch ausführliche Aufklärung ihrer Patienten die Wahrnehmung und Akzeptanz der neuen Rolle einer ihrer Mitarbeiter erhöhen. Wobei auch die Diskussion von Delegationskonzepten in der Öffentlichkeit (mediale Präsenz) Einfluss auf die Akzeptanz der Patienten haben kann.

7.2.4 Einflussfaktoren vonseiten des Gesetzgebers

Zur tief greifenden Implementierung von Delegation müssen vom Gesetzgeber Rahmenbedingungen geschaffen und geschärft werden.

Die rechtlichen Rahmenbedingungen für die Delegation wurden in der o. g. Studie von den untersuchten Ärzten als noch nicht ausreichend durchschaubar bzw. verwirrend bezeichnet. Dies führte zu einer Unsicherheit bei den Ärzten und beim nichtärztlichen Praxispersonal und verhinderte teilweise die Umsetzung der Delegation. Hier sollten Ausführungsbestimmungen gerade die Teilverantwortung bei der Ausführung bestimmter Aufgaben genauer definieren, weil die Gesamtverantwortung des Arztes zu einer deutlichen Unsicherheit bei der Delegation von Aufgaben und damit von Verantwortung führte.

Finanzielle Honorierung durch die Kostenträger

Da eine Praxis eine wirtschaftlich arbeitende Organisation darstellt, ist die Delegation selbstverständlich auch aus einem betriebswirtschaftlichen Blickwinkel zu betrachten. Die aktuellen Honorierungsmöglichkeiten sind ein erster Schritt, reichen jedoch noch nicht aus. Damit Delegationskonzepte in den Praxen überhaupt umgesetzt werden, ist eine adäquate finanzielle Vergütung für die Praxen und auch für die nichtärztlichen Mitarbeiter notwendig. Möglich wäre das nach einer grundlegenden Überarbeitung des Finanzierungssystems, in dem eine interprofessionelle hausärztliche Versorgung adäquat vergütet wird, bzw. eine teambasierte Versorgung explizit vorgesehen und in ausreichendem Maße budgetiert ist.

7.3 Schlussbetrachtung

Delegation ist Realität in hausärztlichen Praxen in Deutschland. Auch wenn zu Beginn Modellprojekte und die Qualifizierung und Vergütung im Rahmen von Selektivverträgen im Mittelpunkt standen, können Delegationskonzepte mittlerweile als in der Regelversorgung angekommen gelten. Die Weiterbildung erfolgt bei manchen Delegationsmodellen curricular (VERAH, NäPA). Dies ist wichtig, weil sich neben dem nötigen Engagement eines jeden nichtärztlichen Praxismitarbeiters auch die Qualifikation und das Erlernen strukturierter Versorgung als wichtige Einflussfaktoren auf

gelingende Delegation gezeigt haben. Aber auch jede Praxis kann bei der Umsetzung von Delegationskonzepten wichtige Arbeit leisten: Etwa sollten die Ärzte ihre Patienten über neue Rollen im Team aufklären und neue Aufgaben unter Berücksichtigung des gesamten Teams verteilen. Nicht zuletzt sollten Vergütungsmodelle dieses teambasierte Arbeiten ausreichend berücksichtigen.

Danksagung Die Autoren danken allen ärztlichen und nichtärztlichen Teilnehmern aus dem Projekt „Evaluation der Hausarztzentrierten Versorgung (HZV) nach § 73b SGB V in Baden-Württemberg (2013–2016)“ für ihre Unterstützung.

Förderung Das Projekt „Evaluation der Hausarztzentrierten Versorgung (HZV) nach § 73b SGB V in Baden-Württemberg (2013–2016)“ wurde von der AOK Baden-Württemberg, der Hausärztlichen Vertragsgemeinschaft Baden-Württemberg und dem MEDI-Verbund Baden-Württemberg finanziell unterstützt. Die wissenschaftlichen Analysen erfolgten vollkommen unabhängig. Eine inhaltliche Einflussnahme der Sponsoren auf die Ergebnisse erfolgte zu keinem Zeitpunkt.

Literatur

- BÄK (2010) Fortbildungscurriculum für Medizinische Fachangestellte und Arzthelfer/innen „Nicht-ärztliche Praxisassistentin“ nach § 87 Abs. 2b Satz 5 SGB V. Bundesärztekammer (BÄK, Hrsg). <http://www.bundesaeztekammer.de/downloads/CurrPraxisassistentin100826.pdf>. Zugegriffen: 28. Febr. 2017
- BÄK (2015) (Muster-)Berufsordnung für die in Deutschland tätigen Ärztinnen und Ärzte – MBO-Ä 1997 –* in der Fassung des Beschlusses des 118. Deutschen Ärztetages 2015 in Frankfurt a. M.. Bundesärztekammer (BÄK). In: Dtsches Ärztebl, S A1–A9. https://doi.org/10.3238/arztebl.2015.mbo_daet2015, http://www.bundesaeztekammer.de/fileadmin/user_upload/downloads/pdf-Ordner/MBO/MBO_02.07.2015.pdf. Zugegriffen: 25. März 2017
- BÄK, Deutscher Hausärzteverband, IhF (2014) Memorandum of Understanding zu VERAH und NäPA. Bundesärztekammer (BÄK, Hrsg), Deutscher Hausärzteverband (Hrsg) und Institut für hausärztliche Fortbildung (IhF, Hrsg). http://www.bundesaeztekammer.de/fileadmin/user_upload/downloads/MoU_VERAH_BAeK_IhF_Final_17.01.20141.pdf. Zugegriffen: 1. März 2017
- Berg N van den, Meinke C, Heymann R, Dreier A, Terschüren C, Hoffmann W (2007) Community Medicine Nurses-Arztunterstützung in ländlichen Regionen. *Pflege & Gesellschaft* 12(2):118–134
- BMJ (2016) Bürgerliches Gesetzbuch (BGB) § 613 Unübertragbarkeit. Bundesministerium der Justiz und für Verbraucherschutz (BMJ, Hrsg). https://www.gesetze-im-internet.de/bgb/_613.html. Zugegriffen: 17. März 2017
- G-BA (2012) Richtlinie über die Festlegung ärztlicher Tätigkeiten zur Übertragung auf Berufsangehörige der Alten- und Krankenpflege zur selbständigen Ausübung von Heilkunde im Rahmen von Modellvorhaben nach § 63 Abs. 3c SGB V (Erstfassung). Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA, Hrsg). <https://www.g-ba.de/informationen/beschluesse/1401/>. Zugegriffen: 14. März 2017
- KBV/GKV (2013) Vereinbarung über die Delegation ärztlicher Leistungen an nichtärztliches Personal in der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung gemäß § 28 Abs. 1 S. 3 SGB V. Anlage 24 zum Bundesmantel-vertrag-Ärzte (BMV-Ä). Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV, Hrsg) und GKV Spitzenverband. Dtsches Ärztebl 110(38):1757

- KBV/GKV (2015) Vereinbarung über die Delegation ärztlicher Leistungen an nichtärztliches Personal in der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung gemäß § 28 Abs. 1 S. 3 SGB V. Anlage 24 zum Bundesmantelvertrag -Ärzte (BMV-Ä). Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV, Hrsg) und GKV Spitzenverband (Hrsg). http://www.kbv.de/media/sp/24_Delegation.pdf. Zugriffen: 5. März 2017
- Laux G, Szecsenyi J, Mergenthal K, Beyer M, Gerlach FM, Stock C, Uhlmann L, Miksch A, Bauer E, Kaufmann-Kolle P, Steeb V, Lübeck R, Karimova K, Güthlin C, Götz K (2015) Hausarztzentrierte Versorgung in Baden-Württemberg. Bundesgesundheitsbl, 58(4-5):298–407. <https://doi.org/10.1007/s00103-015-2122-9>
- MASGFF (2013) AGnES-Modellprojekte. Landesregierung Brandenburg. Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Frauen und Familie (MASGFF, Hrsg). <http://www.masgf.brandenburg.de/cms/detail.php/bb1.c.348257.de>. zuletzt aktualisiert am 30. Dez. 2014, Zugriffen: 1. März 2017
- Mergenthal K, Leifermann M, Beyer M, Gerlach FM, Güthlin C (2015) Delegation hausärztlicher Tätigkeiten an qualifiziertes medizinisches Fachpersonal in Deutschland – eine Übersicht. Gesundheitswesen 78(8/9):e62–e68. <https://doi.org/10.1055/s-0035-1555948>
- Mergenthal K, Beyer M, Gerlach FM, Güthlin C (2016a) Wie werden Delegationskonzepte in Hausarztpraxen ausgestaltet – eine Analyse am Beispiel der VERAH in der HzV. Z Allg Med 92(10):402–407. <https://doi.org/10.3238/zfa.2016.0402-0407>
- Mergenthal K, Güthlin C, Beyer M, Gerlach FM, Siebenhofer A (2016b) Wie bewerten und akzeptieren Patienten die Betreuung durch Fachangestellte in der Hausarztpraxis? Ergebnisse einer Patienten-Befragung in der HzV in Baden-Württemberg. Gesundheitswesen. <https://doi.org/10.1055/s-0042-110402>
- Nordrheinische Akademie für ärztliche Fort- und Weiterbildung; Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein; Kassenärztliche Vereinigung Westfalen-Lippe; Akademie für ärztliche Fortbildung Westfalen-Lippe (2013) Fortbildungscurriculum: „Entlastende Versorgungsassistentin (EVA)“. Nordrheinische Akademie für ärztliche Fort- und Weiterbildung, Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein, Kassenärztliche Vereinigung Westfalen-Lippe und Akademie für ärztliche Fortbildung Westfalen-Lippe (Hrsg). https://www.kvno.de/downloads/eva_curriculum_anmeldung.pdf. Zugriffen: 27. Febr. 2017
- Roters D (2009) Risse im Arztvorbehalt? Modellvorhaben nach § 63 Abs. 3 c SGB V. Zeitschrift für das gesamte Medizin- und Gesundheitsrecht 2009(3):171–176
- Schüler G (2013) Neue Tätigkeitsprofile für Arzthelferinnen und medizinische Fachangestellte (MFA) in der Versorgung älterer Menschen (Projekt im Rahmen der Förderinitiative zur Versorgungsforschung der Bundesärztekammer). Gesundheitswesen 75(8–9):503–509
- Starfield B (1992) Primary care: concept, evaluation, and policy. University Press, Oxford
- Strupeit S (2008) Schwester AGnES ist zurück!? Gemeindeschwestern in der DDR und die Übertragbarkeit des Berufsprofils auf die Versorgungsstrukturen der Bundesrepublik im Rahmen aktueller Modellversuche. Pflegewissenschaft 3(8):167–176
- SVR (2007) Kooperation und Verantwortung. Voraussetzungen einer zielorientierten Gesundheitsversorgung. Gutachten-Kurzfassung, Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (SVR). Nomos, Baden-Baden
- SVR (2009) Koordination und Integration – Gesundheitsversorgung in einer Gesellschaft des längeren Lebens. Sondergutachten 2009, Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (SVR, Hrsg). http://www.svr-gesundheit.de/fileadmin/user_upload/Gutachten/2009/Kurzfassung-2009.pdf. Zugriffen: 25. März 2017
- SVR (2014) Bedarfsgerechte Versorgung – Perspektiven für ländliche Regionen und ausgewählte Leistungsbereiche. Gutachten 2014. Sachverständigenrat der Entwicklung im Gesundheitswesen (SVR, Hrsg). <http://www.svr-gesundheit.de/index.php?id=465>. Zugriffen: 11. Febr. 2017

Dr. rer. med. Karola Mergenthal, M.Sc. PH, studierte berufsbegleitend Angewandte Gesundheitswissenschaften (B.Sc.) an der Universität Bielefeld und an der Hochschule Magdeburg-Stendal sowie Public Health (M.Sc.) an der Hochschule Fulda. Sie war viele Jahre als Medizinische Fachangestellte tätig und ist seit 2011 als wissenschaftliche Mitarbeiterin mit Schwerpunkt Interprofessionelle Zusammenarbeit am Institut für Allgemeinmedizin der Goethe-Universität in Frankfurt am Main beschäftigt.

Dr. phil. Corina Güthlin, ist Psychologin und arbeitet seit 1996 als wissenschaftliche Mitarbeiterin. Derzeit ist sie am Institut für Allgemeinmedizin an der Goethe-Universität Frankfurt am Main für Forschungsmethodik und Projektmanagement zuständig und beantragt und supervidiert wissenschaftliche Projekte.

Innovatives Arztpraxis-Modell im ländlichen Raum – Fallbeispiel aus der Schweiz

Christoph Buerkli

Inhaltsverzeichnis

8.1 Aktuelle Umfeldentwicklungen für die medizinische Grundversorgung im ländlichen Raum 102

8.2 Die Ausgangslage in der Gemeinde F 103

8.3 Überblick über die einzelnen Projektschritte 104

8.4 Modelldiskussion und maßgeschneiderte Lösung 105

8.5 Schlussbetrachtung 106

Literatur 107

Zusammenfassung

In der Schweiz wird in Zukunft vor allem in ländlichen Regionen ein Hausärztemangel erwartet: Knapp die Hälfte der heute praktizierenden Hausärztinnen und -ärzte erreichen in den nächsten zehn Jahren das Pensionsalter. Dabei sehen sie sich zusehends mit der Schwierigkeit konfrontiert, eine Nachfolgerin resp. einen Nachfolger zu finden. Auf der Nachfrageseite ist wegen der demografischen Entwicklung mit einer steigenden Zahl von Personen mit chronischen und mehrfachen Erkrankungen zu rechnen. In dieser Situation braucht es Geschäftsmodelle, die Anreize entfalten, damit sich Ärztinnen und Ärzte im ländlichen Raum niederlassen. In diesem Abschnitt wird die erfolgreiche Entwicklung eines innovativen Arztpraxis-Modells im ländlichen Raum anhand eines konkreten Fallbeispiels aufgezeigt.

C. Buerkli (✉)
Luzern, Schweiz
E-Mail: christoph.buerkli@me.com

8.1 Aktuelle Umfeldentwicklungen für die medizinische Grundversorgung im ländlichen Raum

In der Schweiz wird in Zukunft vor allem in ländlichen Regionen ein Hausärztemangel erwartet, und zwar aus verschiedenen Gründen: Knapp die Hälfte der praktizierenden Hausärztinnen und -ärzte ist aktuell mehr als 55 Jahre alt. Sie alle werden in den nächsten 10 Jahren das Pensionsalter erreichen. Dabei sehen sich insbesondere die Ärztinnen und Ärzte mit Einzelpraxen im ländlichen Raum zunehmend mit der Schwierigkeit konfrontiert, eine Nachfolgerin resp. einen Nachfolger für ihre Einzelpraxen zu finden. Und dies, obwohl nach Meinung vieler Expertinnen und Experten das Tätigkeitsgebiet eines Hausarztes resp. einer Hausärztin auf dem Land aufgrund des vielfältigen Patienten- und Krankheitsspektrums durchaus sehr interessant wäre. Als mögliche Gründe, die gegen eine Niederlassung auf dem Land sprechen, werden u. a. genannt: hohe Präsenzzeiten, fehlende Weiterbildungsmöglichkeiten und Teamarbeit, unzureichende Kinderbetreuung, sowie hohe Übernahmepreise für Arztpraxen (GDK 2011).

Interessant ist, dass die Anzahl der in der Schweiz verliehenen Facharztstitel in der Grundversorgung (Allgemeinmedizin, Innere Medizin, Pädiatrie, praktischer Arzt) hingegen nicht rückläufig ist: Seit 2006 ist eine kontinuierliche Zunahme der verliehenen Facharztstitel zu beobachten, insbesondere im Bereich Grundversorgung, und zwar sowohl absolut wie auch relativ. Im Jahr 2012 wurden knapp die Hälfte der Facharztstitel in der Grundversorgung inklusive Pädiatrie vergeben (Burla und Rüfenacht 2013). Ob dadurch die entstehenden Lücken bei den vor der Pensionierung resp. ausscheidenden Ärztinnen und Ärzten geschlossen werden können, ist allerdings eine andere Frage.

Der Frauenteil in der medizinischen Versorgung ist in den letzten Jahren kontinuierlich angestiegen und beträgt aktuell rund 40 %. Diese Entwicklung dürfte weiter anhalten, liegt doch der Anteil der Frauen bei den neu verliehenen Facharzttiteln aktuell bei rund 54 %. Das durchschnittliche Arbeitspensum der Ärztinnen im ambulanten Bereich ist mit 6,8 Halbtagen tiefer als bei Ärzten (8,9 Halbtage), und sie arbeiten zu einem geringeren Anteil in Einzelpraxen. Diese Veränderungen auf der Angebotsseite gilt es in der künftigen Ausgestaltung der medizinischen Versorgung zu berücksichtigen. Ebenfalls stark gestiegen ist der Anteil ausländischer Ärztinnen und Ärzte. Aktuell beträgt dieser in der Schweiz insgesamt rund 33 % (Hostettler und Kraft 2017).

Auf der Nachfrageseite ist aufgrund der Demografie mit einer steigenden Zahl von Personen mit chronischen und mehrfachen Erkrankungen zu rechnen. Bereits heute sind in der Schweiz rund 75 % der Todesfälle auf vier chronische Krankheiten zurückzuführen (Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Krebs, Krankheiten der Atmungsorgane und Demenz), und bei rund 30 % der Todesfälle sind drei bis vier Diagnosen beteiligt (Moreau-Gruet 2013).

Aufgrund dieser Umfeldentwicklungen ist davon auszugehen, dass für die Gesellschaft die ärztliche Grundversorgung sowie Modelle der integrierten Versorgung weiter an Bedeutung zunehmen. Dies trifft insbesondere auf den ländlichen Raum zu. In der Situation einer steigenden Nachfrage nach einer angemessenen Grundversorgung

einerseits und einem veränderten Umfeld auf der Angebotsseite andererseits sind pragmatische Lösungen gefragt. Diese haben zum Ziel, erkannte Engpässe zu beheben und Anreize zu schaffen für die Niederlassung von Ärztinnen und Ärzten im ländlichen Raum.

In der Schweiz bestehen bereits erste Erfahrungen mit solchen Lösungen. Diese umfassen beispielsweise die Schaffung von Gruppenpraxen mit selbstständigen und angestellten Ärztinnen und Ärzten (Kappeler 2012), oder Modelle integrierter Versorgung (Hänni und von Fellenberg 2012). Die Kantone haben die Möglichkeit, verschiedene Maßnahmen zur Förderung der ärztlichen Versorgung in ländlichen Gebieten zu ergreifen (Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren GDK 2011). Dazu gehören beispielsweise die Subventionierung von Mieten, die Vergabe zinsgünstiger Darlehen oder das Bereitstellen von Immobilien, Förderung von Gruppenpraxen oder Gesundheitszentren, sowie auch befristete Steuererleichterungen. Es besteht auch die Möglichkeit, Unterstützungen zu erhalten für die Gewährleistung des Notfalldienstes.

8.2 Die Ausgangslage in der Gemeinde F

Die Gemeinde F ist eine ländliche Voralpengemeinde und hat rund 1900 Einwohner. Schon seit geraumer Zeit setzt sich die Gemeinde F mit der Zukunft der medizinischen Grundversorgung auseinander: Im Juli 1979 eröffnete der heute immer noch tätige Dorfarzt (Arzt für allgemeine Medizin FMH) seine Praxis im Dorf. Das ordentliche Pensionierungsalter von 65 Jahren hätte der weit über die Dorfgrenzen bekannte Allgemeinpraktiker eigentlich schon vor vier Jahren erreicht. Oder mit anderen Worten: Die Suche nach einer Nachfolge für die Fortführung seiner Arztpraxis gestaltet sich seit vielen Jahren schwierig.

Um optimale Voraussetzungen für die Übergabe seines Lebenswerkes an eine Nachfolgerin resp. einen Nachfolger zu schaffen, entschied sich der Dorfarzt im Frühling 2014, sich für diesen Prozess von zwei externen Personen professionell begleiten zu lassen. Nach einer ersten Besprechung wurde der anstehende Prozess systematisch, gemeinsam und nach den zeitlichen Möglichkeiten des Arztes entwickelt. Schnell wurde klar, dass für ein gutes Gelingen von Beginn an eine breit abgestützte Projektgruppe formiert werden sollte.

Der Projektgruppe war es ein zentrales Anliegen, die wichtigsten Anspruchsgruppen der Gemeinde (Patientinnen und Patienten, Politik, Regionalentwicklung, Spitex, Tourismus und Freizeitangebote, nächstgelegenes Zentrums hospital usw.) gut in das Projekt einzubinden. Sie wurden deshalb zur Klärung der Ausgangslage und ihrer Vorstellungen und Ansprüche zur künftigen Ausgestaltung der medizinischen Grundversorgung im Dorf resp. in der Region zu Beginn des Projektes ausführlich interviewt. Die Befragten waren einstimmig der Meinung, dass die Fortführung einer Arztpraxis in F zur Sicherstellung der medizinischen Grundversorgung zwingend nötig sei: Die Gewährleistung einer

medizinischen Versorgung sei für das Dorf, aber auch für die umliegende Region, ein absolut zentraler Standortfaktor in vielfacher Hinsicht und damit unverzichtbar.

Um die Attraktivität der Arztpraxis für die Nachfolgesuche zu erhöhen und die Voraussetzungen für ein medizinisches Angebot zu schaffen, welches dem Einzugsgebiet und damit der Nachfrage und den Bedürfnissen der Patientinnen und Patienten gerecht würde, schien aus Sicht der Anspruchsgruppen nicht nur eine organisatorische Änderung resp. eines neues Geschäftsmodell nötig, sondern auch ein Umbau zur Modernisierung und räumlichen Erweiterung der Praxis. Deshalb wurden in die weiteren Projektschritte auch Überlegungen zum Praxisumbau miteinbezogen.

Die Projektplanung sah vor, die Entwicklung resp. Umsetzung des neuen Arztpraxis-Modells inkl. Praxisumbau bis Ende 2016 abzuschließen.

8.3 Überblick über die einzelnen Projektschritte

Wie erwähnt, wurde bei der Festlegung der einzelnen Projektschritte explizit darauf geachtet, die zentralen Anspruchsgruppen gut zu integrieren. Es war das Ziel, in einem partizipativen Prozess Ideen resp. organisatorische Alternativen zum klassischen Hausarztmodell für die Gemeinde F resp. für die Arztpraxis zu entwickeln, welche den konkreten, aktuellen aber auch künftigen Gegebenheiten und Bedürfnissen vor Ort optimal gerecht werden konnten. Das Gesamtprojekt wurde in zwei Phasen gegliedert: Die Phase I umfasste die Konzipierung, die anschließende Phase II die Umsetzung (inkl. Gründung der Trägerschaft). Für jede Phase wurde je eine eigene Projektgruppe zusammengestellt.

Das ins Auge gefasste Vorhaben beinhaltete in der Phase I (Konzipierungsphase) vier Ebenen, wobei der Fokus auf die Ebenen zwei und drei gelegt wurde:

1. **Ebene „Entwicklungen der medizinischen Grundversorgung“:** Die für das Projekt relevanten Entwicklungen sowie aktuelle und mögliche künftige Modelle der medizinischen Grundversorgung im Bereich Hausarztmedizin/Hausarztpraxen wurden recherchiert und aufgearbeitet.
2. **Ebene „mögliche Modelle für F“:** Mögliche Modelle für die künftige Organisationsform der Arztpraxis in F wurden gemeinsam mit der Projektgruppe entwickelt, die Vor- und Nachteile der Varianten wurden aufgezeigt.
3. **Ebene „Beurteilung und Konkretisierung“:** Für die Bewertung der Modelle wurden in der Projektgruppe gemeinsam Kriterien erarbeitet. Anschließend erfolgte die Bewertung, was zu einer Auswahl von zwei Modellen führte. Diese wurden danach weiter konkretisiert.
4. **Ebene „Umsetzungsvorbereitung“:** Zum Schluss wurden gemeinsame Rahmenvorgaben für die Umsetzung festgelegt. Diese Vorgaben dienten der anschließenden Phase II (Umsetzung, inkl. Gründung der Trägerschaft) als Ausgangspunkt.

8.4 Modelldiskussion und maßgeschneiderte Lösung

Mit dem Know-how der externen Begleitung wurden in der Projektgruppe sieben unterschiedliche „Praxis-Modelle“ erarbeitet. Im zweiten Schritt wurden diese Modelle eingehend auf ihre Eignung beziehungsweise auf ihren Beitrag zur medizinischen Grundversorgung in der Gemeinde F geprüft. Dabei wurde auch das Ziel der Stärkung der Kooperation mit dem nahestehenden Zentrums hospital berücksichtigt. Aus diesem Grund wurden auch Aspekte des Modells der „Integrierten Versorgung“ weiterverfolgt. In Absprache mit dem Auftraggeber wurden weitere, ebenfalls denkbare Modelle, die aber auf eine dauernde Präsenz „vor Ort“ verzichten, nicht weiter untersucht.

Bei der Bewertung der Modelle stellten sich insbesondere die folgenden Fragen: Wie weit ist das Modell für die Gemeinde F überhaupt umsetzbar? Welches sind die Vor- und die Nachteile der Lösungsansätze aus der Perspektive der Gemeinde F? Und: Wie weit könnten die einzelnen vorgestellten Konzepte – unter den „konkreten Bedingungen vor Ort“ – Anreize schaffen für (junge) Ärztinnen und Ärzte, sich in einer Praxis in der Gemeinde F zu engagieren?

Die Bewertungen der Modelle wurden gemeinsam im Projektteam vorgenommen und führten zum Ergebnis, dass die weiteren Vertiefungen sich vor allem auf das Modell „Genossenschaftspraxis“ konzentrieren sollten. Im Hinblick auf die längerfristige Entwicklung wurde zusätzlich die Weiterentwicklung und Stärkung der Kooperation mit dem nächstgelegenen Zentrums hospital angestrebt. Vor diesem Hintergrund wurden auch Aspekte des Modells der „Integrierten Versorgung“ weiterverfolgt.

Kernidee des „Genossenschafts-Modells“ war die Trennung des Eigentums von Liegenschaft und medizinischer Infrastruktur auf der einen Seite und des Betriebs der Praxis auf der anderen Seite. Die Genossenschaft, die in der lokalen Bevölkerung verankert ist, bleibt Eigentümerin und Vermieterin der Arztpraxis. Sie stellt die Räumlichkeiten sowie die medizinische Infrastruktur zur Verfügung und erhebt dafür eine monatliche Miete, welche sämtliche Kosten deckt, inklusive Amortisation der medizinischen Geräte wie z. B. Röntgen- und Ultraschallgeräte.

Die Ärzte und Ärztinnen können sich damit auf ihr „Kerngeschäft“, das heißt auf die medizinische Versorgung der Bevölkerung, konzentrieren. Obwohl die Ärztinnen und Ärzte in diesem Modell als selbstständige Unternehmer auf eigene Rechnung arbeiten, ist für sie das Risiko klein: Sie können sich einen einfachen Einstieg leisten, auch ein Austritt ist im Fall der Fälle einfach möglich. Diese Niederschwelligkeit kann insbesondere bei jungen Ärztinnen und Ärzten große Anreize entfalten, sich in einer ländlichen Region niederzulassen. Zudem fördert die Genossenschaft die lokale Verankerung bei der Bevölkerung bzw. lässt die Möglichkeit zu, dass sich Patientinnen und Patienten an ihrer eigenen Arztpraxis als Genossenschafterinnen resp. Genossenschafter beteiligen.

Zu diesem Zeitpunkt war in der Schweiz lediglich eine Arztpraxis aus einer anderen Region bekannt, die nach dem Genossenschaftsmodell geführt wurde. Um von diesen

Erfahrungen zu profitieren, fand mit dem dortigen Arzt ein Austauschtreffen statt. Die Projektgruppe fühlte sich dabei in ihrer Annahme bestätigt, dass es für die erfolgreiche Entwicklung resp. spätere Umsetzung des Genossenschaftsmodells unabdingbar sei, die vielen möglichen Parameter dieses innovativen Modells auf die situativen Gegebenheiten und Rahmenbedingungen in F anzupassen. Sodann wurde in der Projektgruppe weiterhin das Ziel verfolgt, ein „maßgeschneidertes Modell für F“ zu entwickeln.

Die weitere Konkretisierung des Modells wurde rasch vorangetrieben, danach konnte die Projektgruppe die Konzeptphase erfolgreich abschließen. Für die Umsetzungsarbeiten bzw. die Vorbereitungsarbeiten zur Genossenschaftsgründung wurde eine neue Projektgruppe formiert.

8.5 Schlussbetrachtung

2015 wurde die Genossenschaft gegründet. Nach der Sicherung der Finanzierung hatte diese wenig später auf Basis eines ausgereiften Businessplans das Eigentum an der Praxis erworben. Parallel dazu wurde die Praxis umgebaut und die Suche nach einer geeigneten Nachfolgerin bzw. einem geeigneten Nachfolger für die Dorfpraxis wurde weiter vorangetrieben und intensiviert. Nach Abschluss der Umbauarbeiten wurde im Herbst 2016 die Neueröffnung der Arztpraxis mit der Bevölkerung gefeiert. Besonders erfreulich war, dass zu diesem Zeitpunkt bekannt wurde, dass bereits eine Nachfolgerin für die Arztpraxis gefunden werden konnte: Eine junge Ärztin wird im Sommer 2017 ihre Tätigkeit aufnehmen.

Im Sinne einer Schlussbetrachtung stellt sich abschließend die Frage nach den Gelingenbedingungen dieses erfolgreich durchgeführten Projekts.

Im Wesentlichen können aus Sicht des Autors, welcher gleichzeitig die Projektleitung der Konzipierungsphase innehatte, die folgenden sieben Erfolgsfaktoren festgehalten werden:

1. Das Projekt wurde von Beginn an von einer modellhaften und systemisch-betriebswirtschaftlichen Denkweise gestützt. Dieser Rahmen ermöglichte eine sehr pragmatische Vorgehensweise und letztlich die Entwicklung eines maßgeschneiderten und auf die situativen Gegebenheiten adaptiertes Modell.
2. Der Projektzeitplan war relativ großzügig bemessen und ermöglichte Spielräume in mannigfaltiger Hinsicht: So wurden z. B. weitere Anspruchsgruppen als Interviewpartner aufgenommen und es konnten vertiefte Abklärungen und Gespräche z. B. betreffend möglicher Kooperationsformen mit dem nahestehenden Spital geführt werden. Auch auf Erfahrungen eines anderen Arztes, welcher in der Schweiz mit viel Pioniergeist „sein Genossenschaftsmodell“ seit mehreren Jahren erfolgreich umgesetzt hatte, konnte nach einem Austausch zurückgegriffen werden.
3. Die konsequente zeitliche Zerteilung des Projekts in eine Konzipierungs- und eine Umsetzungsphase ermöglichte unterschiedliche Anforderungsprofile für optimale

Zusammensetzungen der beiden Projektgruppen: Das Heranziehen einer externen Projektbegleitung in der Konzipierungsphase ermöglichte eine Außensicht und die nötigen Ressourcen in zeitlicher und fachlicher Hinsicht konnten so bereitgestellt werden. In der zweiten Phase (Gründung der Genossenschaft) wurde Wert darauf gelegt, die Bevölkerung resp. die Betroffenen am Prozess zu beteiligen. Im Sinne einer längerfristigen Perspektive war es dem Arzt von Beginn an ein Anliegen, die „jüngeren bis mittelalten“ Einwohnerinnen und Einwohner des Dorfes als Vorstandsmitglieder in die Genossenschaft einzubinden.

4. Aber auch die weichen Faktoren sollen nicht unerwähnt bleiben: Die Zusammenarbeit in den Projektgruppen war geprägt von gegenseitigem Vertrauen, Respekt und großer Wertschätzung. Der Prozess wurde von Beginn an ergebnisoffen angelegt. Die sehr angenehme und unkomplizierte Zusammenarbeit begünstigte einen raschen Arbeitsfortschritt.
5. Der Miteinbezug resp. die Einbindung einer Vielzahl von unterschiedlichen Anspruchsgruppen war insbesondere in der Anfangsphase und in der Umsetzungsphase sehr wichtig. Die Berücksichtigung unterschiedlicher Perspektiven ermöglichte gleichzeitig eine gute Verankerung des Projektes in der Bevölkerung.
6. Öffentlichkeitsarbeit: Eine aktive Kommunikation mit der Bevölkerung, insbesondere mit Unterstützung der lokalen Tageszeitung, welche regelmäßig über das Projekt und über den Fortschritt der Vorbereitungs- und Umsetzungsarbeiten bis zur Praxiseinweihung berichtete, darf rückblickend ebenfalls als Erfolgsfaktor bezeichnet werden.
7. Und last but not least: Der gute Geist und der Optimismus, verbunden mit einem sehr hohen Engagement aller am Prozess Beteiligten, waren ebenfalls eine unerlässliche Voraussetzung für das gute Gelingen.

Literatur

- Burla L, Rüfenacht J (2013) Ausbildungen in der Humanmedizin und in Pflege- und Betreuungsberufen (Obsan Bulletin 2/2013). Schweizerisches Gesundheitsobservatorium, Neuchâtel
- Hänni K, Fellenberg T von (2012) Integrierte Medizinische Versorgung im Val Müstair – Die Lösung für die Peripherie? Schweizerische Ärztezeitung (SAEZ) 93(50):1849–1850
- Hostettler S, Kraft E (2017) 36 175 berufstätige Ärztinnen und Ärzte. Schweizerische Ärztezeitung (SAEZ) 98(13):394–400
- Kappeler O (2012) Neue Modelle für die Hausarztpraxis. PrimaryCare 22:426–427
- Moreau-Gruet F (2013) Multimorbidität bei Personen ab 50 Jahren. Ergebnisse der Befragung SHARE (Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe) (Obsan Bulletin 4/2013). Schweizerisches Gesundheitsobservatorium, Neuchâtel
- Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren GDK (2011) Ärztliche Grundversorgung in Randgebieten. Synthese aus den Gedankenaustauschen der Kantone 2010/2011, (GDK, Hrsg.), Bern

Prof. Mag. et lic. rer. pol. Christoph Buerkli, dipl. NPO-Manager VMI (Universität Freiburg). Studium der Rechts- und Wirtschaftswissenschaften an der Universität Bern (Lizentiat), Zweitstudium in Wirtschaftspädagogik (Magister), Diploma of Advanced Studies in Nonprofit-Management am VMI (Universität Freiburg). Seit 2001 vielfältige Praxiserfahrungen in der Führung und Beratung von Nonprofit-Organisationen, seit 2006 Projektleiter und Dozent im Competence Center für Public und Nonprofit Management an der Hochschule Luzern – Wirtschaft und tätig in der Lehre, Beratung und Forschung. Christoph Buerkli berät Nonprofit-Organisationen in Veränderungsprozessen und begleitet Ärzte bei der Nachfolgeplanung sowie bei der Konzipierung von innovativen Praxismodellen.

Häusliche Kinderkrankenpflege in Niedersachsen – Dem Fachkräftemangel begegnen

Kerstin Kremeike, Bernd Karow, Anika Mohr und Dirk Reinhardt

Inhaltsverzeichnis

9.1	Einleitung	110
9.2	Die Projektpartner	111
9.3	Befragung zu Ursachen des Fachkräftemangels	112
9.4	Erkenntnisse aus der Befragung	113
9.5	Netzwerk für Pflegeüberleitung	117
9.6	Angebote der Kinderbetreuung	118
9.7	Einsatz von Schülerinnen in der ambulanten Kinderkrankenpflege	118
9.8	Praxisanleitung und kollegialer Austausch für Berufseinsteigerinnen/-rückkehrerinnen	119
9.9	Schlussbetrachtung	120
	Literatur	120

Aufgrund einer besseren Lesbarkeit wird im folgenden Text jeweils nur ein Geschlecht verwendet, es sind aber ausdrücklich beide Geschlechter gemeint und werden um Verständnis gebeten.

K. Kremeike (✉) · B. Karow · A. Mohr
Netzwerk für die Versorgung schwerkranker Kinder und Jugendlicher e. V.
Hannover, Deutschland
E-Mail: kremeike.kerstin@betreuungsnetz.org

B. Karow
E-Mail: karow.bernd@betreuungsnetz.org

A. Mohr
E-Mail: mohr.anika@betreuungsnetz.org

D. Reinhardt
Klinik für Kinderheilkunde III, Universitätsklinikum Essen (AöR), Essen, Deutschland
E-Mail: kinderonekologie@uk-essen.de

Zusammenfassung

Die flächendeckende pflegerische Versorgung schwerkranker Kinder und Jugendlicher stellt in Niedersachsen aufgrund der geringen Bevölkerungsdichte bei gleichzeitig großer Fläche eine besondere Herausforderung dar. Der Mangel an Fachkräften in der Pflege erschwert diese Problematik noch. In einem dreijährigen Projekt wurden Ursachen für den Fachkräftemangel in der ambulanten Kinderkrankenpflege untersucht und Lösungsansätze entwickelt. Daraus abgeleitete Maßnahmen sind die Etablierung eines Netzwerks für Pflegeüberleitung, die Recherche regionaler Möglichkeiten der Kinderbetreuung, die Sicherstellung praktischer Einsätze in der ambulanten Kinderkrankenpflege während der Ausbildung sowie verstärkte Praxisanleitung für Berufseinsteigerinnen.

9.1 Einleitung

Die flächendeckende Versorgung schwerkranker Kinder und Jugendlicher stellt im Flächenland Niedersachsen mit vergleichsweise geringer Bevölkerungsdichte eine besondere Herausforderung dar (Kremeike et al. 2012). Vor diesem Hintergrund arbeiten verschiedene Akteure der Region wie das „Netzwerk für die Versorgung schwerkranker Kinder und Jugendlicher e. V.“ (im Folgenden: Netzwerk) und die „Qualitätsgemeinschaft Häusliche Kinderkrankenpflege Niedersachsen e. V.“ (QHK) an der Optimierung der Betreuung betroffener Patienten und ihrer Familien (Kremeike et al. 2014). Der Fachkräftemangel in der Pflege (Hämel und Schaeffer 2013) erschwert die genannte Problematik noch. Prognosen gehen für 2030 von 400.000 fehlenden Pflegekräften in Deutschland aus (PricewaterhouseCoopers 2010). Dabei spielen neben der durch den demografischen und epidemiologischen Wandel bedingten Zunahme an Pflegebedürftigen (z. B. Anstieg chronischer Erkrankungen – auch bei jungen Menschen) (Fenchel 2012) auch aktuelle Entwicklungen wie die Reform der Pflegeausbildung eine wichtige Rolle (BMG und BMFSFJ 2016). Wird die Reform wie derzeit diskutiert verabschiedet, werden sich Auszubildende in Pflegeberufen demnächst nicht mehr am Anfang ihrer Ausbildung für die Kranken-, Kinderkranken- oder Altenpflege entscheiden müssen, sondern es ist – aktuell ab 2018 – eine einheitliche Ausbildung für alle Pflegebereiche vorgesehen (Bundesregierung 2016). Dadurch soll die Attraktivität des Ausbildungsberufs erhöht, die beruflichen Einsatz- und Entwicklungsmöglichkeiten über die gesamte Zeit des Erwerbslebens verbessert und somit die individuelle Berufszufriedenheit gestärkt werden (Bund-Länder-Arbeitsgruppe Weiterentwicklung der Pflegeberufe 2012). Es bestehen jedoch auch Befürchtungen, dass die für den pädiatrischen Bereich notwendige spezifische Qualifikation in der generalisierten Ausbildung zu kurz kommt (Leuphold 2014). Schon jetzt zeigt sich ein Mangel an qualifiziertem Personal in der häuslichen Kinderkrankenpflege – besonders in ländlichen Regionen. Aber während im Erwachsenenbereich bereits Untersuchungen zum Fachkräftemangel in Flächenländern durchgeführt wurden, aus denen sich konkrete Handlungsempfehlungen für die Sicherstellung

einer hochwertigen pflegerischen Versorgung ableiten ließen (Behrens et al. 2014), fand die Kinderkrankenpflege diesbezüglich bisher keine gesonderte Beachtung.

Um diese Erkenntnislücke zu schließen, analysierten das Netzwerk und die QHK, maßgeblich finanziert durch das Niedersächsische Sozialministerium, Ursachen für den Fachkräftemangel in der häuslichen Kinderkrankenpflege, um darauf basierend Lösungsansätze zu entwickeln. Dazu wurde untersucht, wie sich die aktuelle Situation aus Sicht der Leitungen und Mitarbeiterinnen ambulant-pädiatrisch-tätiger Pflegedienste, von Kinderkrankenpflegeschülerinnen sowie Schulleitungen darstellt und welche möglichen Maßnahmen sich daraus für die Sicherstellung einer bedarfsgerechten ambulanten Versorgung ergeben.

9.2 Die Projektpartner

Netzwerk für die Versorgung schwer kranker Kinder und Jugendlicher e. V.

Im September 2007 wurde das Netzwerk (www.betreuungnetz.org) mit Sitz in Hannover gegründet mit dem Ziel der Verbesserung der flächendeckenden medizinischen, pflegerischen und psychosozialen Versorgung schwerkranker Kinder und Jugendlicher sowie deren Familien in Niedersachsen und angrenzenden Gebieten. Dabei verfolgt das Netzwerk einen sektorübergreifenden, multiprofessionellen und interdisziplinären Ansatz, um auf die unterschiedlichen Bedürfnisse einzelner Gruppen wie krebskranker, chronisch oder lebenslimitierend erkrankter Kinder und Jugendlicher sowie ihrer Angehörigen angemessen eingehen zu können.

Eine Kernaufgabe des Netzwerk ist die landesweite Koordination und Administration der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung für Kinder und Jugendliche (SAPV-KJ) in Niedersachsen, während fünf regionale Teams die multiprofessionelle Patientenversorgung vor Ort leisten. Weitere Arbeitsbereiche des Netzwerks sind das Geschwisterkinder-Netzwerk (Unterstützung von gesunden Geschwisterkindern), das Netzwerk für onkologische Fachberatung ([Langzeit-] Nachsorge nach einer Krebserkrankung im Kindes- oder Jugendalter) und der Fachkräftemangel in der häuslichen Kinderkrankenpflege.

Als einer von drei Trägern des 2016 gegründeten Landesstützpunktes „Hospiz- und Palliativversorgung in Niedersachsen“ (LSHPN) ist das Netzwerk außerdem an der strukturellen und inhaltlichen Weiterentwicklung der Hospiz- und Palliativversorgung in Niedersachsen beteiligt.

Qualitätsgemeinschaft Häusliche Kinderkrankenpflege Niedersachsen e. V.

Die QHK (www.qhk-nds.de) ist ein freiwilliger Zusammenschluss von aktuell fünf ambulant tätigen Kinderkrankenpflegediensten, die in kollegialer Zusammenarbeit die pflegerische Versorgung von schwerkranken Kindern und Jugendlichen in der Region verbessern möchten. Die QHK wurde im Rahmen eines vom Niedersächsischen Sozialministerium geförderten Modellprojekts 2006 konstituiert und erarbeitete unter anderem

speziell auf die Belange von schwer kranken Kindern und Jugendlichen zugeschnittene Qualitätskriterien sowie ein Audit-System für (Kinder-)Krankenpflegedienste.

Neben zehn Basis-Qualitätskriterien wurden dazu zehn Spezial-Qualitätskriterien festgelegt. Die Basiskriterien bilden die Grundlage, nach denen ambulante Pflegedienste gemäß Sozialgesetzbuch XI und den Rahmenvereinbarungen mit den Kostenträgern ihre Arbeit organisieren. Die Spezialkriterien richten sich ausschließlich an die Besonderheiten in der ambulanten Kinderkrankenpflege. Die Erfüllung der Qualitätskriterien wird durch jährlich stattfindende interne Audits in den teilnehmenden Kinderkrankenpflegediensten überprüft. Dabei stehen die Umsetzung der Qualitätskriterien in der Praxis und die kontinuierliche Verbesserung der Versorgungsqualität im Mittelpunkt. Weitere Bausteine der QHK sind gemeinsame Fort- und Weiterbildungen sowie Netzwerkarbeit.

Außerdem setzt sich die QHK zusammen mit anderen Organisationen für eine erhöhte öffentliche Aufmerksamkeit für Belange der häuslichen Kinderkrankenpflege ein. Die QHK ist personell im Vorstand des Netzwerks vertreten.

9.3 Befragung zu Ursachen des Fachkräftemangels¹

Um die Ursachen des Fachkräftemangels aus Sicht der Akteure in der ambulanten Kinderkrankenpflege zu erheben, wurden Leitungen und Mitarbeiterinnen ambulant-pädiatrisch-tätiger Pflegedienste, Kinderkrankenpflegeschülerinnen sowie Schulleitungen in Niedersachsen befragt. Dies fand anhand einer standardisierten Fragebogenerhebung von April bis Oktober 2015 statt.

Nach persönlicher Kontaktaufnahme wurden jeweils ein Fragebogen an die Leitungen von 17 zuvor identifizierten, im pädiatrischen Bereich tätigen Pflegediensten und zwölf Schulen sowie Mitarbeiterinnen- bzw. Schülerinnen-Fragebögen an jeweils sieben dieser Dienste und Schulen per Mail verschickt und um Rücksendung ausgefüllter Exemplare gebeten. Um über die bekannten ambulanten Pflegedienste hinaus dem Projektteam bisher unbekannte Dienste zu identifizieren, die Kinder und Jugendliche in Niedersachsen versorgen, wurde ein Online-Tool erstellt und ein Link dazu an sechs niedersächsische Dachorganisationen von Pflegeanbietern versandt mit der Bitte um Weiterleitung an die Mitgliedsdienste.

Bei der Fragebogenentwicklung für die Pflegedienstleitungen und -mitarbeiterinnen wurde maßgeblich auf ein bestehendes Instrument aus dem Erwachsenenbereich (Behrens et al. 2014) zurückgegriffen und auf pädiatrische Besonderheiten angepasst. Die Fragebögen für die beiden weiteren Zielgruppen erstellte das Projektteam. Die Inhalte der jeweiligen Fragebögen und der Rücklauf sind, nach Zielgruppe differenziert, in Tab. 9.1 dargestellt.

¹Methoden und Ergebnisse der Befragung sowie daraus abgeleitete Maßnahmen wurden in zwei Fachartikeln veröffentlicht (Kremeike et al. 2016a, b) und können in ausführlicherer Form dort nachgelesen werden.

Tab. 9.1 Zielgruppen, Inhalte und Rücklauf der Fragebogenerhebung. (Quelle: Eigene Darstellung 2017)

Zielgruppe	Fragebogen-Inhalte	Ausgewertet/versandt (Rücklauf)
Pflegedienstleitungen bekannter Dienste	<ul style="list-style-type: none"> • Patienten- und Mitarbeiterstruktur • Umfang und Ursachen des Fachkräftemangels • Personalmarketing (z. B. Personalgewinnung und -bindung) (Kolb 2008) 	9/17 (53 %)
Pflegekräfte bekannter Dienste	<ul style="list-style-type: none"> • Soziodemografische Daten • Beschäftigungsumfang 	97/489 (20 %)
Pflegekräfte bekannter Dienste	Bei Teilzeitanstellung: <ul style="list-style-type: none"> • Bereitschaft zur Aufstockung der Arbeitszeit • Hürden und Anreize für eine Aufstockung 	97/489 (20 %)
Über Online-Tool kontaktierte Dienste	<ul style="list-style-type: none"> • Beschäftigung von Kinderkrankenpflegekräften • Versorgung pädiatrischer Patienten • Generelle Bereitschaft zur (verstärkten) Übernahme pädiatrischer Versorgung 	15
Schulleitungen	<ul style="list-style-type: none"> • Anzahl der Ausbildungsplätze • Bewerbersituation • Demografische Daten der Schüler • Anmerkungen 	10/12 (83 %)
Schülerinnen	<ul style="list-style-type: none"> • Weitere berufliche Pläne • Erfahrungen in ambulanter Kinderkrankenpflege • Bewertung dieser Arbeitsform • Anmerkungen 	110

9.4 Erkenntnisse aus der Befragung

Patienten- und Mitarbeiterstruktur der Pflegedienste

Die neun Pflegedienste, deren Pflegedienstleitungen (PDL) einen Fragebogen ausfüllten, versorgten zum Befragungszeitpunkt (3. Quartal 2015) zusammen 271 Kinder und Jugendliche, 164 (61 %) davon mit mehr als vier Stunden täglich. Als maximale Entfernung zwischen Pflegedienst und Patientenwohnort gaben die PDL zwischen 21 und 121 km an. Sowohl in der PDL- als auch in der Mitarbeiterbefragung waren 97 % der Beschäftigten weiblich und 83 % Teilzeitkräfte.

Umfang und Ursachen des Fachkräftemangels

Alle neun befragten PDL gaben unbesetzte Stellen in ihren Diensten an, insgesamt fehlten zum Zeitpunkt der Befragung 29 Vollzeitkräfte. Gewünschte Qualifikationen waren neben einem Examen als Gesundheits- und Kinderkrankenpflegekraft auch pädiatrische Fachweiterbildungen für Heimbeatmung, außerklinische Intensivpflege und Palliative Care sowie die Zusatzbezeichnung Praxisanleitung.

Alle Dienste mussten im Jahr 2014 Versorgungsmöglichkeiten aufgrund von Personalmangel ausfallen lassen oder von vornherein ablehnen. Drei der befragten Pflegedienste führen Wartelisten für Versorgungsmöglichkeiten, die nicht innerhalb von 14 Tagen übernommen werden können. Zum Befragungszeitpunkt umfassten diese Listen insgesamt 21 Patienten. Die Ablehnungen der sieben Pflegedienste, deren PDL dazu Angaben machten, summieren sich für das Jahr 2014 auf 53 Versorgungsmöglichkeiten. Gleichzeitige Anfragen bei mehreren Pflegediensten sind dabei aufgrund der Entfernungen zwischen den einzelnen Diensten eher unwahrscheinlich.

Gründe für den Mangel an Pflegekräften sahen die befragten PDL vor allem in zu wenig verfügbaren Fachkräften, mangelnder Qualifikation vorhandener Kräfte, zu hohen Gehaltsvorstellungen und unzureichender Kinderbetreuung. Die angeführten Ursachen stimmen in großen Teilen mit den Ergebnissen der Befragung unter 81 Erwachsenenpflegediensten in Brandenburg überein (Behrens et al. 2014). Nur die großen Entfernungen spielten in der Brandenburger Erhebung keine Rolle. Dies ist aufgrund der relativ geringen Fallzahlen ein spezifisch pädiatrisches Problem.

Von den 80 im Rahmen der Erhebung befragten Teilzeitbeschäftigten konnten sich 27 (34 %) eine Erhöhung ihres Arbeitsumfangs vorstellen. Als wichtigste Hinderungsgründe nannten diese 27 eine mangelnde Kinderbetreuung, zu geringe Verdienstmöglichkeiten und familiäre Verpflichtungen. Zur betrieblichen Kinderbetreuung machten 22 der 27 Teilzeitkräfte Angaben: Zehn von ihnen hatten ein entsprechendes Angebot, nur eine nutzte es. Von den 12, denen dieses Angebot nicht zur Verfügung stand, würden drei es nutzen.

Personalmarketing und Bedarfsentwicklung

Unter Personalmarketing fallen neben der Gewinnung und Auswahl von Mitarbeitern auch die Mitarbeiterbindung und -entwicklung (Kolb 2008). Die befragten (Kinderkranken-) Pflegedienste konnten im Jahr 2014 insgesamt 15 Voll- und 62 Teilzeitkräfte hinzugewinnen. Diese Zahlen zeigen das Potenzial für die Fachkräfterekrutierung, das allerdings nicht in ausreichendem Maße vorhanden ist, um den wachsenden Bedarf in der ambulanten Kinderkrankenpflege zu decken. Denn obwohl die Bevölkerungsgruppe der Unter-15-Jährigen in Deutschland von 1999 bis 2015 um 16 % schrumpfte (Destatis 2017a), wuchs die Gruppe der Pflegebedürftigen unter 15 Jahren mit einer Pflegestufe im gleichen Zeitraum um 15 % (Destatis 2017b). Diese Entwicklung bedingt sich u. a. durch den medizinischen Fortschritt und die damit einhergehenden verbesserten Überlebenschancen schwer kranker Kinder und Jugendlicher. Die zunehmende Umsetzung des Grundsatzes „ambulant vor stationär“ in der Gesundheitsversorgung (verankert z. B. in § 3 Sozialgesetzbuch (SGB) XI und § 37 SGB XI) bedingt dabei vor allem eine wachsende Inanspruchnahme häuslicher Pflege (Destatis 2017b). So wuchs auch der Anteil der zu Hause versorgten

Pflegebedürftigen unter 15 Jahre zwischen 1999 und 2015 um 15 %. Teilstationäre Versorgungen in Heimen nahmen im gleichen Zeitraum um 9 % zu, während der Anteil der stationär in Heimen versorgten Patienten der genannten Altersgruppe um 36 % sank.

Die PDL nannten als effektivste Maßnahmen zur Personalgewinnung eine gezielte Einarbeitung direkt nach der Ausbildung, spezielle Wiedereinstiegsmodelle für Berufspausierer sowie ältere Mitarbeiterinnen länger im Betrieb zu halten. Die Idee, durch Zusage einer verstärkten Einarbeitung in die häusliche Pflege vermehrt neue Fachkräfte zu gewinnen, lag bereits einem in den Jahren 2010–2014 durchgeführten Projekt der QHK zugrunde. Dieses Projekt richtete sich an Kinderkrankenpflegekräfte nach dem Examen oder der Elternzeit sowie an Krankenpflegekräfte aus dem Erwachsenenbereich, 242 neue Mitarbeiterinnen wurden dabei intensiv eingearbeitet; 76 Berufsanfängerinnen, 74 Wiedereinsteigerinnen und 92 examinierte Krankenpflegekräfte. Die durchschnittliche Einarbeitungszeit belief sich auf 56 h und wurde von sieben Kinderkrankenpflegediensten in ganz Niedersachsen durchgeführt. Die beteiligten Pflegedienste bewerteten den Zugewinn des Projekts als positiv.

Als effektivste Maßnahmen der Personalbindung beschrieben die PDL die Finanzierung spezieller Weiterbildungen, das Bereitstellen von Dienstwagen, flexible Arbeitszeiten sowie die finanzielle Beteiligung an der Kinderbetreuung. Letztere bieten die Dienste nicht selbst an, obwohl vier PDL sich dies vorstellen könnten.

Die befragten Mitarbeiterinnen schätzten am meisten die Flexibilisierung von Arbeitszeiten, besondere Entlohnung hoher Einsatzbereitschaft, übertariflichen Urlaub, Finanzierung spezieller Weiterbildungsmaßnahmen sowie die finanzielle Beteiligung an betrieblicher Altersvorsorge.

Über Online-Tool kontaktierte Erwachsenenpflegedienste

Von den 15 Diensten, die an der Online-Befragung teilnahmen, versorgten drei keine Kinder oder Jugendlichen und wollten auch grundsätzlich keine solchen Versorgungen übernehmen. Von den verbleibenden 12 Diensten betreuten zum Befragungszeitpunkt sieben Dienste Kinder, fünf beschäftigten Kinderkrankenpflegekräfte. Dass fünf der Pflegedienste trotz ihrer Bereitschaft dazu keine Kinder versorgten, lag laut der Befragten vor allem daran, dass Krankenhäuser, die Kinder und Jugendliche in die Häuslichkeit entlassen, sich nicht an diese Dienste wenden oder an den fehlenden pädiatrischen Kenntnissen der Mitarbeiterinnen.

Ausbildungssituation laut Schulleitungen

Pro Jahr stehen an den zehn Schulen, deren Leitungen einen Fragebogen ausfüllten, insgesamt durchschnittlich 125 Ausbildungsplätze in der Kinderkrankenpflege zur Verfügung.² In den Jahren 2013 und 2014 wurden alle genannten Plätze zu Beginn der Ausbildungsphase belegt. Neun der zehn Schulen gaben an, dass sie Bewerberinnen in den

²In vier der Schulen wird die Ausbildung nur alle drei Jahre angeboten, dies wurde bei der Berechnung der Gesamtsumme der jährlich verfügbaren Plätze berücksichtigt.

Jahren 2013 und 2014 aufgrund der großen Bewerberinnenzahl ablehnen mussten. Von den drei Schulen, die dazu konkrete Angaben machen konnten, mussten in den beiden abgefragten Jahren insgesamt 1004 Bewerberinnen abgelehnt werden. Gleichzeitige Mehrfachbewerbungen sind hierbei jedoch wahrscheinlich.

Demografische Charakteristika und berufliche Pläne der befragten Schülerinnen

Von den 110 Schülerinnen waren 98 % zum Befragungszeitpunkt zwischen 18 und 25 Jahre alt, 81 % verfügten über eine Hochschulreife und 19 % über einen Realschulabschluss. Im ersten Lehrjahr befanden sich 30 % von ihnen, 22 % im zweiten und 48 % im dritten.

Die Frage nach ihrem Wunscharbeitsort nach Abschluss der Ausbildung beantworteten 103 der 110 Schülerinnen, dabei waren Mehrfachnennungen möglich. Mit 120 von 161 Angaben war die Klinik der am häufigsten genannte Wunscharbeitsort; hier wurde vor allem eine Tätigkeit in der Neonatologie (32 Nennungen), der Kinder- und Jugendpsychiatrie (23) und im stationären pädiatrischen Bereich (20) angestrebt. Eine ambulante Tätigkeit wurde 13-mal genannt, dreimal als Erstwunsch. Acht Schülerinnen planten eine Weiterqualifikation, etwa ein Studium, und fünf Befragte beabsichtigten einen Auslandsaufenthalt. Vier Befragte konnten keine Aussage zu Plänen nach Ausbildungsabschluss machen.

Von den 105 Schülerinnen, die entweder die Frage nach dem gewünschten Arbeitsort oder nach einer geplanten Weiterqualifikation nach Abschluss der Ausbildung beantworteten, zogen 33 ein Studium in Betracht, 31 davon verfügten bereits bei Aufnahme der Ausbildung über eine Hochschulreife.

Erfahrungen in der ambulanten (Kinder-)Krankenpflege und Bewertung dieser Arbeitsform durch Kinderkrankenpflege-Schülerinnen

Zum Befragungszeitpunkt hatten 49 Schülerinnen einen praktischen Einsatz in der ambulanten Kinderkrankenpflege absolviert, 61 verfügten nicht über eine entsprechende Erfahrung. In beiden Gruppen konnten sich etwa 60 % der Schülerinnen vorstellen, nach Abschluss ihrer Ausbildung im ambulanten Bereich zu arbeiten.

Gut gefielen den Schülerinnen mit bereits absolviertem ambulantem Einsatz daran besonders die direkte Unterstützungsmöglichkeit in den Familien, das selbstständige Arbeiten und die flexiblen Arbeitszeiten. Als negative Aspekte der ambulanten Tätigkeit nannten sie vor allem die fehlende Austauschmöglichkeit im Team, die Arbeit in einem privaten Haushalt und die alleinige Verantwortung vor Ort.

Auch die 22 der 61 Schülerinnen ohne ambulante Praxiserfahrung, für die dieser Tätigkeitsbereich grundsätzlich nicht infrage käme, wurden um eine Begründung dieser Einschätzung gebeten. Am häufigsten nannten diese die fehlende praktische Erfahrung, gefolgt von durch die Praxis-Erfahrenen kritisierten Aspekten.

Zu Gesichtspunkten, die die Wahrscheinlichkeit einer Arbeitsaufnahme in der ambulanten Kinderkrankenpflege erhöhen würden, äußerten sich 31 der 49 ambulant bereits Erfahrenen. Diese Schülerinnen wünschten sich vor allem verbesserte Arbeitszeiten, eine höhere Bezahlung, mehr Teamarbeit bzw. Austauschmöglichkeit und einen praktischen Einsatz in der ambulanten Kinderkrankenpflege während der Ausbildung.

9.5 Netzwerk für Pflegeüberleitung

Die in Abschn. 9.4 beschriebenen Untersuchungsergebnisse zeigen, dass in Niedersachsen Erwachsenenpflegedienste existieren, die zur Übernahme von (mehr) pädiatrischen Versorgungen bereit wären, dies aber zum Befragungszeitpunkt nicht taten. Daher ist eine aus den Erkenntnissen der Befragung abgeleitete Maßnahme die Etablierung eines Netzwerks für die Überleitung schwer kranker Kinder und Jugendlicher in die häusliche Versorgung durch Erwachsenenpflegedienste. Zielgruppe für diese Pflegeüberleitung sind pädiatrische Patienten, die aufgrund mangelnder Kapazitäten nicht von einem Kinderkrankenpflegedienst versorgt werden können und ohne eine Überleitung an Erwachsenenpflegedienste stationär verbleiben oder allein von den Angehörigen versorgt werden müssten. Auch Patienten am Übergang zur Volljährigkeit (Transition) gehören dazu.

Die Überleitungen werden durch Pflegeexpertinnen der Kinderkrankenpflegedienste der QHK unterstützt. Ein für die Realisierung dieser Maßnahme im September 2016 begonnenes Projekt des Netzwerks und der QHK umfasst folgende Aspekte:

- Aufbau eines Netzwerks aus Erwachsenen- und Kinderkrankenpflegediensten sowie stationären Einrichtungen der Kinderheilkunde, die Patienten nach Hause entlassen,
- Beratung von Erwachsenenpflegediensten auf Leitungsebene bezüglich der Organisation pädiatrischer Versorgungen,
- Einsatz von Pflegeexpertinnen der Kinderkrankenpflegedienste für
 - die Überleitung von Patienten ambulanter Kinderkrankenpflegedienste oder stationären Einrichtungen in die häusliche Betreuung durch Erwachsenen-Pflegedienste,
 - Anleitung von Mitarbeiterinnen von Erwachsenenpflegediensten bei bestehenden häuslichen Versorgungen von Kindern und Jugendlichen und
- Qualifizierung der Mitarbeiterinnen der Erwachsenenpflegedienste in Bezug auf die besonderen Anforderungen der häuslichen Kinderkrankenpflege.

Bei der Umsetzung dieser Maßnahmen kann auf bereits bestehende Qualitätskriterien der QHK zurückgegriffen werden. So existieren etwa strukturierte Vorgaben für die Pflegeüberleitung, die Anleitung und Beratung des Patienten und seiner Eltern bzw. weiterer Bezugspersonen nach SGB V sowie die Anleitung, Beratung und Schulung nach § 45 SGB XI.

In den ersten sechs Monaten des Projekts wurden dem Projektteam bereits 19 Kinder und Jugendliche aus Niedersachsen gemeldet, die entweder aus der Klinik entlassen werden sollten, unversorgt in der Häuslichkeit von den Eltern alleine betreut wurden oder bei denen eine Überleitung von einem Kinderkrankenpflegedienst an einen Erwachsenenpflegedienst vorgesehen war. Bei sieben der 19 Patienten fanden insgesamt zehn Einsätze von Pflegeexperten zu Beratung und Schulung statt. Dabei bekamen 36 Mitarbeiterinnen aus Erwachsenenpflegediensten im Durchschnitt 2,1 h die Besonderheiten der betreffenden Versorgung vermittelt. Neun Patienten befanden sich zum Stichtag 15. März 2017 noch in der Versorgung eines Kinderkrankenpflegedienstes, sollten jedoch an einen Erwachsenenpflegedienst übergeleitet werden. Ein Patient befand sich in der

Klinik, zwei wurden dem Projekt von Kliniken zwar gemeldet, konnten jedoch ohne Überleitung durch Pflegeexperten entlassen werden, da sich ihr Gesundheitszustand noch während des stationären Aufenthaltes verbessert hatte.

9.6 Angebote der Kinderbetreuung

Ein häufiges Problem bei der Personalbindung liegt in der Unvereinbarkeit von Beruf und Familie (Behr 2012). Als eine sinnvolle betriebliche Strategie zur Deckung des Fachkräftebedarfs wird daher neben der verstärkten Anwerbung von Fachkräften und der Aktivierung von Reserven (Arbeitslose, stille Reserve) auch die Erweiterung der Beschäftigungszeiten gesehen (Behrens et al. 2014). Für die 27 der 80 befragten Teilzeitbeschäftigten der in Abschn. 9.4 beschriebenen Untersuchung, die sich eine Arbeitszeiterhöhung generell vorstellen können, spielen die Kinderbetreuung und finanzielle Anreize eine besondere Rolle.

Etwa 80 % der Mitarbeiterinnen der (Kinder-)Pflegedienste sind in einer Altersspanne, in der Kinderbetreuung von Relevanz sein kann. Die Angaben der befragten Teilzeitkräfte zur Nutzung betrieblicher Kinderbetreuung erscheinen jedoch widersprüchlich. Von den 22 der 27 Teilzeitbeschäftigten, die sich dazu äußerten, nutzte nur eine von zehn ein bestehendes Angebot und lediglich drei von zwölf würden es tun, wenn ihr Arbeitgeber ein solches Angebot vorhalten würde. Ein Grund für die mangelnde Bereitschaft zur Nutzung entsprechender betrieblicher Angebote könnte in fehlenden Vorstellungen dazu liegen, wie eine qualitativ hochwertige betriebliche Kinderbetreuung aussehen könnte, oder darin begründet sein, dass die Arbeitszeiten der Pflegekräfte nicht selten inkompatibel mit den Öffnungszeiten von Betreuungseinrichtungen sind. Außerdem ist die Möglichkeit der zentralen betrieblichen Kinderbetreuung oftmals durch die großen Einzugsgebiete der Mitarbeiterinnen und Patienten eingeschränkt. Die (Kinder-)Krankenpflegedienste in Niedersachsen halten ein Betreuungsangebot aus ihrer Erfahrung aber dennoch für relevant. Daher wurden verschiedene Maßnahmen (BMFSFJ 2015) auf ihre Praxistauglichkeit und Bedarfsorientierung in einzelnen niedersächsischen Kinderkrankenpflegediensten überprüft. Dazu gehören etwa dezentrale Lösungen oder der Kinderbetreuungszuschuss (DIHK 2014). Auch die Bundesregierung hat auf den bestehenden Bedarf reagiert und ein Förderprogramm „Betriebliche Kinderbetreuung“ aufgelegt (BMFSFJ 2009). Die Möglichkeiten zur Nutzung des Kinderbetreuungszuschusses (laut § 3 Nr. 33 EStG) wurden im Rahmen des Projekts zusammengestellt und an die Pflegedienste übermittelt.

9.7 Einsatz von Schülerinnen in der ambulanten Kinderkrankenpflege

In vorliegender Erhebung war die Klinik der am häufigsten genannte Wunscharbeitsort. Dieses Ergebnis stimmt mit dem vorhergehender Befragungen überein (Buxel 2011; Blum et al. 2006). Die Attraktivität einer Tätigkeit in der ambulanten Pflege scheint damit eher eingeschränkt zu sein (Buxel 2011).

Rund 60 % der in vorliegender Erhebung befragten Schülerinnen können sich grundsätzlich vorstellen, nach Abschluss ihrer Ausbildung in der ambulanten Kinderkrankenpflege zu arbeiten. Diejenigen, denen Bedingungen wie die direkte Unterstützungsmöglichkeit in den Familien, das selbstständige Arbeiten und die flexiblen Arbeitszeiten entgegenkommen, lassen sich nach entsprechenden persönlich gemachten positiven Erfahrungen vermutlich eher für eine ambulante Tätigkeit gewinnen.

Aktuell prägen Veränderungen wie die stärkere Ausrichtung auf die ambulante gegenüber der stationären Versorgung (vgl. z. B. SGB V § 37 sowie SGB XI § 3) und die Zunahme der Anzahl und Lebenserwartung schwer kranker Kinder und Jugendlicher bei gleichzeitig schließenden oder kleiner werdenden Kinderkliniken das deutsche Gesundheitswesen. So sank die Bettenzahl in den Fachabteilungen der Kinderheilkunde in niedersächsischen Krankenhäusern zwischen 2002 und 2014 um 11,3 % (LSN 2017). Gleichzeitig steigt die Geburtenrate in Deutschland seit 2012 wieder an (Destatis 2017c). Diese Veränderungen lassen der ambulanten Kinderkrankenpflege wachsende Bedeutung zukommen, die sich auch in der Ausbildung der Fachkräfte wiederfinden sollte. Laut der Erkenntnisse der in Abschn. 9.4 beschriebenen Erhebung wird innerhalb der Ausbildung bzw. der Spezialisierung zur Kinderkrankenpflegekraft aber nicht immer sichergestellt, dass die Schülerinnen einen ambulanten Praxiseinsatz tatsächlich im Bereich der ambulanten Kinderkrankenpflege absolvieren können. Dies ist vor dem Hintergrund der wachsenden Bedeutung der ambulanten Versorgung ein Defizit, welches zukünftig behoben werden sollte.

Da die Anzahl der Schülerinnen, die ein Pflegedienst gleichzeitig in einen Praxiseinsatz aufnehmen kann, begrenzt ist, könnte ein Lösungsansatz für die genannte Problematik sein, die praktischen Einsatzzeiten der Kinderkrankenpflegeschülerinnen zeitlich versetzt stattfinden zu lassen. Damit würde über das Jahr verteilt möglichst vielen Schülerinnen ein Einsatz in der ambulanten Kinderkrankenpflege ermöglicht. Derzeit scheitert dies oftmals an den Vorgaben der praktischen Einsatzzeiträume durch die schulischen Ausbildungsstätten. Ein weiterer Ansatzpunkt wäre die Optimierung der Mobilität der Schülerinnen, die laut der Kinderkrankenpflegedienste – vor allem in ländlichen Regionen – häufig eine Hürde für den ambulanten Einsatz darstellt. Fahrtkostenübernahmen oder die Bereitstellung von Fahrzeugen für die Zeit des Praxiseinsatzes sollten hier in Betracht gezogen werden.

9.8 Praxisanleitung und kollegialer Austausch für Berufseinsteigerinnen/-rückkehrerinnen

Kritisch beurteilten die befragten Schülerinnen an der ambulanten Tätigkeit – vor allem aufgrund mangelnder praktischer Erfahrung – die Arbeit innerhalb eines privaten Haushaltes, die fehlende Austauschmöglichkeit in einem Team und die alleinige Verantwortung vor Ort. Den beiden letztgenannten Punkten kann mit einem intensiven Einsatz von Praxisanleitungen und ausführlichen Einarbeitungskonzepten begegnet werden. Diesen Aspekten wird im Rahmen bereits bestehender Qualitätsstandards der QHK schon heute

Rechnung getragen. So existieren etwa für die Einarbeitung neuer Mitarbeiterinnen oder interne Fallbesprechungen im Pflorgeteam strukturierte Vorgaben, die verbindliche zeitliche und inhaltliche Regelungen beinhalten. Daran sollten sich weitere Kinderkrankenpflegedienste orientieren, um auch potenziellen Mitarbeiterinnen frühzeitig transparent zu machen, dass ambulante Pflegedienste bestrebt sind, ihre Fachkräfte im Arbeitsalltag nicht allein zu lassen. Die Erfahrungen aus dem von 2010 bis 2014 durchgeführten Projekt der QHK zur verstärkten Einarbeitung in die häusliche Kinderkrankenpflege (vgl. Abschn. 9.4) können hier als Grundlage für entsprechende Konzepte und die Kalkulation von Ressourcenbedarfen dienen.

9.9 Schlussbetrachtung

Die Erkenntnisse aus den Befragungen bestätigen eine inadäquate häusliche pflegerische Versorgung schwerkranker Kinder und Jugendlicher in Niedersachsen. Als besonders problematisch zeigen sich dabei die großen Entfernungen zwischen Patienten und Pflegediensten, eine mangelnde Qualifikation verfügbarer Pflegekräfte und fehlende freie Kräfte auf dem Arbeitsmarkt. Neueinstellungen oder die Aufstockung von Teilzeitkräften scheitern häufig an mangelnder Kinderbetreuung und zu geringen Verdienstmöglichkeiten.

Bezüglich der kinderkrankenpflegerischen Ausbildung zeigen sich die Herausforderungen darin, die examinierten Kräfte in der Pflege zu halten, sie für eine ambulante Tätigkeit zu begeistern und für die spezifischen Anforderungen in der ambulanten Kinderkrankenpflege zu qualifizieren und vorzubereiten.

Um den bestehenden Problemen zu begegnen, wurden folgende Maßnahmen abgeleitet:

- Überbrückung großer Entfernungen durch die Etablierung eines Netzwerks für Pflegeüberleitung
- Erarbeitung von Konzepten zu regionalen Angeboten der Kinderbetreuung
- Ermöglichung praktischer Erfahrung für Schülerinnen im ambulanten pädiatrischen Bereich
- Verstärkte Praxisanleitung und mehr Austausch mit Kolleginnen für Berufseinsteigerinnen

Auch eine bessere finanzielle Entlohnung würde die häusliche Kinderkrankenpflege für Fachkräfte attraktiver machen. Um diese in den Diensten zu realisieren, spielen Anreize durch die Politik eine große Rolle.

Literatur

Behr T (2012) Nachhaltige Strategien der Personalfindung und Personalbindung im Überblick. In: Bettig U, Frommelt M, Schmidt R (Hrsg) Fachkräftemangel in der Pflege, Konzepte, Strategien, Lösungen. Medhochzwei, Heidelberg, S 295–306

- Behrens J, Fleischer S, Ludwig C (2014) Brandenburger Fachkräftestudie Pflege. Kurzfassung. Potsdam. www.masgf.brandenburg.de/media_fast/4055/fks_pflge_kurz.pdf. Zugriffen: 9. März 2017
- Blum K, Isfort M, Schilz P, Weidner F (2006) Pflegeausbildung im Umbruch – Pflegeausbildungsstudie Deutschland (PABis). Deutsche Krankenhaus Verlagsgesellschaft, Düsseldorf
- BMFSFJ (2009) Betriebliche Kinderbetreuung zahlt sich aus. Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ, Hrsg). <https://www.erfolgskfaktor-familie.de/betriebliche-kinderbetreuung/so-koennen-sie-sich-foerdern-lassen.html>. Zugriffen: 9. März 2017
- BMFSFJ (2015) Checkheft familienorientierte Personalpolitik für kleine und mittlere Unternehmen. Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ, Hrsg). https://www.erfolgskfaktor-familie.de/fileadmin/ef/data/mediathek/1505_EF_Checkheft-familienorientierte-Personalpolitik-KMU_barrierefrei.pdf. Zugriffen: 9. März 2017
- BMG, BMFSFJ (2016) Die Reform der Pflegeausbildung – der Entwurf des Pflegeberufgesetzes. Bundesministerium für Gesundheit (BMG, Hrsg) und Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ, Hrsg). <http://www.bmfsfj.de/RedaktionBMFSFJ/Abteilung3/Pdf-Anlagen/reform-pflegeberufgesetz.property=pdf,bereich=bmfsfj,sprache=de,rwb=true.pdf>. Zugriffen: 9. März 2017
- Bund-Länder-Arbeitsgruppe Weiterentwicklung der Pflegeberufe (2012) Eckpunkte zur Vorbereitung des Entwurfs eines neuen Pflegeberufgesetzes. <https://www.bmfsfj.de/blob/77280/4dfe6afe4f76e0f29465b62548531fe8/eckpunkte-pflegeberufgesetz-data.pdf>. Zugriffen: 9. März 2017
- Bundesregierung (2016) Reform der Pflegeberufe im Bundestag. Einheitliche Ausbildung für die Pflege. <https://www.bundesregierung.de/Content/DE/Artikel/2016/01/2016-01-13-reform-pflegeberufe.html>. Zugriffen: 9. März 2017
- Buxel H (2011) Jobwahlverhalten, Motivation und Arbeitsplatzzufriedenheit von Pflegepersonal und Auszubildenden in Pflegeberufen: Ergebnisse dreier empirischer Untersuchungen und Implikationen für das Personalmanagement und -marketing von Krankenhäusern und Altenpflegeeinrichtungen. https://www.fh-muenster.de/oecotrophologie-facility-management/downloads/holger-buxel/2011_Studie_Zufriedenheit_Pflegepersonal.pdf. Zugriffen: 9. März 2017
- Destatis (2017a) Mikrozensus (EVAS-Nr. 12211), Bevölkerung, Erwerbstätige, Erwerbslose, Erwerbspersonen, Nichterwerbspersonen: Deutschland, Jahre, Altersgruppen; Zweigstelle Bonn. Statistisches Bundesamt (Hrsg.), https://www-gene-sis.destatis.de/genesis/online/data;jsessionid=6397EDA633FF4A664047D7F1C9F47B26.tomcat_GO_1_1?operation=abrufatabellAbrufen&selectionname=12211-0002&levelindex=1&levelid=1488453064146&index=2. Zugriffen: 9. März 2017
- Destatis (2017b) Statistik über ambulante Pflegeeinrichtungen (Pflegedienste) sowie Statistik über stationäre Pflegeeinrichtungen (Pflegeheime); Pflegebedürftige: Deutschland, Stichtag, Art der Versorgung, Altersgruppen; Statistisches Bundesamt (Hrsg). Bonn. https://www-genesis.destatis.de/genesis/online/data;jsessionid=6397EDA633FF4A664047D7F1C9F47B26.tomcat_GO_1_1?operation=abrufatabellAbrufen&selectionname=22400-0001&levelindex=1&levelid=148845388624&index=1. Zugriffen: 9. März 2017
- Destatis (2017c) Geburten. Statistisches Bundesamt (Hrsg). <https://www.destatis.de/DE/Zahlen-Fakten/GesellschaftStaat/Bevoelkerung/Geburten/Geburten.html>. Zugriffen: 9. März 2017
- DIHK (2014) Vereinbarkeit von Familie und Beruf. Am Ball bleiben – Kinderbetreuung flexibilisieren und ausbauen. Deutsche Industrie- und Handelskammer (DIHK, Hrsg). www.dihk.de/.../ihk-unternehmensbarometer-kinderbetreuung.pdf. Zugriffen: 9. März 2017
- Fenchel V (2012) Demografische Aspekte des Fachkräftemangels. In: Bettig U, Frommelt M, Schmidt R (Hrsg) Fachkräftemangel in der Pflege, Konzepte, Strategien, Lösungen. Medhochzwei, Heidelberg, S 3–17

- Hämel K, Schaeffer D (2013) Who cares? Fachkräftemangel in der Pflege. *Z Sozialreform* 59(4):413–431
- Kolb M (2008) Personalmanagement: Grundlagen – Konzepte – Praxis. GWV Fachverlage GmbH. Wiesbaden
- Kremeike K, Eulitz NK, Jünger S, Sander A, Geraedts M, Reinhardt D (2012) Paediatric palliative home care in areas of Germany with low population density and long distances: a questionnaire survey with general paediatricians. *BMC Res Notes* 5(1):498
- Kremeike K, Reinhardt D, Sander A (2014) The role of nursing in pediatric palliative home care – experiences from lower saxony. *J Nurs Educ Pract* 4(2):243–252
- Kremeike K, Karow B, Mohr A (2016a) Dem Fachkräftemangel begegnen. Häusliche Kinderkrankenpflege in Niedersachsen. *ProCare* 21(6–7):36–40. <https://doi.org/10.1007/s00735-016-0664-1>
- Kremeike K, Mohr A, Karow B, Reinhardt D (2016b) Fachkräftemangel in der ambulanten Kinderkrankenpflege – Eine Befragung unter Kinderkrankenpflege-Schülerinnen und Schulleitungen in Niedersachsen. *Kinderkrankenschwester* 35(11):422–427
- Leuphold F (2014) „Kindsein braucht unsere Pflege“ – Gesundheits- und Kinderkrankenpflege auch zukünftig sicherstellen! *Kinderkrankenschwester* 33(8):312
- LSN (2017) Themenbereich Gesundheitswesen – Statistische Berichte. Landesamt für Statistik Niedersachsen (LSN, Hrsg). <http://www.statistik.niedersachsen.de/startseite/themenbereiche/gesundheitswesen/themenbereich-gesundheitswesen—statistische-berichte-87578.html>. Zugegriffen: 9. März 2017
- Pricewaterhouse Coopers (2010) Fachkräftemangel. Stationärer und ambulanter Bereich bis zum Jahr 2030. www.pwc.de/de/gesundheitswesen-und-pharma/assets/fachkraeftemangel.pdf. Zugegriffen: 9. März 2017

Dr. rer. medic. Kerstin Kremeike, Dipl.- Politikwissenschaftlerin und staatlich anerkannte Physiotherapeutin, ist wissenschaftliche Mitarbeiterin im „Netzwerk für die Versorgung schwerkranker Kinder und Jugendlicher e. V.“.

Bernd Karow, M.A. Public Health/ Pflegewissenschaften, ist Projektmanager im „Netzwerk für die Versorgung schwerkranker Kinder und Jugendlicher e. V.“.

Anika Mohr, B.A. Management im Gesundheitswesen und examinierte Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerin, ist Projektmanagerin im „Netzwerk für die Versorgung schwerkranker Kinder und Jugendlicher e. V.“.

Prof. Dr. med. Dirk Reinhardt, Direktor der Kinderklinik III des Universitätsklinikums Essen, ist 1. Vorsitzender des „Netzwerks für die Versorgung schwerkranker Kinder und Jugendlicher e. V.“.

Thomas Fröber

Inhaltsverzeichnis

10.1 Einleitung..... 126

10.2 Geografie..... 127

10.3 Themenfelder..... 128

 10.3.1 Gesundheitswirtschaft..... 129

 10.3.2 Gesundheitsförderung..... 129

 10.3.3 Gesundheitsbildung..... 131

 10.3.4 Gesundheitstourismus..... 132

10.4 Partnerauswahl..... 133

10.5 Organisation..... 135

10.6 Langfristige Ausrichtung..... 135

10.7 Schlussbetrachtung..... 136

Literatur..... 137

Zusammenfassung

Die Etablierung einer Gesundheitsregion in Schleswig-Holstein stellt vor dem Hintergrund der Finanzierungsmöglichkeiten in diesem Bundesland eine besondere Herausforderung dar. Im Falle der Gesundheits- und Präventionsregion im Kreis Rendsburg-Eckernförde „Gesund am NOK“ kam die Initiative aus den Reihen der gesetzlichen Krankenversicherung – aufgrund des neuen Präventionsgesetzes, in Kraft seit 01.01.2016. Die Initiative verbindet starke Partner aus den Bereichen der

T. Fröber (✉)
Projektleitung „Gesund am NOK“, c/o atlas BKK ahlmann, Büdelsdorf, Deutschland
E-Mail: thomas.froeber@abkka.de

Gesundheitswirtschaft, des Gesundheitstourismus, der Gesundheitsförderung und der Gesundheitsbildung auf einer gemeinsamen lokalen Netzwerkplattform. „Gesund am NOK“ verfolgt seit der Gründung am 4. November 2015 das Ziel, die vielfältigen Themen des Gesundheitswesens unter einem gemeinsamen Dach zu koordinieren und so für die Menschen in der Region diese Themen transparenter zu machen. Je mehr Menschen und Institutionen sich dazu austauschen, desto komplexer werden die Inhalte und die Anforderungen an die Initiative. Umso sinnvoller erscheint es, diese Netzwerkarbeit zu leisten, Menschen zu den wichtigen Themen zusammenzubringen und Synergien für alle Partner und Interessierten zu generieren. Eine regelmäßige Evaluation sollte zwingend stattfinden. Die Praxis hat gezeigt, dass durch intensive Gespräche die interessantesten Ideen entstehen und in den ersten 18 Monaten ihres Bestehens bereits nachhaltige Projekte aus dieser Initiative hervorgegangen sind. Für den Fortbestand der Initiative ist allerdings eine passende Organisationsform unabdingbar.

10.1 Einleitung

Durch die Planungen der Bundesregierung für das Präventionsgesetz 2016 kam der Vorstand (Peter Witt) der Bremer Körperschaft atlas BKK ahlmann auf die Idee, in Schleswig-Holstein um den Sitz der Geschäftsstelle in Büdelsdorf eine Gesundheitsregion zu errichten. Als erste und bisher einzige gesetzliche Krankenkasse in der Bundesrepublik Deutschland, die eine solche Idee in die Tat umsetzt, hatte die atlas BKK ahlmann selbstredend nicht nur uneigennützige Motive für dieses Vorhaben. Die Körperschaft versammelt im Großraum Rendsburg ihr größtes Kundenaufkommen und ist dort seit Jahrzehnten auf Wachstumskurs – geprägt von einem kontinuierlich guten Verhältnis zu Kliniken, Ärzteschaft und Leistungsanbietern.

Vor dem Hintergrund, dass in Schleswig-Holstein fast 18 % aller Arbeitnehmer im Gesundheitswesen beschäftigt sind und dieser Anteil sich im Großraum Rendsburg noch einmal erhöht, ergibt es Sinn, eine solche Initiative genau in dieser Region zu platzieren. Nahezu 20 % der Arbeitnehmer im Großraum Rendsburg sind im Gesundheitswesen beschäftigt. Erstaunlich daran ist, dass der Impuls zu einem solchen Projekt nicht längst aus der ortsansässigen Gesundheitswirtschaft gekommen ist. Mit nahezu 18 % nimmt Schleswig-Holstein im bundesweiten Vergleich immerhin die Spitzenposition ein. Zum Vergleich: in Bayern sind es lediglich 10 %, wenn auch mit steigender Tendenz (siehe Sammelband „Management von Gesundheitsregionen I“, Kap. 1, Holleeder et al. 2016). Nicht umsonst wird in vielen Publikationen vom „Gesundheitsland Schleswig-Holstein“ gesprochen.

Nachdem es für den Begriff „Gesundheitsregion“ keine einheitliche Definition gibt und sich seit 2008 in der Bundesrepublik Initiativen in einer wachsenden Zahl in diese Richtung bilden, bleibt festzustellen, dass diese „Gesundheitsregionen“ regional sehr unterschiedlich aufgestellt sind. Die verschiedenen in einer Region angesiedelten Leistungserbringer, Forschungsinstitute und einschlägigen Wirtschaftsunternehmen der

Gesundheitsbranche schließen sich zugunsten neuer, zukunftssträchtigeren Kooperationen und Wertschöpfungen zusammen (Hellmann und Elbe 2009). Deshalb erfolgt die Gründung einer Gesundheitsregion meist aus der Gesundheitswirtschaft heraus. Die Option, eine Gesundheitsregion aus der gesetzlichen Krankenversicherung heraus zu initiieren, wurde erst durch das neue Präventionsgesetz 2016 explizit geschaffen. Durch dieses Gesetz ist es möglich, neben Gesundheitswirtschaft und Gesundheitstourismus auch die Themen „Gesundheitsförderung“ und „Gesundheitsbildung“ in einer Gesundheitsregion stärker in den Fokus zu rücken – das Gesetz verpflichtet sogar dazu.

Am 4. November 2015 hat sich unter Beteiligung regionaler Akteure die Initiative „Gesund am NOK“ – Gesundheits- und Präventionsregion im Kreis Rendsburg-Eckernförde gegründet. Damit ein solches Vorhaben auch realisierbar erscheint, wurde das Gebiet auf den Kreis begrenzt.

10.2 Geografie

Geografisch liegt der Kreis Rendsburg-Eckernförde mit seinen rund 267.500 Einwohnern auf einer Fläche von 2186 qkm genau zwischen der in Schleswig-Holstein bereits existierenden Gesundheitsregion NORD e. V. und der ehemaligen medComm Gesundheitsmanagement Südholstein und trägt als über die Grenzen der Bundesrepublik hinweg bekanntes Markenzeichen quer durch das Kreisgebiet den Nord-Ostsee-Kanal, die am meisten befahrene künstliche Wasserstraße der Welt. Die strategisch wichtigen kreisfreien Städte Kiel (mit einem der größten Arbeitgeber im Gesundheitswesen bundesweit – dem Universitätsklinikum Schleswig-Holstein) und Neumünster (Metropolregion) grenzen direkt an das Kreisgebiet an.

In der Abb. 10.1 wird die derzeitige Struktur der Gesundheitsregionen innerhalb Schleswig-Holsteins dargestellt. Die Gesundheitsregion NORD e. V. umfasst die Kreise Nordfriesland, Schleswig-Flensburg und die kreisfreie Stadt Flensburg. medComm umfasste die Kreise im Süden Schleswig-Holsteins – Kreis Steinburg, Kreis Segeberg, Kreis Ostholstein, Kreis Pinneberg, Kreis Stormarn, Kreis Herzogtum Lauenburg und die Stadt Lübeck. Die Gesundheits- und Präventionsregion im Kreis Rendsburg-Eckernförde liegt dazwischen. Die Kreise Dithmarschen, Plön und die Städte Kiel und Neumünster sind zum Thema „Gesundheitsregionen“ nicht beteiligt – geht man davon aus, dass die Initiative „Gesundheitsstandort Schleswig-Holstein“ vom Wirtschaftsministerium in Kiel keine „echte“ regional aufgestellte Gesundheitsregion darstellt.

Der „Gesundheitsstandort Schleswig-Holstein“ ist nach Auffassung der Initiative keine aktuell „aktive Gesundheitsregion“ – auch wenn eine Mitgliedschaft im Netzwerk Deutsche Gesundheitsregionen e. V. angegeben wird. Hier spielt die Definition einer Gesundheitsregion eine große Rolle – das soll an dieser Stelle nicht weiter vertieft werden.

Das in der Grafik verzeichnete „Gesundheitsnetzwerk Ostholstein“ hat nicht den Status einer Gesundheitsregion. Vielmehr handelt es sich dabei um eine kommerziell

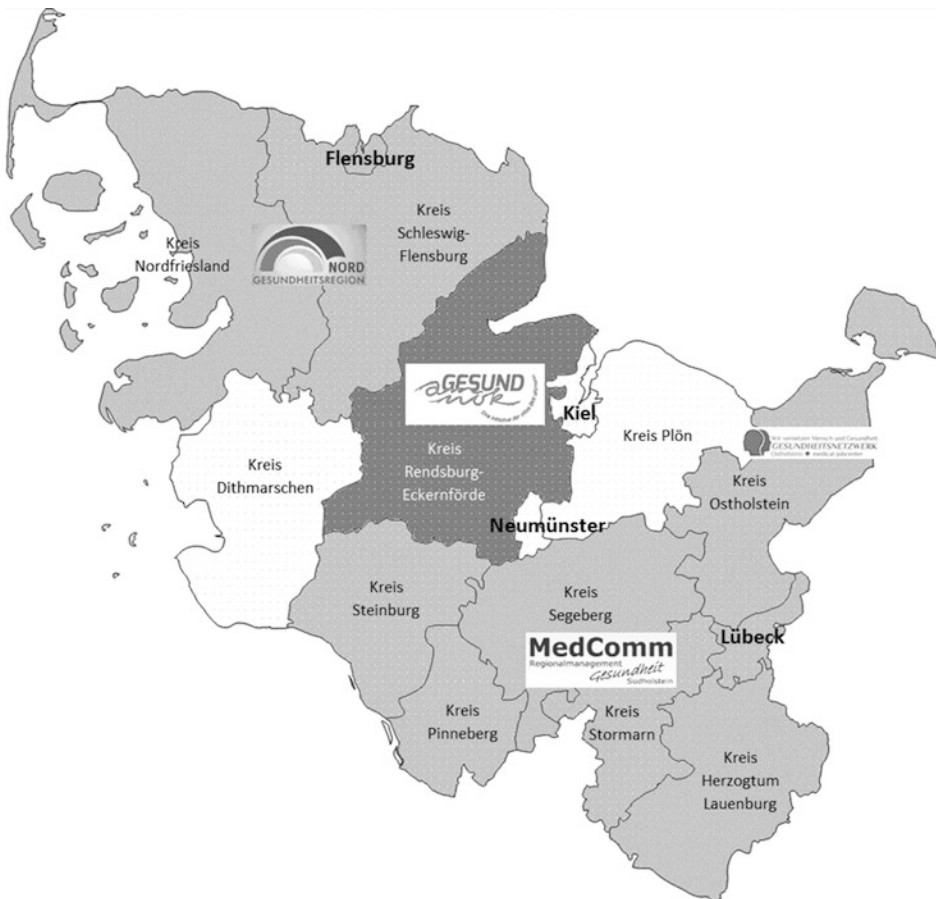


Abb. 10.1 Gesundheitsregionen in Schleswig-Holstein. (Quelle: Eigene Darstellung 2015)

betriebene Jobbörse – darüber hinaus werden über diese Plattform die Ausrichtung von Gesundheitstagen in Betrieben und andere ähnlich gelagerte Dienstleistungen angeboten.

10.3 Themenfelder

Die Initiative „Gesund am NOK“ hat für sich die Schwerpunkte Gesundheitswirtschaft, Gesundheitsförderung, Gesundheitsbildung und Gesundheitstourismus erkannt. Grundsätzlich wird damit die Gesamtheit des Gesundheitswesens beschrieben. Darüber hinaus ist eine scharfe Trennung der Themen nicht möglich – in jedem Teilbereich gibt es Schnittmengen mit anderen Teilbereichen.

10.3.1 Gesundheitswirtschaft

„Gesund am NOK“ möchte in Kooperation mit der Gesundheitsregion NORD e. V. die Analyse und Stärkung der Wertschöpfungsketten der gesundheitlichen Versorgung vorantreiben. Die Gesundheitsregion NORD e. V. hat zu diesem Thema bereits in den Jahren 2011 bis 2014 ein Vorzeigeprojekt mit dem Namen „Regionalmanagement Gesundheitswirtschaft Nord“ durchgeführt, das neben dem Bund und dem Land Schleswig-Holstein auch über das „Zukunftsprogramm Wirtschaft“ der Europäischen Union unter dem Motto „Investition in die Zukunft“ gefördert wurde. Die Erkenntnisse daraus sind nach Meinung der Initiative wegweisend für Lösungen zur medizinischen Versorgung in der Fläche auch im Kreis Rendsburg-Eckernförde. Durch den Einsatz eines mobilen Lotsen für den Weg eines Patienten in der Region von der Prävention bis hin zur Pflege entsteht eine Entlastung der ärztlichen Versorgung in den Praxen, die nicht zwingend mit einem finanziellen Mehraufwand verbunden sein muss.

Das Thema wurde bereits in der Vergangenheit auch bundesweit kontrovers diskutiert und die Sicht auf den Kreis Rendsburg-Eckernförde lässt für die Versorgungssituation auf den ersten Blick einen anderen Schluss zu. Trotzdem ist die Versorgungssituation bei näherer Betrachtung nur in den Ballungsgebieten Rendsburg und Eckernförde ausreichend. Der ländliche Bereich ist in den nächsten Jahren, genauso wie anderenorts, vom Praxissterben bedroht. Eine Kooperation des Gesundheitswesens mit den sich in Schleswig-Holstein zunehmend etablierenden „Markttreffs“ in den ländlichen Regionen könnte dabei einen Lösungsansatz darstellen.

Die Zusammenarbeit von Praxis- und Kliniknetzen soll ausgebaut werden. Außerdem möchte die Initiative die Qualifizierungsangebote in den Gesundheitsberufen im Dialog mit Ausbildern, Arbeitgebern, Ärzten und Kliniken begleiten und an dieser Stelle auf die gut ausgebauten vorhandenen Strukturen und Netzwerke des Unternehmensverbandes Mittelholstein e. V. zurückgreifen.

Die Themen „E-Health“ und „Telemedizin“ werden aktuell durch Veranstaltungen an der Hochschule in Flensburg und Universität in Lübeck vorangetrieben. Darüber hinaus gibt es dazu eine Reihe von Aktivitäten (z. B. den Kieler Kongress „Vernetzte Gesundheit“) in Zusammenarbeit mit dem Land Schleswig-Holstein. Derzeit existiert allerdings keine speziell auf den Kreis Rendsburg-Eckernförde abgestimmte Aktion. Wenngleich auf der Seite der Ärzteschaft ein großes Interesse daran besteht, das Thema „Telemedizin“ effizient voranzubringen – insbesondere in der jüngeren Generation. Firmen, die sich explizit mit dieser Thematik auseinandersetzen, existieren allerdings im Kreis nicht in namhafter Größe.

10.3.2 Gesundheitsförderung

Gesundheit mit all ihren Bedingungen durchzieht inzwischen sämtliche gesellschaftlichen Bereiche. Sowohl die Prävention als auch die Gesundheitsförderung sollen aus

diesem Grund über die Initiative „Gesund am NOK“ betrieblich, außerbetrieblich und auch im individuellen Ansatz verstärkt und ausgebaut werden. Auf die Begriffe „Krankheit“, „Gesundheit“, „Prävention“ und „Gesundheitsförderung“ wird hier nicht näher eingegangen – diese Begriffe werden als bekannt vorausgesetzt.

Durch die Veränderung der Arbeits-, Umwelt- und Lebensbedingungen sowie des individuellen Verhaltens in der Bevölkerung sollen bessere Rahmenbedingungen für ein gesundes Leben geschaffen werden. Dabei ist die aktive Beteiligung der Einzelpersonen und aller Gruppen in ihren Lebenswelten – und damit die Eigenverantwortung – essenziell, um eine wirklich nachhaltige Befähigung zu selbstbestimmtem Handeln zu ermöglichen.

Im neuen Präventionsgesetz, das seit 01.01.2016 in Kraft ist, wird die Veränderung von Lebenswelten aus den genannten Gründen eingefordert (nachzulesen in den §§ 20 ff. SGB V und der seit Dezember 2016 verfügbaren Landesrahmenvereinbarung für Schleswig-Holstein). In der öffentlichen Wahrnehmung ist festzustellen, dass die Notwendigkeit und der Handlungsbedarf dafür immer mehr ins Bewusstsein der Menschen und damit auch der Betriebe rücken. Es stellt sich die Frage nach den Lebenswelten, in denen aktiv Veränderungen herbeigeführt werden können. Da sich die Initiative „Gesund am NOK“ dem Thema in einer ganzheitlichen Betrachtungsweise nähert, wird deutlich, dass Gesundheit jeden Bereich des alltäglichen Lebens betrifft.

Die Initiative „Gesund am NOK“ hat zu diesem Thema bereits verschiedene Projekte auf den Weg gebracht, die an dieser Stelle als Ergänzung bzw. „Zuarbeit“ für die Aktivitäten des Sozialministeriums des Landes Schleswig-Holstein verstanden werden sollen.

Die betriebliche Gesundheitsförderung – und insbesondere das Thema „Betriebliches Gesundheitsmanagement“ – werden durch das Projekt „Arbeitszirkel BGM“ für jeden Betrieb des Kreises Rendsburg-Eckernförde zugänglich gemacht. Im Rahmen einer großen und sehr gut besuchten Kick-Off-Veranstaltung im Dezember 2016, die Fachvorträge und eine medial begleitete Podiumsdiskussion beinhaltete, wurde dieser Arbeitszirkel ins Leben gerufen und erfreut sich seither großer Beliebtheit und ist gut besucht. Immer mehr Unternehmen aus der Region interessieren sich für eine Teilnahme und möchten diesen Arbeitszirkel als Plattform für Information, Austausch und Netzwerkarbeit nutzen.

Der Arbeitsplatz ist jedoch nur einer von vielen Lebenswelten, die in unserem Alltag Einfluss auf unsere Gesundheit nehmen. Was können wir also innerhalb der anderen Bereiche – wie zum Beispiel Schulen und Kindergärten, aber auch im privaten und individuellen Tagesablauf – tun, um unsere Gesundheit zu fördern? Ein Beispiel macht die Initiative „Gesund am NOK“ an einem bereits bundesweit laufenden Projekt „Aktion Mütze“ fest. Dieses Aktionsbündnis kümmert sich um Jugendliche mit Kopfschmerzen und wird sowohl über das Schmerzzentrum am Universitätsklinikum Schleswig-Holstein durch Prof. Dr. Göbel als auch über die ZIES gGmbH durch die Lehrerin Karin Frisch in Frankfurt bundesweit gesteuert. Mit den Akteuren dieser Initiative wurde für die Region im Kreis Rendsburg-Eckernförde das Projekt „Aktion Mütze für Gesund am NOK“ ins Leben gerufen. Dieses Projekt hat zum Ziel, die Aktion nicht nur auf förderfähige

Maßnahmen in einzelnen Schulen und Pilotmaßnahmen in Kindergärten zu beschränken, sondern auf Informations- und Diskussionsabende für Lehrkräfte, Eltern und Schüler sowie Ärzte, Praxispersonal und andere Behandler auszuweiten. Für dieses Projekt hat sich eine separate Arbeitsgruppe innerhalb der Initiative „Gesund am NOK“ gebildet.

Um all diese Maßnahmen nicht nur punktuell zu setzen, sondern in die Fläche tragen zu können, hat sich im September 2016 innerhalb der Initiative „Gesund am NOK“ der „Runde Tisch der Sozialversicherung im Kreis Rendsburg-Eckernförde“ konstituiert. An diesem „Runden Tisch“ sitzen Vertreter der Krankenkassen, der Rentenversicherung und der Berufsgenossenschaften. Die Teilnehmer haben sich in aller Freiwilligkeit dazu verabredet, auf den Gebieten der Gesundheitsförderung und Prävention – wie vom Gesetzgeber gefordert – zusammenzuarbeiten und bei ihrem Handeln das Wohl der Menschen in der Region voranzustellen. Die Zusammenarbeit bei den laufenden Projekten steht genauso auf dem Programm, wie die gemeinsame Nutzung der Homepage der Initiative „Gesund am NOK“.

10.3.3 Gesundheitsbildung

Das Thema Gesundheitsbildung wird innerhalb der Gesundheits- und Präventionsregion im Kreis Rendsburg-Eckernförde nicht nur auf Kurse, Vorträge und Workshops beschränkt, wie sie von Krankenkassen, Verbänden, Städten, Gemeinden und Volkshochschulen angeboten werden. Vielmehr möchte „Gesund am NOK“ erreichen, dass Nachhaltigkeit durch eine wesentlich breitere Streuung entsteht. Ausbildungsbetriebe, berufliche Schulen, Hochschulen, Universitäten und weitere Bildungseinrichtungen leisten zu diesem Thema bereits einen enormen Beitrag. Sie zusammenzuführen und die entsprechenden Synergien für den Kreis zu generieren, sieht die Initiative als ihre Aufgabe.

Den Beginn machte „Gesund am NOK“ mit einer Vortragsreihe zum Thema „Männergesundheit“, die ungeahnt genau den Zeitgeist traf. In Zusammenarbeit mit einem ortsansässigen Psychologen entwickelte sich die Vortragsreihe schnell zum Erfolgsmodell. Alle anderen Vortragsreihen, wie zum Beispiel „imland im Dialog“ – organisiert in Zusammenarbeit mit der imland Klinik (Partner der Initiative) und der lokalen Presse – werden gesammelt und über die Homepage gemeinsam beworben.

Die gemeinsame Arbeit an der durch den Unternehmensverband Mittelholstein e. V. bereits geförderten Berufsinformationsbörse, die Initiierung von aufeinander aufbauenden Vortragsreihen, Fortbildungsveranstaltungen für Beschäftigte im Gesundheitswesen und einer Jobbörse für das Gesundheitswesen sollen transparent und auffindbar gemacht werden. Darüber hinaus soll über die Homepage (siehe Abb. 10.2) von „Gesund am NOK“ ein sogenanntes „Bürgerportal“ nach dem Vorbild in Flensburg entstehen. Dort sollen sich die Menschen in der Region zu Kursen, Vorträgen, Workshops, Ärzten, Physiotherapeuten, Apotheken, Fitness- und Gymnastikstudios, Orthopädietechnikern, Hörgeräteakustikern etc. informieren können.



Abb. 10.2 Homepage der Initiative „Gesund am NOK“. (Quelle: Gesund am NOK 2017)

10.3.4 Gesundheitstourismus

Weltweit erfährt der Gesundheitstourismus aufgrund des demografischen Wandels zunehmende gesellschaftliche und wirtschaftliche Bedeutung. Die steigende Lebenserwartung der Bevölkerung bei gleichzeitig rückläufiger Geburtenentwicklung belastet vor allem das Gesundheitswesen.

Der Gesundheitstourismus ist als eigenständiger Teilbereich des Tourismus zu sehen und ist interdisziplinär an der Schnittstelle von Ökologie, Wirtschaft, Soziologie, Medizin, Psychologie und auch Geografie zu finden. Außerdem ist er an verschiedenen deutschen Universitäten und Hochschulen als Unterdisziplin von wirtschaftlich-touristischen Studiengängen etabliert.

Die Bereitschaft potenzieller Gäste, präventiv oder auch kurativ etwas für die eigene Gesundheit zu tun und das dann auch selbst zu bezahlen, wächst stetig und aufgrund der ländlichen und touristischen Prägung des Kreises Rendsburg-Eckernförde nimmt auch hier der Gesundheitstourismus zu.

Die Initiative ist unter anderem an Gesprächen beteiligt, die bei der Planung von Hotelanlagen das Thema „Gesundheit“ integrieren sollen. Begehbare Organe und Körperteile sind im Gespräch. Allerdings handelt es sich hier um eher langwierige Prozesse, die das Zusammenspiel vieler Akteure und einen langen Atem erfordern.

Nachdem das Land Schleswig-Holstein darüber hinaus das Land der Fahrradfahrer ist und Fahrradfahren maßgeblich den Faktor „Bewegung“ zum Thema „Gesundheit“ abbildet, wird die Initiative „Gesund am NOK“ das Thema „Fahrradfahren“ verstärkt in den

Fokus des Gesundheitstourismus stellen. In der Region wird die Fahrradsaison deshalb seit 2017 mit „Gesund am NOK“ in Zusammenarbeit mit Tourismus-Mittelholstein e. V. und dem Kreis Rendsburg-Eckernförde eröffnet und als touristische Attraktion öffentlichkeitswirksam zelebriert.

10.4 Partnerauswahl

Die Gesundheits- und Präventionsregion im Kreis Rendsburg-Eckernförde verbindet unter der Marke „Gesund am NOK“ starke Partner aus den in Abschn. 10.3 genannten Bereichen in einem gemeinsamen Netzwerk und versteht sich als Netzwerkknotenpunkt (und -plattform) für das Gesundheitswesen in der Region.

Vor diesem Hintergrund war zu Beginn zunächst die Frage zu klären, welche Partner für die Region wichtig sind und für die Initiative akquiriert werden sollten. Die innerhalb der atlas BKK ahlmann dafür eingesetzte Projektgruppe entschied sich, einen Mix aus Kliniken, Ärztenetz, Wirtschaft und sozialen Institutionen zusammenzustellen. Um in die Akquise gehen zu können, ist ein Ideenkonzept erstellt worden, das im Groben das Wirken und die Ziele einer „Gesundheitsregion“ für den Kreis Rendsburg-Eckernförde skizzierte. Die Gespräche mit den Verantwortlichen der potenziellen Partner sind durchweg positiv verlaufen. Selbst der Gang in die Politik gestaltete sich mehr positiv als zurückhaltend. Lediglich die Kreisverwaltung selbst konnte sich mit dem Ansinnen der Initiative zunächst nicht sofort identifizieren, schloss sich Anfang 2017 dann aber doch dem Netzwerk an.

Die Partner der ersten Stunde (Gründung 04.11.2015) waren atlas BKK ahlmann, Brücke Rendsburg-Eckernförde e. V., hno-med-nord Klinik Wallstraße, imland GmbH, Sparkasse Mittelholstein AG und Unternehmensverband Mittelholstein e. V. Unterstützung wurde der Initiative von den Bürgermeistern der Städte Büdelsdorf und Rendsburg zugesagt – sowie von der IHK zu Kiel, der Wirtschaftsförderungsgesellschaft im Kreis Rendsburg-Eckernförde, dem BKK Landesverband NordWest und der Gesundheitsregion NORD e. V. und dem Gelenkzentrum Schleswig-Holstein.

Dem Kreis der Partner schlossen sich dann zügig (Januar 2016) motion-center Holger Otto (Orthopädietechnik), GIO – Gesellschaft für integrierte ophthalmologische Versorgung (Augenärztenetz) und die LAG Eider- und Kanalregion Rendsburg (Aktiv-Region) an. Seit diesem Zeitpunkt erhöht sich die Zahl der Partner und Unterstützer für „Gesund am NOK“ stetig.

Für die Partnerakquise wurde im Mai 2016 eine Faltbroschüre (siehe Abb. 10.3 und 10.4) in Zusammenarbeit von atlas BKK ahlmann, Büdelsdorf, und motion center Holger Otto, Rendsburg aufgelegt, die bis zur Überarbeitung im Frühjahr 2017 erfolgreich eingesetzt wurde. Die Akquisegespräche verlaufen konstruktiv und positiv – bis auf wenige Ausnahmen, die sich eher unentschlossen zeigen. Dadurch ist die Initiative „Gesund am NOK“ in ihrer Arbeit bestätigt. Der Bedarf, sich in diesem Bereich zu vernetzen, ist in großem Maße vorhanden.



Abb. 10.3 Faltbroschüre Außenseite „Gesund am NOK“. (Quelle: Gesund am NOK 2016)

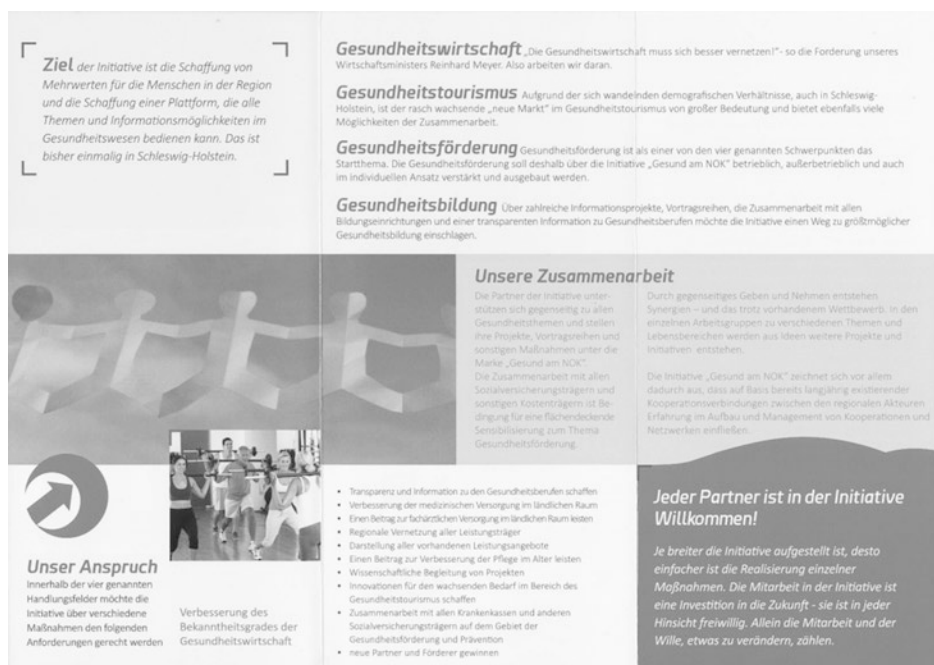


Abb. 10.4 Faltbroschüre Innenseite „Gesund am NOK“. (Quelle: Gesund am NOK 2016)

10.5 Organisation

Seit ihrer Gründung am 04.11.2015 befindet sich die Initiative „Gesund am NOK“ in einer von den Gründungspartnern beschlossenen Projektphase, die zunächst bis zum 31.12.2017 andauern wird. In dieser Zeit ist der Partner- und Unterstützerverbund ein loser Zusammenschluss auf freiwilliger Basis ohne finanzielle Verpflichtungen. Zur Finanzierung von notwendigen Dingen, wie zum Beispiel einer Homepage zur Vermarktung der Initiative, werden generell Vereinbarungen zur finanziellen Beteiligung unter den Partnern geschlossen. Die Finanzierung ist aktuell (März 2017) so geregelt, dass jeder neue Partner diesen einmaligen Kostenbeitrag ebenfalls zu zahlen hat; dafür aber über alle Vorteile (Verlinkung über die Website, Nutzung der Messewand/Roll-Ups, Werbematerial etc.) der Initiative verfügen kann. Die dadurch entstehenden Mehreinnahmen werden für weiteres Werbematerial, Gebühren und Kosten für Veranstaltungen etc. verwendet.

Die Partner haben darüber hinaus eine gemeinsame Nutzung des Logos der Initiative vereinbart und stellen seitdem Veranstaltungen, Aktionen und Veröffentlichungen zum Thema „Gesundheit“ unter die gemeinsame Marke „Gesund am NOK“.

Zu den Ideen, Projekten und Initiativen unter „Gesund am NOK“ bilden sich verschiedene Arbeitskreise, über deren Ergebnisse die Partner informiert werden. Für den gemeinsamen Ideenaustausch wurde ein „Ideenmittagstisch“ installiert, der abwechselnd bei den Partnern stattfindet und sich jeweils mit einem Schwerpunktthema beschäftigt. Darüber hinaus wird ein „Veranstaltungskalender“ (Jahresplanung) erstellt, aus dem die Aktivitäten in der Gesundheits- und Präventionsregion hervorgehen. Diese Jahresplanung wird von allen Partnern kontinuierlich ergänzt.

Die Koordination der Initiative und die Leitung des Projektes liegen bei der atlas BKK ahlmann (Thomas Fröber) – bis eine für das entstehende Konstrukt passende Organisationsform gefunden wird. Bei Erstellung dieses Beitrags steht die Richtung noch nicht fest. Diskutiert werden zu diesem Zeitpunkt ein gemeinnütziger Verein, eine gemeinnützige GmbH und eine Stiftung. Alle genannten Formen ermöglichen die Formulierung „gemeinnützig“. Dies ist Bedingung, um die sich bis dato etablierenden Strukturen beibehalten zu können.

10.6 Langfristige Ausrichtung

Unter dem Motto „Von Menschen aus der Region für Menschen in der Region“ soll nach Ablauf der auf zunächst zwei Jahre angelegten Projektlaufzeit eine Gesundheitsplattform als Netzwerkknotenpunkt entstanden sein, die allen Partnern, Interessenten und Bürgern der Region einen Mehrwert zu allen Gesundheitsthemen bieten kann.

Die Plattform soll die bereits Anfang Januar 2016 und im Januar 2017 vom schleswig-holsteinischen Wirtschaftsminister Meyer wiederholt geforderte „bessere Vernetzung“ der Gesundheitswirtschaft für den Kreis Rendsburg-Eckernförde gewährleisten

und weiter ausbauen. Dabei stehen vielfältige Themen auf dem Programm – von der Ausbildung bis hin zur Versorgung in der Fläche und der zunehmend wichtiger werdenden Pflege im Alter.

Die Gesundheitsbildung soll nach den bisherigen Erkenntnissen einen großen Stellenwert einnehmen. Generell ist festzustellen, dass es sich als extrem schwierig erweist, die Bevölkerung für Gesundheitsthemen zu begeistern. Obwohl „Wissen“ in vielen Lebenssituationen die beste Medizin darstellt und viele der angebotenen Veranstaltungen kostenfrei angeboten werden, ist es immer wieder erstaunlich, wie wenig diese Informationsmöglichkeiten genutzt werden. Durch Vortragsreihen, Publikationen und Workshops wird trotzdem hartnäckig versucht, den Menschen in der Region „Gesundheitswissen“ näherzubringen.

Die Ausbildung in Gesundheitsberufen und die wissenschaftliche Begleitung von innovativen Projekten durch Hochschulen sollen darüber hinaus genauso auf der Agenda stehen, wie die Zusammenarbeit mit den Volkshochschulen, den Schulen und sonstigen Bildungseinrichtungen im Kreis Rendsburg-Eckernförde.

Die Aktivitäten zum Gesundheitstourismus und auch in der Gesundheitsförderung sollen nachhaltig ausgebaut und im Zusammenwirken mit den zuständigen Institutionen über das Kreisgebiet hinweg zu Kooperationen führen.

So entwickelt sich „Gesund am NOK“, unabhängig von der Mitglied-/Partnerschaft bzw. der Mitwirkung einzelner Partner, zur Marke und kann in der Zusammenarbeit mit andern Gesundheitsregionen auch politisches Gewicht entwickeln. Durch gegenseitiges Geben und Nehmen entstehen Synergien – und das trotz vorhandenem Wettbewerb. Die Erfahrungen aus bereits langjährig existierenden Kooperationsverbindungen zwischen den regionalen Akteuren bleiben von fundamentaler Bedeutung für den Fortbestand. Der gemeinnützige Charakter der Initiative und die flexible Steuerungsmöglichkeit sollen langfristig erhalten bleiben.

10.7 Schlussbetrachtung

Nachdem es keine allgemeingültige Definition des Begriffs „Gesundheitsregion“ gibt, kann grundsätzlich in jeder Region der Bundesrepublik – unabhängig von bereits bestehenden Institutionen dieser Art – eine neue „Gesundheitsregion“ errichtet werden.

Für „Gesund am NOK“ war es deshalb wichtig, im Vorfeld abzuklären, was es in Schleswig-Holstein bereits gibt. Darüber hinaus muss auch bekannt sein, für welche Themen „noch aktive“ Gesundheitsregionen stehen. „Gesund am NOK“ hat sich aus diesem Grund dazu entschlossen, eine Netzwerkplattform für das gesamte Gesundheitswesen darzustellen, unter dem Motto „Von Menschen in der Region für Menschen in der Region“. Das Gebiet ist aus den in Abschn. 10.1 beschriebenen Gründen auf den Kreis Rendsburg-Eckernförde beschränkt – das schließt Kooperationen über die Kreisgrenzen hinaus nicht aus.

Die positive Resonanz auf die Gespräche mit den aktiven Partnern zeigt, dass zum einen der Bedarf an Netzwerkarbeit und Synergiefindung im Gesundheitswesen vorhanden ist und zum anderen das sich immer weiter entwickelnde Konzept hinter der Initiative auf große Zustimmung stößt. Die Findung einer Organisationsform wird allerdings eine maßgebliche Rolle übernehmen, wenn es um den Fortbestand der Initiative geht.

Literatur

- Gesund am NOK (2016) Faltbroschüre „Gesund am NOK“, Gesund am NOK (Hrsg). Büdelsdorf
Gesund am NOK (2017) Homepage der Initiative „Gesund am NOK“, Gesund am NOK (Hrsg).
<http://www.gesund-am-nok/index.html>. Zugegriffen: 25. März 2017
- Hellmann W, Eble S (2009) Gesundheitsnetzwerke initiieren – Kooperationen erfolgreich planen. Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, Berlin
- Hollederer A, Eicher A, Pfister F, Stühler K, Wildner M (2016) Gesundheitsregionen plus in Bayern. In: Pfannstiel MA, Focke A, Mehlich H (Hrsg) Management von Gesundheitsregionen I Bündelung regionaler Ressourcen zum Wachstum und zur Sicherung der Gesundheitsversorgung. Springer, Wiesbaden, S 1–9

Thomas Fröber, Krankenkassenbetriebswirt, Ausbilder, Geschäftsstellenleiter der atlas BKK ahlmann in Büdelsdorf und Repräsentant der Kasse für Schleswig-Holstein, ist Projektleiter und Koordinator der Initiative „Gesund am NOK“ – Gesundheits- und Präventionsregion im Kreis Rendsburg-Eckernförde i. G. Neben der erforderlichen Netzwerkarbeit für die Initiative engagiert er sich in verschiedenen regionalen Gremien zur kassenartenübergreifenden Zusammenarbeit und vertritt die atlas BKK ahlmann in der Region.

Nach dem Fachabitur an der staatlichen Fachoberschule in Nürnberg absolvierte Herr Fröber eine Ausbildung zum Rettungssanitäter des Bayerischen Roten Kreuzes und schloss die Ausbildung zum Sozialversicherungsfachangestellten mit Schwerpunkt Krankenversicherung direkt an. Nach seiner Beschäftigung bei der Postbetriebskrankenkasse, der BKK Kaufhalle und der BKK des Fränkischen Überlandwerkes in Nürnberg, zog es ihn 1997/1998 mit seiner Familie (verheiratet, zwei Kinder) nach Schleswig-Holstein und war dort ab Januar 1998 Stellvertreter des Vorstandes bei der BKK ahlmann. In den Jahren 1999 bis 2001 absolvierte er die Fortbildung zum Krankenkassenbetriebswirt (berufsbegleitendes Studium), die Ausbildereignungsprüfung in 2003 und war von 2002 bis 2005 Korrektor von Studienaufgaben und Klausuren an der BKK Akademie in Rotenburg a. d. Fulda. Nach der Fusion in 2010 mit der atlas BKK aus Bremen ist er Geschäftsstellenleiter der atlas BKK ahlmann und war Abteilungsleiter für den Bereich Versicherungen und Beiträge in der Zeit von 2010 bis Mitte 2015.

Was unterscheidet die gesunde Region gemäß der WHO von einer Gesundheitsregion? Eine Reflexion anhand der Schweizer Gesundheitsregion „GeWint“

Julie Page und Andrea Glässel

Inhaltsverzeichnis

11.1	Einleitung	140
11.2	Die gesunde Region gemäß der WHO	141
11.2.1	Der Ursprung: Die Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung	141
11.2.2	Der Setting-Ansatz und die gesunde Region	143
11.3	GeWint – Integrierte Gesundheitsregion Winterthur	144
11.3.1	Räumliche Ausdehnung und Organisationsstruktur	145
11.3.2	Vorgehen bei der Erarbeitung des Konzepts für GeWint	145
11.3.3	Ziele und Zielgruppen	146
11.3.4	Angebote und Dienstleistungen von GeWint	147
11.3.5	Zusammenfassung der Betrachtung	148
11.4	Schlussbetrachtung	150
	Literatur	150

Zusammenfassung

Der Begriff der Gesundheitsregion stammt aus der wirtschaftswissenschaftlichen Diskussion und bezieht sich vor allem auf die Integration und Vernetzung von Akteuren, um die medizinische Versorgung von Regionen sicherzustellen. Daneben gibt es die

J. Page (✉) · A. Glässel

Departement Gesundheit, Institut für Gesundheitswissenschaften, ZHAW Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften, Winterthur, Schweiz

E-Mail: julie.page@zhaw.ch

A. Glässel

E-Mail: andrea.glaessel@zhaw.ch

Initiative zur Entwicklung von „gesunden Regionen“ der Weltgesundheitsorganisation, die einen breiteren Ansatz verfolgt. Im vorliegenden Beitrag wird die Gesundheitsregion „GeWint“ dem Ansatz der gesunden Region der WHO gegenübergestellt. Hierbei zeigen sich Überschneidungen und Unterschiede in den beiden Konzepten. Beide Konzepte beinhalten eine Vernetzung und Verbesserung der Gesundheitsversorgung. Während die Gesundheitsregion im Sinne einer integrierten Versorgung primär die Akteure im Gesundheitssektor zusammenbringt, hat das Konzept der gesunden Region den Anspruch, Akteure auch außerhalb des Gesundheitssektors und die Bewohner der Region einzubinden. Der größte Unterschied ist darin zu sehen, dass die Entwicklung einer gesunden Region immer auch ein politischer Prozess ist.

11.1 Einleitung

Der Begriff der Gesundheitsregion wird in letzter Zeit oft diskutiert, eine einheitliche Definition gibt es jedoch nicht. Er ist in den Wirtschaftswissenschaften geläufig und konzentriert sich auf die Integration und Vernetzung von Akteuren, um die medizinische Versorgung von städtischen und ländlichen Regionen sicherzustellen (z. B. Pfannstiel 2011). Grundsätzlich geht es in der Diskussion um das Management von Gesundheitsregionen, das Lösungsansätze und Strategien zur Weiterentwicklung aufgreifen soll. Hierbei sind neben den Leistungserbringern die Impulse und Anliegen der Gesundheitsindustrie (wie der pharmazeutischen Industrie, Medizintechnologie und Biotechnologie) zu berücksichtigen. Mit ökonomischen Analysen, Methoden und Instrumenten zum Management von Regionen werden Lösungsansätze und Problembereiche identifiziert mit dem Ziel, die gesamte Bevölkerung einer bestimmten Region mit einer breiten Palette von Gesundheitsthemen anzusprechen, um ihre Gesundheit sowie ihre Lebensqualität zu fördern und zu erhalten. Dabei darf durchaus auch ein Werbeeffect für eine Region im Sinne einer Positionierung auf dem Gesundheitsmarkt entstehen. Es gibt auch Gebiete, die sich im Sinne des Gesundheitstourismus „Gesundheitsregion“ nennen und so eine Standortförderung betreiben.

Neben diesem Diskurs der ökonomisch orientierten Wissenschaften gibt es die Initiative zur Entwicklung von gesunden Regionen der Weltgesundheitsorganisation (WHO). Demnach ist eine „gesunde Region“ eine politische oder administrative Einheit inner- oder außerhalb eines Landes, die sich zum Ziel setzt, ihren Bewohnern ein möglichst gesundes Leben zu ermöglichen. Sie orientiert sich an den Grundannahmen der Gesundheitsförderung (World Health Organization 1986) und stellt Gesundheit statt Krankheit in den Vordergrund. Die Kompetenzen und Ressourcen der Bewohner zur Lebensgestaltung werden gefördert, gleichzeitig aber auch gesunde Rahmenbedingungen in einer Region geschaffen. Die Aktivitäten einer gesunden Region gehen über die medizinische und soziale Versorgung hinaus und ziehen aktiv andere gesellschaftliche Sektoren wie Raumplanung oder Wirtschaft sowie die Bevölkerung mit ein. So wird Gesundheitsförderung als eine Querschnittsaufgabe von verschiedenen gesellschaftlichen Sektoren verstanden. In multisektoraler Zusammenarbeit werden die sozialen und natürlichen Faktoren, die die

Gesundheit beeinflussen, fokussiert. Das sozial-ökologische Verständnis der Entstehung von Gesundheit und Krankheit führt zu einer starken politischen Orientierung, die die Gestaltung von gesunden Regionen prägt.

Diese beiden Diskussionsstränge existieren relativ unabhängig voneinander. Sie unterscheiden sich auch in ihren Ursprüngen. In diesem Beitrag wird das Konzept der gesunden Region gemäß der WHO dem der Gesundheitsregion gegenübergestellt mit dem Ziel, die Gemeinsamkeiten und Unterschiede aufzuzeigen. Zur Illustration unserer theoretischen Ausführungen haben wir die Gesundheitsregion Winterthur GeWint ausgewählt, aufgrund ihrer geografischen Nähe zu unserer Hochschule, der Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften (ZHAW) in Winterthur. GeWint entspricht in ihrer Ausprägung einer Gesundheitsregion im Sinne der ökonomischen Ausrichtung und eignet sich zur Gegenüberstellung zum Konzept der gesunden Region gemäß der WHO.

Da die Grundannahmen der gesunden Region eng mit denjenigen der Gesundheitsförderung der Weltgesundheitsorganisation verbunden sind, starten wir im Abschn. 11.2 mit einer Einführung in diese und erläutern die Handlungsfelder sowie die zentralen Handlungsstrategien. Die Ottawa-Charta hat eine Konkretisierung im Setting-Ansatz erfahren, der allgemein und in seiner Anwendung auf das Setting „gesunde Region“ vorgestellt wird. In Abschn. 11.3 wird GeWint beschrieben und Überschneidungen und Abweichungen vom Konzept der gesunden Region entlang der im theoretischen Teil dargelegten Handlungsfelder und -strategien der gesunden Region sowie des Setting-Ansatzes kursorisch beschrieben.

11.2 Die gesunde Region gemäß der WHO

Um zu verstehen, was eine gesunde Region gemäß der Weltgesundheitsorganisation umfasst, erscheint eine Herleitung in folgendem Sinne hilfreich. Ausgangspunkt ist die Ottawa-Charta der WHO, in der 1986 die Grundsätze der Gesundheitsförderung mit ihren zentralen Handlungsfeldern und -strategien festgelegt wurden. Diese erfuhr für die praktische Umsetzung eine Konkretisierung im Setting-Ansatz, der unterdessen als die wirksamste und erfolgreichste Strategie der Gesundheitsförderung identifiziert wurde und unter anderem auch auf Regionen angewendet wurde (Weltgesundheitsorganisation 2013).

11.2.1 Der Ursprung: Die Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung

Mit der Ottawa-Charta der Weltgesundheitsorganisation (World Health Organization 1986) hat sich die Gesundheitsförderung das Ziel gesetzt, gesundheitsförderliche Lebenswelten für alle Menschen zu schaffen. Gesundheitsförderung versteht sich dabei als Prozess, der Menschen in die Lage versetzt, über ein höheres Maß an Selbstbestimmung die eigene Gesundheit zu fördern, und geht dabei über die rein medizinische und soziale Versorgung hinaus. Um ein umfassendes körperliches, seelisches und soziales Wohlbefinden zu erlangen, gilt es Menschen zur Stärkung ihrer Gesundheit zu befähigen.

Gleichzeitig hebt die Charta hervor, dass die gesundheitsgerechte Gestaltung der sozialen und natürlichen Umwelt unabdingbar ist. Neben dem Kompetenzerwerb für die Entwicklung eines Gesundheitsverständnisses und persönlicher Gesundheitsziele jedes Einzelnen sind Strukturen zu schaffen, innerhalb derer Menschen gesund leben können. Gesundheit wird als Bestandteil des alltäglichen Lebens und nicht als Lebensziel verstanden (Laaser und Hurrelmann 1998, S. 396; Kaba-Schönstein 2017).

Die Ottawa-Charta identifiziert fünf Handlungsfelder, in denen mittels drei spezifischer Strategien agiert werden soll, um gesundheitsförderliche Lebenswelten zu schaffen (World Health Organization 1986).

Die Ottawa-Charta

Fünf Handlungsfelder:

- **Eine gesundheitsfördernde Gesamtpolitik entwickeln:** Gesundheit muss auf allen Ebenen und in allen Politikbereichen auf die politische Tagesordnung gesetzt werden.
- **Gesundheitsförderliche Lebenswelten schaffen:** Schaffung von sicheren, anregenden und befriedigenden Arbeits- und Lebensbedingungen und Schutz der natürlichen und sozialen Umwelt sowie die Erhaltung der natürlichen Ressourcen.
- **Gesundheitsbezogene Gemeinschaftsaktionen unterstützen:** Unterstützung von Nachbarschaften, Gemeinschaftsaktivitäten von Bürgern, Selbsthilfeaktivitäten und Gemeinden im Sinne vermehrter Selbstbestimmung, Autonomie und Kontrolle über die eigenen Gesundheitsbelange.
- **Persönliche Kompetenzen entwickeln:** Entwicklung von Persönlichkeit und sozialen Fähigkeiten durch Information, gesundheitsbezogene Bildung sowie die Verbesserung sozialer Kompetenzen und lebenspraktischer Fertigkeiten.
- **Die Gesundheitsdienste neu orientieren:** Ziel ist ein Versorgungssystem, das über die medizinisch-kurativen Betreuungsleistungen hinaus auf die stärkere Förderung von Gesundheit ausgerichtet ist. Verbesserung der Koordination zwischen dem Gesundheitssektor und den anderen gesundheitsrelevanten sozialen, politischen und ökonomischen Kräften.

Drei Handlungsstrategien:

- **Interessen vertreten:** Eintreten für Gesundheit durch Beeinflussung politischer, biologischer und sozialer Faktoren
- **Befähigen und ermöglichen:** Kompetenzförderung mit dem Ziel, Unterschiede des Gesundheitszustands zu verringern und größtmögliches Gesundheitspotenzial zu verwirklichen
- **Vermitteln und vernetzen:** Kooperation mit allen Akteuren innerhalb und außerhalb des Gesundheitswesens

Zur konkreteren Umsetzung der drei Handlungsstrategien der Ottawa-Charta stellte die Weltgesundheitsorganisation das Konzept des Settings zur Verfügung, welches sich als die zentrale Strategie im Rahmen gesundheitsförderlicher Aktivitäten durchgesetzt hat. Dieser wird nachstehend in ihrer Anwendung auf eine Region vorgestellt.

11.2.2 Der Setting-Ansatz und die gesunde Region

Settings lassen sich in der Regel anhand räumlicher Grenzen, einer gewissen Anzahl von Personen mit bestimmten Aufgaben und einer Organisationsstruktur definieren. Der Setting-Ansatz (Der Setting-Ansatz wird im deutschsprachigen Raum auch Lebenswelt-Ansatz genannt. Der Begriff „Lebenswelt“ hat in verschiedenen wissenschaftlichen Disziplinen unterschiedliche Bedeutungen. Um Verwirrungen vorzubeugen, bleiben wir deshalb in diesem Beitrag beim englischen Begriff „Setting“) geht davon aus, dass „Gesundheit ... von Menschen in ihrer alltäglichen Umwelt geschaffen und gelebt (wird): dort, wo sie spielen, lernen, arbeiten und lieben“ (World Health Organization 1986, S. 5). Menschen sollen dort eine Verbesserung ihrer Lebensumstände erfahren und aktiv mitgestalten können, wo sie sich am häufigsten aufhalten. Für Kinder können das zum Beispiel der Kindergarten oder die Schule sein, für junge Erwachsene der Ausbildungsplatz oder die Hochschule, für Erwachsene der Arbeitsplatz. Aber auch ein Quartier oder eine Region kann als Setting aufgefasst werden, dann sind die verschiedenen Bewohnergruppen, die in diesem Gebiet wohnen, betroffen (Hartung und Rosenbrock 2017).

Die Weltgesundheitsorganisation geht von einer breiten Definition einer Region aus. Bezeichnend ist jedoch, dass es sich um eine politische oder administrative Einheit handelt, mit

- a. eigenen Entscheidungsbefugnissen;
- b. Ressourcen, mit denen sie in die Gesundheit investieren und Partnerschaften für sektorübergreifende Maßnahmen schaffen und entwickeln kann, um Gesundheitsgewinne zu erzielen;
- c. Möglichkeiten zur Überwachung der Fortschritte, die sie mit der Investition in Gesundheit und mit der Erreichung des gesundheitlichen Gewinns macht (World Health Organization 2015b).

Die Ziele, Handlungsfelder und -strategien einer gesunden Region sind im Einklang mit der Ottawa-Charta zu sehen und lassen sich folgendermaßen umschreiben: Die Region schafft Voraussetzungen für die Gesundheit und das Wohlergehen der Bevölkerung, indem sie die sozialen und natürlichen Einflussfaktoren auf Gesundheit fokussiert.

Hierunter können zum Beispiel die Arbeits- und Wohnbedingungen, Sicherheit im Verkehr oder Grünflächen in der Stadt für Erholungs- und Begegnungsmöglichkeiten verstanden werden. Sie fördert die Kompetenzentwicklung bei Zielgruppen, damit diese gesund leben können. Dazu gehört, dass sie Zugang zu wesentlichen Informationen haben und praktische Fertigkeiten entfalten, damit sie fähig sind, ihr größtmögliches Gesundheitspotenzial zu verwirklichen (World Health Organization 1986).

Aufgrund dieser thematischen Breite ist auch ein ganzheitlicher Zugang notwendig, der an einer Steuerung und Koordination der lokalen Akteure ausgerichtet ist, über den Gesundheitssektor hinausgeht und die Bewohner einer Region miteinschließt (World Health Organization 2015a). Es gilt also, neben Vertretern des Gesundheitssystems auch Politiker, Vertreter von Selbsthilfe-Bündnissen, Quartiervereinen oder Bürger der Region miteinzubeziehen. Diese aktive Mitgestaltung durch die Setting-Mitglieder ist zentral am Setting-Ansatz. Das heißt, es müssen bei der Entwicklung einer Region zielgruppen-gerechte Möglichkeiten für eine Partizipation geschaffen werden. Hierbei werden die Personen in allen Phasen der Entwicklung eines Settings aktiv einbezogen: von der Definition der Problemlagen, über die Prioritätensetzung, bis zur Umsetzung und Auswertung eines gemeinsam geplanten Veränderungsprozesses.

Der partizipative Ansatz bringt es mit sich, dass die Zielgruppen oder Bereiche für Gesundheitsaktivitäten einer Region (eines Settings) nicht im Vorhinein festgelegt werden. Erfahrungen zeigen jedoch, dass besondere Potenziale bei sozial bzw. gesundheitlich benachteiligten Bevölkerungsgruppen, bei älteren Menschen oder bei Kindern und ihren Familien gesehen werden resp. in den Gebieten einer Region, in denen sich diese Bevölkerungsgruppen aufhalten (Böhme und Stender 2011, Faltermaier 2005, Tempel et al. 2013, S. 114).

Je nach Größe eines Settings unterscheiden sich Ansatzpunkte für Aktivitäten zur Förderung der Gesundheit: Wird ein eher kleinräumiges Setting wie das eines Quartiers fokussiert, werden die konkreten gesundheitsförderlichen Aktivitäten im Setting adressiert, wie zum Beispiel die Akteure der frühen Förderung rund um Schwangerschaft, Geburt und erste Lebensjahre und des Gesundheitsbereichs. Dem stehen großräumig angelegte Settings gegenüber, wie das einer Region, wo der Steuerungsaspekt stärker im Vordergrund steht, also die Strategiebildung und Prozessorganisation, Entwicklung von Gesundheitszielen und einer entsprechenden Strategie zur Umsetzung (Kooperationsverbund Gesundheitliche Chancengleichheit 2014).

11.3 GeWint – Integrierte Gesundheitsregion Winterthur

Mit der Initiative GeWint – Gesundheitsregion Winterthur gilt es nun eine der bereits bestehenden Gesundheitsregionen der Schweiz exemplarisch aus dem Blickwinkel der gesunden Region gemäß der WHO näher zu betrachten. Für diese konzeptionelle Betrachtung dienen die Internetseite zu GeWint (Geschäftsstelle GeWint 2016), sowie die Inhalte der Artikel Auerbach et al. (2008) und Angerer et al. (2017) als Grundlage.

11.3.1 Räumliche Ausdehnung und Organisationsstruktur

Die Gesundheitsregion Winterthur gestaltet sich gemäß der vom Kanton Zürich definierten Spitalregion Winterthur und umfasst insgesamt rund 200.000 Einwohner (Stand 2017), bestehend aus der Stadt Winterthur und weiteren 51 Gemeinden. Somit lässt sich eine klare Definition der Region feststellen, was der Definition eines Settings entspricht. Weitere Indikatoren einer gesunden Region gemäß der WHO lassen sich ebenfalls identifizieren: Die Gesundheitsregion Winterthur hat eine Organisationsstruktur mit einer gewissen Anzahl Personen mit bestimmten Aufgaben. Das Netzwerk Gesundheitsökonomie Winterthur (NGW) ist der Träger von GeWint. Das NGW ist ein Verein mit Sitz in Winterthur und bezweckt die Förderung der Gesundheitsökonomie im umfassenden Sinne. Für den operativen Bereich ist die Geschäftsstelle GeWint zuständig. Die Geschäftsstelle ist am Winterthurer Institut für Gesundheitsökonomie (WIG) der ZHAW angesiedelt. Sie koordiniert die verschiedenen Projekte von GeWint und bearbeitet das Thema „integrierte Versorgung“ aktiv und führt im Rahmen der integrierten Versorgung regional angesiedelte Gesundheitsdienste zusammen.

Gemäß der WHO-Definition einer gesunden Region hat eine Region ihre eigenen Entscheidungsbefugnisse, was für GeWint nicht gegeben zu sein scheint. GeWint umfasst zahlreiche Gemeinden, die jeweils ihre eigenen Zuständigkeiten haben.

Eine Analyse der Vernetzung innerhalb des Netzwerks hat gezeigt, dass Projekte durchgeführt wurden, wobei die Krankenhäuser als Dreh- und Angelpunkt zahlreicher Initiativen eine wichtige Rolle spielen (Angerer et al. 2017). Die Vernetzung in GeWint geschieht also hauptsächlich unter den Akteuren des Gesundheitssektors und zeigt innovative Konzepte der integrierten Versorgung. Diese Vernetzung kann aus Sicht der Ottawa-Charta im Ansatz dem Handlungsfeld „Die Gesundheitsdienste neu orientieren“ zugewiesen werden.

Gemäß den Indikatoren für eine gesunde Region nach der WHO müsste GeWint Ressourcen haben, die in Gesundheit und die in die Schaffung von sektorübergreifenden Partnerschaften investiert werden können. Diese fehlen jedoch, wie auch die Möglichkeiten zur Überwachung der gesundheitsförderlichen Entwicklungen in der Region, zum Beispiel durch konsequente gesundheitsbezogene Evaluationen, wie anhand einer regionalen Gesundheitsbefragung.

11.3.2 Vorgehen bei der Erarbeitung des Konzepts für GeWint

Als Ausgangslage für die Optimierung des Organisationsgrads der Versorgung in der Gesundheitsregion Winterthur wurde eine Ist-Analyse vorgenommen, im Rahmen derer die Angebotsstrukturen, deren Nachfrage und Inanspruchnahme sowie ihre Ausgaben, Kosten und Finanzierung aufgearbeitet wurden. In einem zweiten Schritt wurden national und international erfolgreiche Modelle der integrierten Versorgung gesichtet und

ihre Anwendbarkeit auf die Region Winterthur überprüft. Schließlich wurde basierend auf diesen Abklärungen das Konzept GeWint entwickelt, mit der operativen Umsetzung eines Modells der integrierten Versorgung (Auerbach et al. 2008).

Bei der Erarbeitung des Konzepts für die Gesundheitsregion wurde hauptsächlich expertenorientiert vorgegangen. In Übereinstimmung mit dem Ziel von GeWint, die Gesundheitsversorgung in der Region zu optimieren, wurden die klassischen Akteure des Gesundheitssektors berücksichtigt. Das Ausmaß der Beteiligung dieser Akteure am Entwicklungsprozess der Gesundheitsregion ist aufgrund der uns zugänglichen Informationen nicht ersichtlich. Die Patienten resp. Bewohner der Region wurden unseres Wissens jedoch nicht am Prozess beteiligt. Aus Sicht der gesunden Region gemäß der WHO sind in die Erarbeitung eines Konzepts für eine Region neben den Akteuren des Gesundheitssektors auch andere Akteure, wie Politik und soziale Einrichtungen sowie die Bevölkerung, miteinzubeziehen.

11.3.3 Ziele und Zielgruppen

Hauptziel der Region GeWint ist es, mit dem Angebot der Gesundheitsregion eine qualitativ hochstehende, effektive und effiziente Versorgung für alle Einwohner der Gesundheitsregion Winterthur sicherzustellen. GeWint fokussiert konkret folgende Ziele:

1. Die Erhöhung des Informationsgrades der Bevölkerung über Gesundheit, Prävention und Behandlungen sowie über das verfügbare Versorgungsangebot
2. Die Förderung der Durchlässigkeit von medizinischen Informationen entlang der Behandlungsprozesse und Förderung der Mündigkeit der Patienten
3. Die verbesserte Koordination und Zusammenarbeit in den Behandlungsprozessen sowie der Aufbau von praxisnahen Qualitätsinstrumenten

Als Zielgruppen von GeWint sind die Regionsbewohner genannt, ob gesund oder krank, mit Fokus auf die Patienten, speziell chronisch kranke Bürger und Angehörige von Gesundheitsberufen.

In diesen Zielen sind Ansätze zur Kompetenzsteigerung auf individueller Ebene identifizierbar, was einem Teil der Strategie „Befähigen und ermöglichen“ im Handlungsfeld „Persönliche Kompetenzen entwickeln“ entspricht. Diese Ansätze beinhalten, dass Menschen Zugang haben sollen zu allen wesentlichen Informationen, die ihre Gesundheit beeinflussen. Auch in den Zielen von GeWint ist die Handlungsstrategie „Die Gesundheitsdienste neu organisieren“ auszumachen, wenn auch nicht in so umfassender Weise, wie dies die WHO in der Ottawa-Charta vorschlägt.

11.3.4 Angebote und Dienstleistungen von GeWint

Die Angebote von GeWint sind für die breite Öffentlichkeit konzipiert und in folgende vier Dienstleistungssäulen unterteilt:

1. Informationsdienstleistungen, die ein regionales Gesundheitsangebot umfassen mit Gesundheits- und Themendossiers (Grippe, Zecken, Neugeborenenpflegen usw.), einem Gesundheitsglossar einschließlich Literatur, medizinischer Online-Beratung in Form eines individuellen E-Mail-Dienstes, sowie einem Gesundheitsmarktplatz für Dienstleistungen und Hilfestellungen. Diese Angebote lassen sich insbesondere dem Handlungsfeld „Persönliche Kompetenzen entwickeln“ und der Handlungsstrategie „Befähigen und ermöglichen“ zuordnen.
2. Individuelle Dienstleistungen umfassen verschiedene Dossiers für die einzelnen Patienten, wie elektronische Patienteninformationen, Patientenverfügungen (z. B. für Organspenden) und Diskussions-Erfahrungsforen aus der Selbsthilfe unter professioneller Moderation. Neben dem Handlungsfeld „Persönliche Kompetenzen entwickeln“ resp. der Handlungsstrategie „Befähigen und ermöglichen“ ist hier auch im Ansatz das Handlungsfeld „Gesundheitsbezogene Gemeinschaftsaktionen unterstützen“, im Sinne der Selbsthilfe und des kontinuierlichen Zugangs zu Informationen, adressiert.
3. Gesundheitsförderung und Prävention: GeWint unterscheidet dabei a) Angebote für Einzelpersonen und b) für Gruppen, wie beispielsweise für Unternehmen. Die Angebote für Einzelpersonen enthalten spezielle Kurse, Schulungen wie auch den Präventionspass, der den bisherigen Impfausweis ablösen könnte. Diese Angebote adressieren sowohl das Handlungsfeld „Persönliche Kompetenzen fördern“ als auch „Gesundheitsbezogene Gemeinschaftsaktionen unterstützen“. Als Handlungsstrategien sind „Befähigen und ermöglichen“ und „Vermitteln und vernetzen“ identifizierbar. Angebote für Gruppen, wie für Unternehmen, umfassen die betriebliche Gesundheitsförderung am Arbeitsplatz, im Setting „Schule“, die Früherkennung, das Absenzen-Management oder auch Aspekte zur Wiedereingliederung in Gruppen. Auf diese Weise nimmt GeWint Bezug auf das Handlungsfeld „Gesundheitsförderliche Lebenswelten schaffen“.
4. Das Angebot zum Krankheitsmanagement beinhaltet den Einsatz von Behandlungspfaden und Disease-Management-Programmen v. a. bei chronisch Kranken. Hier lassen sich Aspekte des Handlungsfeldes „Gesundheitsdienste neu orientieren“ im Sinne einer effizienteren Behandlung feststellen.

Neben diesen Dienstleistungsangeboten, die eine tragfähige Basis für eine bessere Gesundheitsversorgung in der Gesundheitsregion Winterthur bilden, sind effiziente Prozessabläufe mit geeigneten ICT-Infrastrukturen vorgesehen. Diese beinhalten folgende Eckpunkte:

Das internetgestützte Gesundheitsportal mit verschiedenen Bereichen, deren Zugang öffentlich oder geschützt sein kann. Im Gesundheitsportal werden vor allem Informationen veröffentlicht, einerseits zu Gesundheitsthemen, die die Öffentlichkeit interessieren, andererseits – in einem personalisierten Bereich – den Patienten zugänglichen Informationen. Die Patienten bestimmen, wer von den Angehörigen der Gesundheitsberufe zusätzlich zur selbst bestimmten Hausärztin/zum selbst gewählten Hausarzt Zugang hat zum Patientendossier. Dies kann Gesundheitsdienste beinhalten wie Apotheken, Therapien, Seniorenzentren, Fachärzte im Spital oder in freier Praxis. Aus dem Blickwinkel der Ottawa-Charta lassen sich hier innovative Konzepte der integrierten Versorgung erkennen, die dem Handlungsfeld „Die Gesundheitsdienste neu orientieren“ und der Handlungsstrategie „Vermitteln und vernetzen“ zugeordnet werden können.

11.3.5 Zusammenfassung der Betrachtung

In der Gesundheitsregion GeWint lassen sich Aspekte einer gesunden Region, wie sie die Weltgesundheitsorganisation definiert, identifizieren. Sie ist eine sozialräumlich umschriebene Einheit, der es allerdings an klaren Entscheidungsbefugnissen und Ressourcen für Investitionen in die Gesundheit sowie für die Überwachung der Entwicklungen fehlt. Diese fehlenden Befugnisse können die Entwicklung zu einer gesunden Region behindern, weil zum Beispiel die Entwicklung einer gemeinsamen Gesundheitsstrategie im Widerspruch zu gesetzlichen Bestimmungen in einzelnen Gemeinden stehen kann (World Health Organization 2015a). Grundsätzlich zeigen Erfahrungen mit Interventionen in Settings wie auch in Regionen, dass diese umso leichter zu organisieren sind, je klarer die Strukturen festgelegt sind und je besser sich die – formellen und informellen – Interessensträger der Region und ihre Veränderung integrieren lassen. Eine zu offene Definition des Settings „Gesundheitsregion“ kann zum Misserfolg führen (Kolip et al. 2013, S. 10). Insofern wäre GeWint für eine Weiterentwicklung in eine gesunde Region vermutlich ein zu umfassendes Gebiet resp. ein zu großes Setting und müsste sinnvollerweise in seiner Ausdehnung beschränkt werden. Empfehlenswert ist eine Organisationsstruktur mit festgelegten Entscheidungsbefugnissen und finanziellen Ressourcen, um die multisektorale Vernetzung zu fördern. Des Weiteren benötigt eine gesunde Region eine lokale gesundheitliche Berichterstattung, die einerseits der Situationsanalyse in einer Region dient, aber auch zur Evaluation sozialraumbezogener Interventionen (Kolip et al. 2013). Auch hier haben sich partizipative Verfahren bewährt, in denen auch die Bevölkerung aktiv miteinbezogen wird und zum Beispiel in Feedback-Runden ihre Meinung zum Ausdruck bringen kann.

Um den Kriterien einer gesunden Region gemäß der WHO zu entsprechen, müssten die Ziele von GeWint überdacht werden. Im Sinne einer gesundheitsförderlichen Gesamtstrategie der Ottawa-Charta und zur Umsetzung des Setting-Ansatzes wäre eine Fokussierung auf die sozialen und materiellen Faktoren, die die Gesundheit beeinflussen, notwendig. Ausgangspunkt müsste dabei immer eine Analyse der Gesundheitsprobleme

der Menschen in der Region sein. Die Entwicklung der Ziele und Festlegung der Zielgruppen würden ein koordiniertes Zusammenwirken unter Verantwortlichen in Regierungen, Gesundheits-, Sozial- und Wirtschaftssektor, nicht staatlichen und selbst organisierten Verbänden und Initiativen sowie lokalen Institutionen, in der Industrie und den Medien beinhalten. Wichtig ist die Schaffung von Partizipationsmöglichkeiten auch für Bürger, damit diese Einfluss auf ihre Lebensbedingungen nehmen können und zum Beispiel in Zirkeln die gesundheitlichen Probleme ihrer Region identifizieren, Verbesserungen vorschlagen und Auswirkungen evaluieren können (Auer et al. 2014).

Die Angebote und Dienstleistungen von GeWint setzen vor allem bei der Entwicklung von persönlichen Kompetenzen der Patienten an, was in Ansätzen dem Handlungsfeld „Persönliche Kompetenzen entwickeln“ resp. der Handlungsstrategie „Befähigen und ermöglichen“ zuzuordnen ist. Allerdings sind diese gemäß der WHO umfassender zu verstehen und beinhalten die gesundheitsbezogene Bildung, Verbesserung sozialer Kompetenzen und lebenspraktischer Fähigkeiten. Dadurch sollen Menschen befähigt werden, ihre eigene Gesundheit und ihre Lebenswelt selber zu beeinflussen (World Health Organization 1986).

Durch die Vernetzung der Akteure innerhalb der Gesundheitsversorgung entwickelt GeWint die integrierte Versorgung innovativ weiter, was dem Handlungsfeld der WHO „Gesundheitsdienste neu orientieren“ resp. der Handlungsstrategie „Vermitteln und vernetzen“ in Ansätzen entspricht. Die WHO versteht unter der Neuorientierung das Hinarbeiten auf ein Versorgungssystem, das auf die Gesundheitsförderung ausgerichtet ist und über die medizinisch kurativen Betreuungsleistungen hinausgeht und auch Akteure außerhalb der Gesundheitsversorgung sowie die Bevölkerung miteinbezieht.

Punktuell wurden Aktivitäten von GeWint identifiziert, die den Handlungsfeldern „Gesundheitsförderliche Lebenswelten schaffen“ und „Gesundheitsbezogene Gemeinschaftsaktionen unterstützen“ zugeordnet werden können, wenn auch nicht im umfassenden Sinne, wie dies der WHO vorschwebt. Zusammenfassend kann die Gesundheitsförderung in diesen Handlungsfeldern folgendermaßen umschrieben werden: Die enge Beziehung zwischen Mensch und Umwelt erfordert die Erhaltung der natürlichen, materiellen Umweltbedingungen und die Förderung der sozialen Unterstützung. Diese wichtigen Faktoren, die die Gesundheit beeinflussen, gilt es zu fokussieren. Die Lebens-, Arbeits- und Freizeitbedingungen sind so zu gestalten, dass sie der Gesundheit dienen. Das kann bedeuten, dass innerhalb einer Region bestimmte Gebiete, zum Beispiel ein Stadtquartier, visiert werden, indem ein Netzwerk unter verschiedenen Verwaltungen (in Bereichen wie Gesundheit, Stadtentwicklung, Jugend, Sport, Umwelt) mit beispielsweise Schulen, Jugendtreffs und Ärzten gestärkt wird (Reimann et al. 2010).

Zwei Aspekte fehlen in GeWint vollständig, nämlich das Handlungsfeld „Eine gesundheitsfördernde Gesamtpolitik entwickeln“ sowie die Handlungsstrategie „Interessen vertreten“. Dafür muss Gesundheit auf allen Ebenen und in allen Politikbereichen auf die politische Tagesordnung gesetzt werden und Politiker müssen die gesundheitlichen Konsequenzen ihrer Entscheidungen und Verantwortung für Gesundheit deutlich machen.

Eine Politik der Gesundheitsförderung wendet dazu verschiedene, sich gegenseitig ergänzende Ansätze an, zum Beispiel Gesetzesinitiativen, steuerliche Maßnahmen, organisatorisch-strukturelle Veränderungen (World Health Organization 1986).

11.4 Schlussbetrachtung

Im vorliegenden Beitrag wurde die Gesundheitsregion GeWint, die von der Gestaltung her der wirtschaftswissenschaftlichen Definition zuzuordnen ist, dem Ansatz der gesunden Region, wie sie die WHO versteht, gegenübergestellt. Exemplarisch wurden die Ansätze der WHO auf die Gesundheitsregion GeWint angewendet und es wurde illustriert, wie sich das Konzept der gesunden Region von demjenigen der Gesundheitsregion unterscheidet.

Grundsätzlich ist festzuhalten, dass es Überlappungen in den beiden Konzepten gibt: Beide Konzepte bezwecken eine Verbesserung der Gesundheit und des Wohlergehens der Bevölkerung und beide wollen die Gesundheitsversorgung vernetzen. Während die Gesundheitsregion im Sinne einer integrierten Versorgung primär die Akteure im Gesundheitssektor zusammenbringt, hat das Konzept der gesunden Region den Anspruch, Akteure auch außerhalb des Gesundheitssektors und die Bewohner der Region einzubinden. Die gesunde Region fokussiert soziale und materielle Faktoren, die die Gesundheit – im positiven wie im negativen Sinne – beeinflussen, und ist somit auch außerhalb des Gesundheitssektors aktiv.

Der größte Unterschied zwischen den beiden Konzepten ist darin zu sehen, dass die Entwicklung einer gesunden Region immer auch ein politischer Prozess ist. Letztlich braucht es eine politische und soziale Bereitschaft, in einen umfassenden partizipativen Prozess einzusteigen, der eine multisektorale Kooperation beinhaltet.

Danksagung Die Autorinnen danken Brigitte Ruckstuhl (selbstständige Public-Health-Expertin) sowie Alfred Angerer (Manager der Geschäftsstelle GeWint) und Rolf Zehnder (Präsident von GeWint) für ihre Rückmeldungen zu früheren Versionen des Manuskripts.

Literatur

- Angerer A, Liberatore F, Schmidt R (2017) Das Netzwerk Gesundheitsökonomie Winterthur – Vernetzungsgrade sowie Erfolge in der Schnittstellenkoordination. In: Pfannstiel MA, Focke A, Mehlich H (Hrsg) Management von Gesundheitsregionen II Regionale Vernetzungsstrategien und Lösungsansätze zur Verbesserung der Gesundheitsversorgung. Springer Fachmedien, Wiesbaden, S 1–10
- Auer M, Bäck M, Hofer K, Neuhold B, Gangl D, Amort FM (2014) Gesundheitsförderung in Gemeinden, Stadtteilen und Regionen – von der Idee zur Umsetzung. Gesundheit Österreich GmbH, Geschäftsbereich Fonds Gesundes, Österreich

- Auerbach H, Metzger K, Roos A (2008) GeWint – Gesundheitsregion Winterthur. Care Management 1(4):39–44. https://www.standortwinterthur.ch/fileadmin/user_upload/Standortfoerderung/Wirtschaft/gewint_projektbeschreibung.pdf. Zugegriffen: 5. Jan. 2017
- Böhme C, Stender K P (2011) Gesundheitsförderung und Gesunde/Soziale Stadt/Kommunalspolitische Perspektive. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung (Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, Hrsg.). <http://www.leitbegriffe.bzga.de/?uid=9cc9342956ed85d9add32d1a2ca77021&id=angebote&idx=123>. Zugegriffen: 14. Okt. 2011
- Faltermaier T (2005) Gesundheitspsychologie. Stuttgart, Kohlhammer
- Geschäftsstelle GeWint (2016) GeWint. Gesundheitsregion Winterthur, GeWint (Hrsg.). <http://www.gewint.ch/>. Zugegriffen: 5. Jan. 2017
- Hartung S, Rosenbrock R (2017) Settingansatz/Lebensweltansatz, Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA, Hrsg.). <http://www.bzga.de/leitbegriffe/?id=angebote&idx=131>. Zugegriffen: 5. Jan. 2017
- Kaba-Schönstein L (2017) Gesundheitsförderung I: Definition, Ziele, Prinzipien, Handlungsbeben und -strategien, Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA, Hrsg.). http://www.bzga.de/leitbegriffe/?id=sysverz_liste_3&idx=200. Zugegriffen: 5. Jan. 2017
- Kolip P, Gerken U, Schaefer I, Mühlbach A, Gebhardt B (2013) Gesundheit fördern in vernetzten Strukturen. Evaluation settingorientierter Gesundheitsförderung. Beltz, Weinheim
- Kooperationsverbund Gesundheitliche Chancengleichheit (2014) Jede Stadtentwicklung sollte den Fokus auf Gesundheitsförderung setzen. Gruppendiskussion zur gesundheitsförderlichen Entwicklung des Settings Kommune, zweiseitiger Newsletter, Ausgabe 2., Kooperationsverbund Gesundheitliche Chancengleichheit (Hrsg.), Berlin.
- Laaser U, Hurrelmann K (1998) Gesundheitsförderung und Krankheitsprävention. In: Hurrelmann K, Laaser U (Hrsg) Handbuch Gesundheitswissenschaften. Juventa, Weinheim, S 395–424
- Pfannstiel MA (2011) Positioning and self-presentation of innovative organizational forms on the European healthcare market. J Manag Mark Healthc 4(2):77–84
- Tempel N, Bödeker M, Reker N, Schaefer I, Klärs G, Kolip P (2013) Qualitätssicherung von Projekten zur Gesundheitsförderung in Settings. Forschung und Praxis der Gesundheitsförderung, Bd. 42. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA, Hrsg). Köln
- Weltgesundheitsorganisation (2013) Gesundheit 2020: Rahmenkonzept und Strategie der Europäischen Region für das 21. Jahrhundert, Weltgesundheitsorganisation (WHO, Hrsg.). http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0009/215757/Health2020-Long-Ger.pdf?ua=1. Zugegriffen: 27. März 2017
- World Health Organization (1986) The Ottawa Charter for Health Promotion. World Health Organization (WHO, Hrsg). <http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/ottawa/en/index1.html>. Zugegriffen: 5. Jan. 2017
- World Health Organization (2015a) Taking a participatory approach to development and better health. Examples from the Regions for Health Network, World Health Organization (WHO, Hrsg). http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0007/294064/Taking-participatory-approach-development-health-malmo-skane.pdf?ua=1. Zugegriffen: 27. März 2017
- World Health Organization (2015b) WHO Regions for Health Network. Terms of Reference. World Health Organization (WHO, Hrsg). http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0012/310710/RHN-Terms-of-Reference-may-2015.pdf?ua=1. Zugegriffen: 27. März 2017

Prof. Dr. phil. Julie Page, Studium der Pädagogik, Soziologie sowie Wirtschafts- und Sozialgeschichte (1996), Promotion in Gesundheitssoziologie an der Universität Zürich (2006). Wissenschaftliche Mitarbeiterin in HIV-Aids Forschungsprojekten am Institut für Sozial- und Präventivmedizin der Universität Zürich (1997–2005). Mitarbeiterin der Koordinationsstelle des Interuniversitären Weiterbildungsprogramms Public Health der Universitäten Basel, Bern und Zürich (2005–2006). Seit 2007 am Departement Gesundheit der ZHAW Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften: Leitung der Forschungsstelle Ergotherapie (2007–2015). Seit August 2015 Leitung Bachelorstudiengang Gesundheitsförderung und Prävention.

Prof. Dr. Andrea Glässel, MPH, MSc Neuroreha, ist staatlich anerkannte Physiotherapeutin, Studium der Gesundheitsfachberufe in Physiotherapie, Master of Science Neurorehabilitation und Master Public Health an der Universität Bielefeld, Fakultät für Gesundheitswissenschaften (2007). Promotion in Humanbiologie an der Ludwig-Maximilians Universität München (2012). Wissenschaftliche Mitarbeiterin in Forschungsprojekten zur Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit an der ICF Forschungsstelle der WHO an der Ludwig-Maximilians Universität München am Institut für Gesundheits- und Rehabilitationswissenschaften (2004–2008). Wissenschaftliche Mitarbeiterin an der Schweizer Paraplegiker-Forschung in Nottwil im Bereich Patient-Centered Health Care und Health Communication (2007–2015). Seit 2015 am Departement Gesundheit der ZHAW Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften und seit September 2016 Dozierende im Bachelorstudiengang Gesundheitsförderung und Prävention am Institut für Gesundheitswissenschaften und an der Fachstelle für interprofessionelle Lehre und Praxis. Seit Juli 2017 Wissenschaftliche Mitarbeiterin am Institut für Biomedizinische Ethik und Medizingeschichte an der Universität Zürich.

Adrian W. T. Dostal und Tristan E. W. Dostal

Inhaltsverzeichnis

12.1 Problemstellung und Einstieg 154
12.2 Untersuchungsansatz, Vorgehen und Begriffe 156
12.3 Ausgewählte Ergebnisse der Online-Umfrage..... 160
12.4 Schlussbetrachtung 169
Literatur 171

Zusammenfassung
Gesundheitsnetze mit ihren recht unterschiedlichen Benennungen, Zielsetzungen, Intensitäten der Marktteilnahme, Formen, Größen und „Lebensdauern“ gibt es in Deutschland seit etwa drei Jahrzehnten. In den mittlerweile etwa 3000 bis 4000 Netzen arbeitet jeweils eine (häufig gewachsene) Auswahl von Akteuren aus Gesundheitswesen, dem Zweiten Gesundheitsmarkt, dem Sozialwesen, der Öffentlichen Hand und/oder den relevanten B2B-Branchen zusammen. Über die tatsächliche Erfolgsmessung dieser Gesundheitsnetze, manchmal auch als eher einmalige Evaluierung verbrämt, dringt wenig nach außen. Mit der skizzierten Pilotuntersuchung

A. W. T. Dostal (✉) · T. E. W. Dostal
dostal & partner management-beratung gmbh, Vilsbiburg, Deutschland
E-Mail: a.dostal@dostal-partner.de

T. E. W. Dostal
E-Mail: t.dostal@dostal-partner.de

wird erstmals versucht, den im übrigen Wirtschaftsleben gängigen Controlling-Ansatz hinsichtlich seiner Anwendung bei diesen mannigfaltigen kooperativen Erscheinungsformen zu untersuchen.

12.1 Problemstellung und Einstieg

Seit Jahrzehnten manifestiert sich das planwirtschaftlich organisierte Gesundheitswesen (Erster Gesundheitsmarkt) als Teil der sozialen Daseinsvorsorge mehr und mehr in gesetzlich induzierte Etatbereiche von Leistungsanbietern. Verbunden war damit letztlich ein – nicht zuletzt aus Leistungsabrechnungs- und Einkommensgründen – massives sektorales Denken. Um dieses ineffiziente Sektoren- und Berufsgruppendenken einzudämmen und dabei den Kostendruck abzumildern, wurde versucht, mithilfe von Gesundheitsreformen zu einer engeren Verzahnung – zumindest einiger erster Versorgungsbereiche – zu kommen. 2004 wurde dazu z. B. das Konstrukt einer „Integrierten Versorgung“ (IV-Verträge zwischen solchen Branchen und Krankenkassen) etabliert. 2016 wurde dann ein sogenannter Innovationsfonds beim Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA), dem obersten Beschlussorgan der Selbstverwaltung der wichtigsten Akteure des Gesundheitswesens, von jährlich 300 Mio. EUR aufgelegt. Der G-BA soll mit diesen Geldern bis 2019 neue vernetzte Versorgungsformen entwickeln und erforschen (Abb. 12.1).

Im gleichen Zeitraum entwickelte sich der sogenannte Zweite Gesundheitsmarkt. Er umfasst alle Gesundheitsangebote und -produkte, deren Inanspruchnahme die Krankenkassen nicht bezahlen. Die Anbieter aus diesem regelmäßig eher atomisierten Markt müssen sich dagegen mit ihrem Angebot der Gesundheitsstärkung, Vorsorge und Prävention nach den Mechanismen der Marktwirtschaft behaupten. Die eher gesunden Kunden

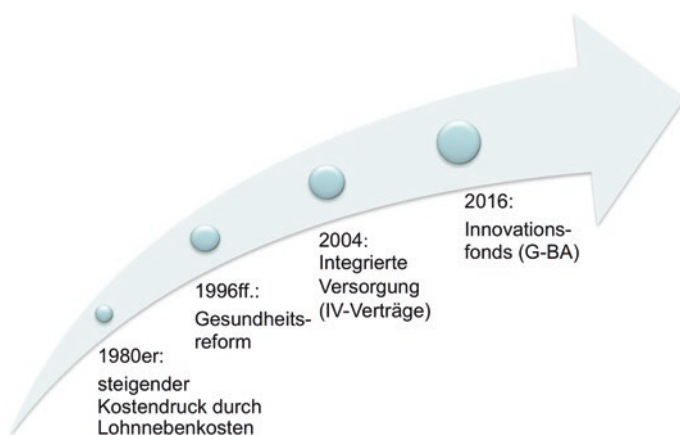


Abb. 12.1 Auslöser und Gesetzesinitiativen für die Suche nach neuen Formen der vernetzten medizinischen Versorgung (Erster Gesundheitsmarkt). (Quelle: Eigene Zusammenstellung 2017)

(Patienten wie im Gesundheitswesen sind selten) entscheiden sich aus freien Stücken für die Inanspruchnahme des Angebots und zahlen nahezu alles direkt aus eigener Tasche bzw. Firmenkunden aus der Firmenkasse (Stichwort: Betriebliches Gesundheitsmanagement). Diese Akteure bieten u. a. Wellness-, Beauty-, Wohlfühl-, Bewegungs-, Fasten-, Fitnessprogramme, Ernährungsberatung oder Lebensbegleitung z. B. zu Themen wie Seelische Gesundheit, Work Life Balance oder Traditionelle Chinesische Medizin (TCM) an. Es gibt für diesen schwer abgrenz- und definierbaren Zweiten Markt kaum Statistiken, vieles wie die Anzahl der Akteure hat einen vorläufigen Charakter (Tab. 12.1). Dies erschwert sowohl die Vernetzung untereinander als auch mit Partnern aus dem Gesundheitswesen oder dem B2B-Bereich.

Beide Kurzbeschreibungen skizzieren sowohl die Ausgangssituation für die Entwicklung von Gesundheitsnetzen als auch den Forschungsanreiz, diese Formen der Zusammenarbeit hinsichtlich ihrer tatsächlichen (internen) Erfolgsmessung und damit auch Zielerreichung sowie Nutzenstiftung für die beteiligten Akteure näher zu beleuchten. Aus der mittlerweile mannigfaltigen Literatur, den zahlreichen Veröffentlichungen und den jeweiligen Internet-Auftritten heraus und durch die eigenen Erfahrungen der

Tab. 12.1 Vielfalt und Intransparenz potenzieller Netzwerkakteure: Beschäftigte/Tätige (inkl. Teilzeit) in ausgewählten Bereichen des Zweiten Gesundheitsmarktes. (Quelle: Eigene Zusammenstellung 2017)

Branchen/Angebotsbereiche/-themen	Anzahl (geschätzt, tlw. Mehrfachnennungen)
(Individual-)Sport	400.000
Fitness	300.000
Relevanter Handel aller Branchen (anteilig)	150.000
B2B (Produkte, Dienstleistungen inkl. Bildung und IT, Medien usw.)	100.000
Wellness, übrige individuelle Gesundheit, Markenanbieter (z. B. Kinesiologie, Feldenkrais, Pilates, NLP, Präventologen, Phytotherapeuten, Orthomolekulartherapeuten)	100.000
Yoga-Lehrer	100.000
Beauty	80.000
Sonstige importierte Heilslehren/-methoden (z. B. Ayurveda, Kampo-Medizin, Shiatsu, Reiki, Hula, Feng Shui, Qigong)	60.000
Ernährung-, Diätberatung, Fasten	50.000
Heilpraktiker	40.000
BGM-Berater/-Anbieter	30.000
Kneippen	30.000
Traditionelle Chinesische Medizin (TCM)	20.000

Autoren lassen sich die Herausforderungen, vor dem jedes Gesundheitsnetz (oder wie auch immer es jeweils bezeichnet wird) steht, modellhaft als „Magisches Neuneck“ beschreiben: Demnach beeinflussen bzw. bedingen sich alle neun Parameter gegenseitig und haben außerdem auch einen Einfluss auf die Beantwortungen der Fragen nach dem „Wann?“, „Warum?“ und „Wie?“ einer Erfolgsmessung und damit Implementierung eines Controlling.

Vor diesem Hintergrund erfolgte der Einstieg in dieses neue Themen- und Forschungsfeld mit einer ersten Pilotuntersuchung im Rahmen einer (unveröffentlichten) Diplomarbeit (Dostal 2017). Die folgende Darstellung nimmt nur mit einigen Einzelhinweisen – die zugänglichen Quellen werden allerdings direkt benannt – auf diese Arbeit Bezug. In einigen Aussagen spiegeln sich ergänzende Weiterentwicklungen und neue Erkenntnisse und Einschätzungen aus der gelebten Praxis wider. Insgesamt dürften die auszugsweise wiedergegebenen Ergebnisse für die untersuchten Netzwerktypen sich einem ersten „State of the Art“ durchaus annähern.

12.2 Untersuchungsansatz, Vorgehen und Begriffe

Um für das Thema erstmals einige fundierte explorative Aussagen machen zu können, musste zum einen die erkennbar geringe Transparenz der Gesundheitsnetze aller Formate und Zweckbestimmungen berücksichtigt werden. Diese Gesundheitsnetze und deren Akteure bewegen sich grundsätzlich, so die Einschätzung der Autoren, in einem „Magischen Neuneck“ rund um die Fragen nach dem „Wann?“, „Warum?“ und „Wie?“ (Abb. 12.2) im Rahmen ihrer jeweiligen Gründung und ihres Agierens. Zum anderen sind Literaturquellen zum Thema „Controlling von Gesundheitsnetzen“ eher nur indirekt – ohne entsprechende Begrifflichkeiten – in geringem Umfang verfügbar. Mögliche Veröffentlichungen in den zahlreichen Zeitschriften oder z. B. auch Institutsdokumentationen einzelner Lehrstühle warten zudem noch auf ihre Entdeckung. Hier in Zukunft nachzufassen wird zweckdienlich sein.

Um den wissenschaftlichen Erfordernissen gerecht zu werden (Bönisch 2017, S. 59ff.), erfolgte nach einer Definition und Abgrenzung der Problemstellung eine umfangreiche Sekundäranalyse zu den erkennbar „abzuklopfenden“ Themenfeldern unter Beachtung der notwendigen Abfolge (Abb. 12.3). Soweit thematisch für den Gesundheitsmarkt nutz- und übertragbar, wurde die Literatur- und Internetrecherche auf die mittlerweile umfangreiche Berichterstattung zur Controlling-Praxis in einzelnen Sektoren des Gesundheitswesens sowie z. B. bei einzelnen Gesundheitsnetzen, -regionen und -konferenzen ausgedehnt (Dostal und Dostal 2013, S. 201 ff.; Altgeld und Richter 2014, S. 4 ff.).

Aus diesen Vorarbeiten seien eine Analyse und eine Begrifflichkeit herausgegriffen und hier eingeführt. Zum einen ist es zielführend, sich die Vielfalt der Netze und Netzwerke sowie deren Definitionen und Bezeichnungen anhand von Ausprägungsformen und Typisierungsmöglichkeiten vor Augen zu führen (Tab. 12.2). Zum anderen sollte auf die zugrunde gelegte Definition des Controlling-Begriffs hingewiesen werden, welcher

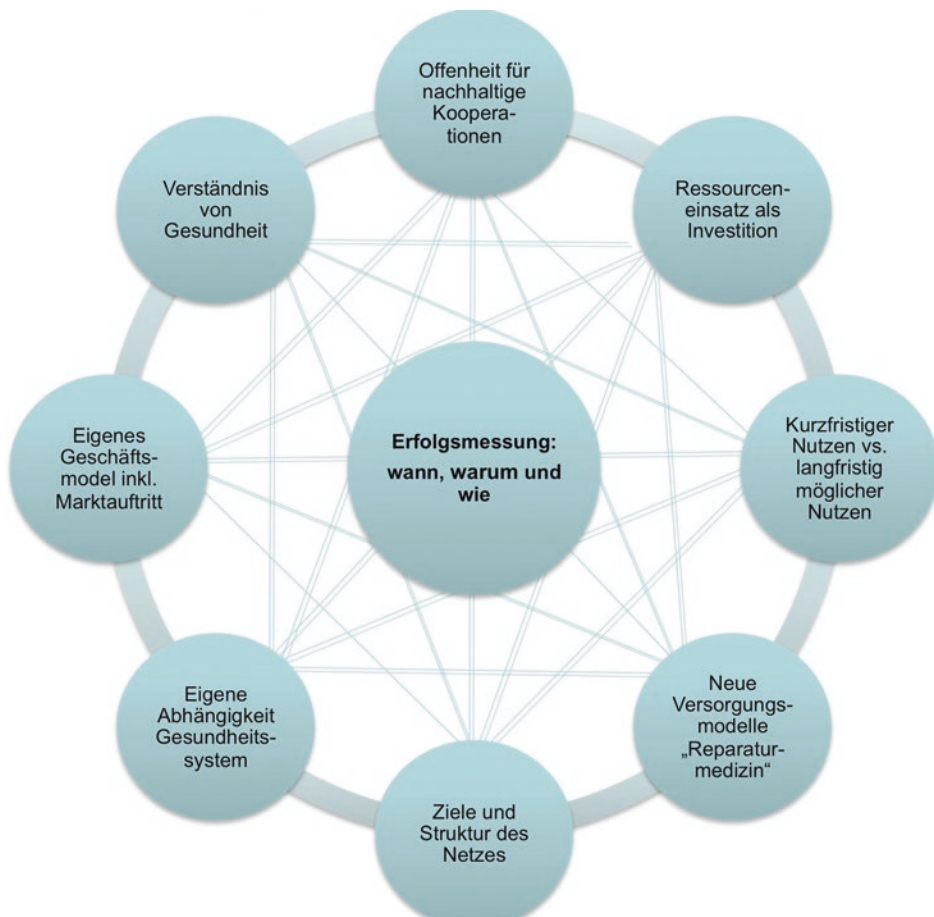


Abb. 12.2 „Magisches Neuneck“ von Gesundheitsnetzen und deren Akteuren. (Quelle: Eigene Zusammenstellung 2017)

die Handlungen, d. h. das konkrete Netzwerk-Tun (Aktivitäten des Managements und der Akteure), deren Erfolg letztendlich zu messen ist/wäre, hingewiesen werden. Ersteres zeigt mögliche Auswirkungen auf die Machbarkeit eines Netz-Controllings.

Das Controlling selbst ist und bleibt in Deutschland zwar auch nach über 50 Jahren nach Beginn seiner Einführung ein mehr oder weniger schillernder Begriff (Sprenger-Menzel und Brockhaus 2016, S. 2 ff.). Weitgehende Einigkeit herrscht aber darüber, dass es aus den Elementen der Planung, der Kontrolle (Soll-/Ist-Abweichung), der Information und der Steuerung des Unternehmens bzw. der Organisation besteht (Daum et al. 2016, S. 1). Die einzelnen Handlungsfelder haben sich mittlerweile – nach einer anfänglichen Verortung im betrieblichen Rechnungswesen mit seinen zahlreichen Finanzinformationen – auf alle Funktionen eines Unternehmens erweitert, vom

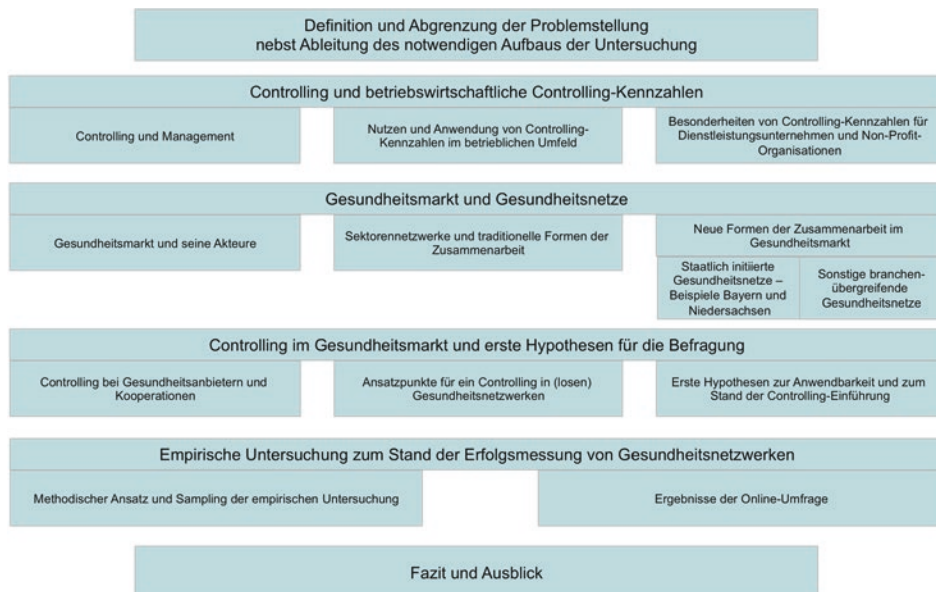


Abb. 12.3 Aufbau und Vorgehen bei der empirischen Pilotuntersuchung. (Quelle: Eigene Zusammenstellung 2017)

Kostencontrolling über ein Beschaffungs-, ein Personal-, Qualitäts-, Prozess- bis hin zu einem Organisationsentwicklungscontrolling (Bauer 2015, S. 12 f., 21 ff.).

Nach einer heute aber immer noch trefflichen Definition des Bundesverbandes Deutscher Unternehmensberater e. V. (BDU)

... ist Controlling ein Instrument der Unternehmenssteuerung: Aktivitäten des Managements (Koordinators bzw. Geschäftsführers des Gesundheitsnetzes, Anm.) werden vom Controller koordiniert und auf das Unternehmensziel hin gesteuert. Die Ziele sind die entscheidenden Komponenten eines Unternehmens. Soll-/Ist-Abweichungsanalysen im Rahmen des Controllings dienen der Zielüberprüfung. In diesen Prozess ist jeder Mitarbeiter des Unternehmens (hier: Mitglied des Gesundheitsnetzes, Anm.) eingebunden und hat seinen Beitrag zur Zielerreichung zu leisten. Ein Controlling-System setzt ein Führungskonzept voraus, welches die Vereinbarung von Zielen als wesentliches Element beinhaltet (BDU 2006, S. 19).

Controlling beinhaltet demnach deutlich mehr als z. B. Evaluierung, Bewertung oder „Projekt wurde umgesetzt“ (Rundholz 2016, S. 34). Gleichzeitig setzt es aber z. B. im Rahmen einer Community Readiness (CR) eine Professionalisierung der Aktivitäten voraus (Brand et al. 2017, S. 54).

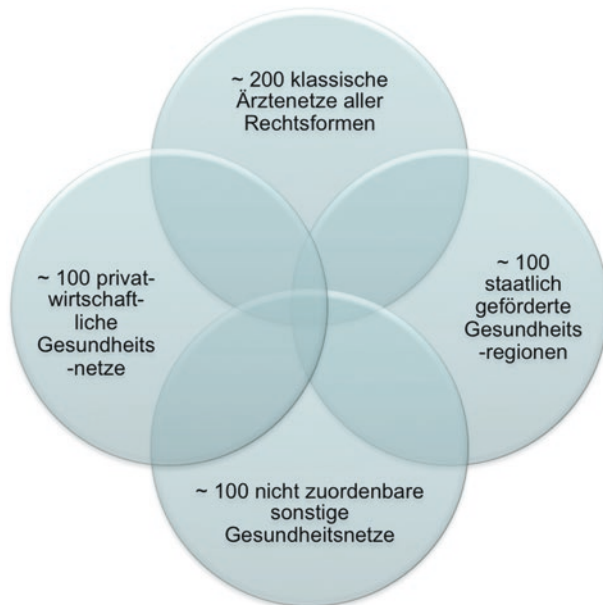
Auf Basis der Vorarbeiten (Abb. 12.3) wurden in einem iterativen Prozess sieben Hypothesen für die Online-Umfrage abgeleitet. Dabei war zu erwarten, dass Letztere auch das Machbare – das regelmäßig immer nur ein Teil des Gewünschten sein kann – definiert. Für die empirische Forschungsmethode bot sich die Aktivierung einer

Tab. 12.2 Ausprägungsformen und Typisierungsmöglichkeiten von Netzen. (Quellen: Eigene ergänzte Darstellung nach Dostal 2016, S. 9 ff.; Naumann 2011, S. 78; Klein-Schmeick 2012, S. 95)

Ausprägung/Typisierung	Differenzierungskriterium/-dimension
Stabile und dynamische Netze	Stabilität/zeitliche Befristung der Beziehungen (auch bzgl. Ziel- oder Mitgliederstrukturveränderungen)
Operative Netze	Beeinflussbarkeit in Richtung der eigenen Unternehmensfähigkeiten und -ressourcen
Strategische Netze	Mit zentraler Bedeutung für eigene Strategie (kann Vorstufe zu Beteiligung, Fusion o. ä. sein)
Lokale, regionale und globale Netze	Räumliche Ausdehnung des Geschäftsgebietes der Netzwerker
Horizontale, vertikale und laterale (diagonale) Netze	Stufe der Wertschöpfungskette der beteiligten Partner
Einfache und komplexe Netze	Zahl und Art der Netzwerkakteure/Netzwerkdichte
Formale und informale (informelle) Netze	Formalität (z. B. in Form von Vereinbarungen/Verträgen) bzw. Sichtbarkeit für Dritte vs. „loses Zusammenkommen“
Obligationale und promotionale Netze	Netzwerkzweck (z. B. Leistungstausch, gemeinsame Interessendurchsetzung)
Offene und geschlossene Netze	Möglichkeit des Netzeintritts (einschl. Probezeit) und -austritts
Erwerbscharakter, Selbstlosigkeit	Netze mit (eigener) Erwerbszielsetzung vs. ohne direktes Erwerbsziel (Erwerbsziel einzelner Netzwerker dabei nicht ausgeschlossen)
Initiativ-/Start-Impuls und Moderationsart	Professionelle (z. B. bezahlte Manager) vs. ehrenamtlich moderierte Netze
Hierarchische und dezentrale Netze	Steuerungsform/Form der Führung bei eher formalen Netzen
Geplante und emergente Netze	Art der Entstehung
Beschaffungs-, Info-, Produktions-, Marketing-, Vertriebsnetze u. ä.	Betriebliche Funktionen, die im Netzwerk kooperativ erfüllt werden

themenbezogenen sogenannten „Schwarmintelligenz“ an. Ausgangspunkt dieses verhaltenswissenschaftlichen Ansatzes ist, dass Tiere in Schwärmen für ihr Zusammenleben Verhaltensweisen entwickeln, die Wissenschaftler als Anregung für innovative Lösungsansätze nutzen (Duschek und Gärtner 2013, S. 21 f.; Dostal 2016, S. 85). Im Bienen-schwarm werden so Entscheidungen wie z. B. die Wahl eines neuen Standortes über eine Art Ideenwettbewerb getroffen. Mit der Entstehung dynamischer sozialer Netzwerke

Abb. 12.4 Für die Online-Umfrage vordringlich adressierte Netzwerktypen und ihre teilnehmenden Akteure. (Quelle: Eigene Zusammenstellung 2017)



nicht nur im World Wide Web (z. B. Wikipedia mit dem Ruf, die „Weisheit der Massen“ nutzbar zu machen), sondern auch durch Umfragen bei Experten und Akteuren, eröffnen sich vielfältige Möglichkeiten, die Schwarmintelligenz bzw. -kreativität auch für neue Fragestellungen auch bei unbekannten Akteuren von Gesundheitsnetzen zu nutzen. Dabei liefert die Mehrheitsmeinung der Gruppe die besten Ergebnisse (Fisher 2010, S. 81). Das Sampling der Online-Umfrage musste sich aus Machbarkeitsgründen auf Akteure von vier einigermaßen abgrenzbaren Bereichen konzentrieren (Abb. 12.4). Insgesamt nahmen an der Mitte Januar 2017 durchgeführten Online-Umfrage 137 Akteure teil, die Rücklaufquote betrug dabei 13,5 %. Durchgängig plausibel für die Auswertung genutzt werden konnten maximal 110 Fragebögen.

12.3 Ausgewählte Ergebnisse der Online-Umfrage

Die untersuchten Hypothesen – bis auf eine wurden alle bestätigt – lauteten:

- Fast alle Gesundheitsnetze in Deutschland haben Zielsetzungen, Absichten usw. definiert und die Akteure sind sich derer auch bewusst.
- Die eingeschätzte Bedeutung von Zielsetzungen bzw. Absichten für die Steuerung von Gesundheitsnetzen ist abhängig von der Branchenzugehörigkeit.
- Zahlreiche Gesundheitsnetzwerke haben (ausgesprochen oder auch nicht) einen erkennbaren Lernprozess („Learning by doing“) implementiert.

- In zahlreichen Gesundheitsnetzen gibt es recht unterschiedliche konkrete/messbare Erfolgskennzahlen. Sie haben verschiedene Perspektiven und decken in hohem Maße auch eher „weiche“ Faktoren ab.
- Die Art und Weise der Arbeit mit diesen Erfolgskennzahlen ist in den betreffenden Gesundheitsnetzen recht unterschiedlich.
- Die Intensität der Beschäftigung mit Controlling und Kennzahlen in Gesundheitsnetzen ist abhängig von der Organisationsform (eher formal/eher informelles Netzwerk, Projekt).
- Die Intensität der Beschäftigung mit Controlling und Kennzahlen in Gesundheitsnetzen ist abhängig von der Reife (Alter) eines Netzwerkes.

Nach der Kurzbeschreibung des Samples (Tab. 12.3, 12.4 und 12.5) werden anschließend einige der Umfrageergebnisse vorgestellt (Tab. 12.6, 12.7, 12.8, 12.9, 12.10, 12.11 und 12.12). Die Akteure des Gesundheitswesens sind dabei gegenüber anderen Untersuchungen weniger dominant (Pitum-Weber 2011, S. 129).

Eine der Fragen betraf die Bekanntheit der Zielsetzungen bzw. Absichten des jeweiligen Gesundheitsnetzes (Stichwort: Controlling-Definition). Die Antwortmöglichkeiten waren vorgegeben. Bei der Auswertung wurden acht Teilnehmer, die über die Art der Steuerung ihres Gesundheitsnetzes bereits keine Antwort geben konnten, nicht berücksichtigt. Von den verbleibenden 102 Befragten gaben 82,4 % an, dass ihr Gesundheitsnetz konkrete „harte“ Zielsetzungen bzw. „eher offene/weiche Absichten“ definiert hat und sie diese auch ganz oder teilweise kennen (Tab. 12.6). 4,9 % der Antwortenden wussten, dass es zwar definierte Zielsetzungen bzw. Absichten gibt, diese waren ihnen jedoch unbekannt. 7,8 % waren sich unsicher, ob Zielsetzungen bzw. Absichten definiert sind und 4,9 % verneinten dies.

Tab. 12.3 Teilnehmerstruktur Online-Umfrage nach Berufsgruppen/Branchen. (Quelle: Dostal 2017, S. 39)

Berufsgruppe/Branche	Abs.	Anteil in Prozent
Stationäre Medizin	13	11,8
Ambulante Medizin	15	13,7
Ambulante/stationäre Rehabilitation	6	5,5
Regulierte Gesundheitsberufe, inkl. Pflege	11	10,0
Anbieter Zweiter Gesundheitsmarkt, inkl. Therapeuten	14	12,7
Öffentliche Hand (u. a. Kommunen, Landkreise)	31	28,2
Industrie- und Handelskammern (IHK)	8	7,3
Berufsverband/Verband	9	8,2
Sonstige	3	2,7
Gesamt	110	100,0

Tab. 12.4 Teilnehmerstruktur Online-Umfrage nach Netzwerkgröße. (Quelle: Dostal 2017, S. 39)

Größe des Netzwerkes (Teilnehmer, Mitglieder)	Abs.	Anteil in Prozent
Bis zu 10 Netzwerker	8	7,3
11–20 Netzwerker	15	13,6
21–50	26	23,6
51–100	13	11,8
101–200	4	3,6
201–500	10	9,1
Über 500	5	4,5
Unbekannt/keine Angaben	29	26,5
Gesamt	110	100,0

Tab. 12.5 Verteilung der Branchen/Sektoren der adressierten Gesundheitsnetze. (Quelle: Dostal 2017, S. 39)

Branche/Sektor	Abs.	Anteil in Prozent	Prozent der Antwortenden
Medizinisches Gesundheitswesen	29	8,2	26,4
Geregelte Gesundheitsberufe	59	16,6	53,6
Zulieferer Gesundheitswesen	31	8,7	28,2
Anbieter Zweiter Gesundheitsmarkt	35	9,9	31,8
Interessierte Einzelpersonen	20	5,6	18,2
BGF/BGM-Anbieter	30	8,5	27,3
Verbände, Innungen, Kammern	37	10,4	33,6
Kostenträger	43	12,1	39,1
Gesundheitsferne Branchen	19	5,4	17,3
Gebietskörperschaften, kommunale Organisationen	52	14,7	47,3
Gesamt	355	100,0	322,7

65,4 % der Befragten gaben an, dass die Bedeutung von konkreten (harten) Zielsetzungen bzw. offen und weich formulierten Absichten für die Steuerung von Gesundheitsnetzen sehr wichtig/wichtig ist (Tab. 12.7). 16,3 % gaben dagegen an, dass dies eher unwichtig/unwichtig/völlig unwichtig ist.

In 53,6 % der Fälle sind die vom jeweiligen Gesundheitsnetz definierten Zielsetzungen/Absichten vollständig bzw. teilweise messbar (Tab. 12.8). Das ist als deutliches „Pro“ für ein Controlling zu werten. In 30,9 % der Gesundheitsnetze sind die Zielsetzungen/Absichten zwar nicht durch konkrete Erfolgskennzahlen messbar, die

Tab. 12.6 Bekanntheit Zielsetzungen und Absichten der adressierten Gesundheitsnetze/-kooperationen. (Quelle: Dostal 2017, S. 43)

Bekanntheit von Zielsetzungen/Absichten	Abs.	Anteil in Prozent
Ja, definiert und mir bekannt	68	66,7
Ja, definiert, kenne diese aber nur teilweise	16	15,7
Ja, definiert, mir aber unbekannt	5	4,9
Nicht sicher, ob Zielsetzungen/Absichten definiert sind	8	7,8
Zielsetzungen und Absichten nicht definiert	5	4,9
Gesamt	102	100,0

Tab. 12.7 Bedeutung von konkreten (harten) Zielsetzungen bzw. offen/weich formulierten Absichten für die Steuerung von Gesundheitsnetzen. (Quelle: Dostal 2017, S. 45)

Bedeutung von Zielsetzungen bzw. Absichten	Abs.	Anteil in Prozent
Sehr wichtig	37	33,6
Wichtig	35	31,8
Eher wichtig	20	18,2
Eher unwichtig	11	10,0
Unwichtig	5	4,5
Völlig unwichtig	2	1,8
Gesamt	110	100,0

Tab. 12.8 Messbarkeit von Zielsetzungen/Absichten mittels konkreter Erfolgsgrößen. (Quelle: Dostal 2017, S. 41)

Messbarkeit der Zielsetzungen bzw. Absichten	Abs.	Anteil in Prozent
Nahezu vollständig durch konkrete Erfolgskennzahlen messbar	11	11,3
Teilweise messbar	41	42,3
Nicht messbar, es gibt aber einen Lernprozess	30	30,9
Weder messbar noch Lernprozess	11	11,3
Für Netz/Kooperation kein Thema	4	4,1
Gesamt	97	100,0

Tab. 12.9 Mögliche (betriebswirtschaftliche) Kennzahlen für Gesundheitsnetze. (Quelle: Dostal 2017, S. 36 nach einer eigenen Analyse und Einschätzung von Internet-Auftritten einiger Gesundheitsnetze)

Themen	Beispielhafte (betriebswirtschaftliche) Kennzahlen
Mitglieder	Absolut, Entwicklung (Zugangs-, Abgangsrate), Struktur nach Beitragshöhe, Branchenherkunft, räumliche Verteilung Mitglieder/Netzwerker, Firmenanteil, hierarchische Einstufung der jeweiligen Vertreter, VIP-Quote
Eigene Veranstaltungen, Aktionen	Absolut, ϕ Anzahl der Teilnehmer, Verteilung nach Formaten, Anteil der Gastteilnehmer in Prozent, Verteilung nach Formaten oder Orten/ Locations
Anzahl von verschickten Pressemeldungen bzw. erschienene Presseartikel	Absolut, Auflage Printmedien mit Presseartikeln, Anzahl Medien mit Erwähnungen (Verteilung)
Veröffentlichungen von Netzwerkern mit Nennung Netzwerk	Anzahl (absolut)
Innovationsquote	Eingegangene Anzahl Ideen, Vorschläge usw. (absolut)
Aktionen/Aktivitäten, die gezielt die Weiterentwicklung des Netzwerkes thematisieren	Art, Umfang und Häufigkeit (absolut)
Anzahl Beschwerden von Netzwerkern	Anzahl (absolut)
Kooperationen (intern)	Anzahl laufender Kooperationen von Netzwerkern untereinander, Quote gesamt bzw. nach Themenfeldern
Kooperationen (extern)	Anzahl von Kooperationen mit externen Partnern
Geleistete Arbeitsstunden	Anzahl (absolut), Verteilung
Internet-Auftritt, soziale Medien	Zugriffe absolut, Quote nach Bereichen/ Themenfeldern, Likes/Follower (absolut)
Finanzen	Beiträge absolut, sonstige Einnahmen (Quote)
Ausgaben-/Einnahmenentwicklung	Absolut, nach Bereichen/Einzelbudgets (Quote)
Bekanntheit Netzwerk, Einzelaktionen	2-jährliche Umfrage (Telefon)
Zufriedenheit Netzwerker	2-jährliche Umfrage (schriftl. mit Einladung zur Jahresversammlung)

Gesundheitsnetze haben jedoch einen Lernprozess implementiert. Die Akteure besprechen durchgeführte Aktivitäten und Maßnahmen nachträglich und optimieren diese für die Zukunft. 11,3 % gaben an, dass die Zielsetzungen/Absichten nicht messbar sind und sie auch keinen Lernprozess installiert haben. Für 4,1 % war dies kein Thema.

Tab. 12.10 Verwendung und Nutzung von Kennzahlen bei den betrachteten Gesundheitsnetzen/-kooperationen. (Quelle: Dostal 2017, S. 52)

Verwendung/Nutzung der Kennzahlen	Abs.	Anteil in Prozent	Prozent der Antwortenden
Regelmäßiges/systematisches Nachhalten für Ziele und Optimierung	40	24,5	43,5
Grundlage für (jährliche) Berichterstattung	49	30,1	53,3
Von Fall zu Fall als Info für die Netzwerker	48	29,4	52,2
Erhoben, aber kaum genutzt	6	3,7	6,5
Nichts von alledem, wir gehen anders vor	3	1,8	3,3
Bin über die Nutzung von Erfolgsgrößen nicht informiert	17	10,4	18,5
Gesamt	163	100,0	177,2

Tab. 12.11 Zusammenhang zwischen Organisationsform und Erfolgsmessung der betrachteten Gesundheitsnetze (Mehrfachnennungen). (Quelle: Dostal 2017, S. 55)

	Organisationsform abs. (Prozent)			Ges.
Einsatz und Nutzung von Erfolgskennzahlen	Informelle Gruppe	Formales Netz	Projekt der Wifö.	
Regelmäßiges/systematisches Nachhalten für Ziele und Optimierung	17 (37,8)	21 (53,8)	2 (25,0)	39
Grundlage für (jährliche) Bericht-Erstattung	21 (46,7)	24 (61,5)	3 (37,5)	47
Von Fall zu Fall als Info für die Netzwerker	25 (55,6)	21 (53,8)	3 (37,5)	47
Erhoben, aber kaum genutzt	3 (6,7)	3 (7,7)	0	6
Nichts von alledem, wir gehen anders vor	2 (4,4)	1 (2,6)	0	3
Bin über die Nutzung von Erfolgsgrößen nicht informiert	10 (22,2)	4 (10,3)	3 (37,5)	17
Gesamt	45	39	8	92

Zur Abklärung der verwendeten Kennzahlen konnten die Befragten sowohl ihre verwendeten Kennzahlen als auch die zugrunde liegenden Methoden und Begriffe angeben. Es wurden sowohl quantitative als auch qualitative Erfolgskennzahlen bzw. Kennzahlen genannt. Allerdings konnte nur etwa ein Viertel der Befragten konkrete Angaben machen. 27 der Befragten nannten mit eher quantitativen Erfolgsfaktoren unterschiedliche Perspektiven für die Controlling-Kennzahlen. Ein Großteil dieser

Tab. 12.12 Zusammenhang zwischen Alter Gesundheitsnetz/-kooperation und Erfolgsmessung (Mehrfachnennungen). (Quelle: Dostal 2017, S. 56)

	Alter abs. (Prozent)					Ges.
Verwendung und Nutzung von Erfolgskennzahlen	Bis zu 2 Jahren	2 bis 5 Jahren	5 bis 10 Jahren	Über 10 Jahre	Weiß nicht/k. A.	
Regelmäßiges/systematisches Nachhalten für Ziele und Optimierung	8 (44,4)	15 (44,1)	12 (60,0)	11 (64,7)	0	45
Grundlage für (jährliche) Bericht-Erstattung	10 (55,6)	15 (44,1)	9 (45,0)	15 (88,2)	0	49
Von Fall zu Fall als Info für die Netzwerker	9 (50,0)	17 (50,0)	19 (50,0)	12 (70,6)	0	47
Erhoben, aber kaum genutzt	0	3 (8,8)	1 (5,0)	2 (11,8)	0	6
Nichts von alledem, wir gehen anders vor	1 (5,6)	0	1 (5,0)	1 (5,9)	0	3
Bin über die Nutzung von Erfolgsgrößen nicht informiert	3 (16,7)	7 (20,6)	4 (20,0)	0	3 (100,0)	17
Gesamt	18	34	20	17	3	92

Kennzahlen kann als betriebswirtschaftlich, d. h. einen spezifischen Betrieb, hier ein Netzwerk bzw. Kooperation, abbildend, bezeichnet werden. Im Durchschnitt waren dies 2,9 Kennzahlen bzw. hinführende Begriffe pro Antwortendem. Nach einer Gruppierung der sich zeigenden sechs Perspektiven waren dies nach Häufigkeit (Dostal 2017, S. 49 f.):

- Kennzahlen zu einzelnen Themen des jeweiligen Gesundheitsnetzes (35)
 - Fallzahlen, Erkrankungszahlen (6)
 - Wartezeiten für Patienten (5)
 - Belegdauer, durchschnittliche Bettenbelegung, sonstige Belegdaten (4)
 - Einweiser/Überweiser, Zuweisungen (4)
 - Therapien, OP-Daten (4)

- Belegtage, Belegung (3)
- klassische betriebswirtschaftliche Zahlen wie z. B. Umsatz- und Budgetentwicklung (3)
- Wirtschaftlicher Erfolg des Netzes (2)
- Ankünfte, Übernachtungen (2)
- Fehlzeitenquote
- Leistungskosten im Vergleich zum Bundesgebiet
- Kennzahlen zu Veranstaltungen und Netzwerkangeboten (18)
 - Teilnehmeranzahl bei Veranstaltungen (6)
 - Nutzer Internetportal/Homepage (4)
 - Anzahl Mitglieder/Netzwerker (4)
 - Erfolg (2)
 - Führungen
 - Teilnahmebereitschaft
- Kennzahlen zur Qualität des Netzwerks (11)
 - Teilnahme an Weiterbildungsveranstaltungen (3)
 - Passende Kontakte (2)
 - Zufriedenheiten (2)
 - Akzeptanzsteigerung
 - Geschäftskontakte
 - politische Kontakte
- Kennzahlen zur Vernetzungsintensität intern (10)
 - Anzahl Beratungen (3)
 - Kooperationsrate Netzwerker untereinander, Kooperationsbereitschaft (2)
 - Anzahl Kooperationen mit Dritten (2)
 - Neue Kooperationsmodelle
 - Erarbeitete eigene Angebote
 - Eigene BGM-Projekte
- Kennzahlen zur Größe, Umfang und Stabilität des Netzwerks (7)
 - Mitglieder/Netzwerker (3)
 - Kündigungen/Fluktuation (2)
 - Niederlassungen
 - Einzugsgebiet
- Kennzahlen zur Außensicht auf das Netzwerk/die Position im Markt (6)
 - Bekanntheit (2)
 - Anzahl Presseerwähnungen (2)
 - Pressemeldungen
 - Auflage Medien

Von 25 der Befragten wurden zahlreiche Methoden, Erfolgsfaktoren und Themen (und daraus auch indirekt ableitbare, eher qualitative Kennzahlen ohne direkte Benennung) genannt:

- Methoden (23)
 - Qualität, Feedback-Bögen, Teilnehmer-/Mitgliederbefragung, Meinungen und Feedback der Mitglieder (11)
 - Evaluation, Selbstevaluation (5)
 - Soll- bzw. Prognose/Ist-Abweichungen (3)
 - Projektbericht (2)
 - Zeitreihen
 - Erfahrungsberichte
- Erfolgsfaktoren (6)
 - gute Stimmung im Netzwerk, „Betriebsklima“ (2)
 - Image im Markt
 - Fortschritte der Projektgruppen
 - guter Gedankenaustausch
 - erfolgte Informationen
- Themen (4)
 - Einflussnahmen auf Gesetzgebungsvorhaben (2)
 - Versorgungsqualität
 - Gesamtentwicklung der Region

Vergleicht man diese Angaben aber mit den auf Basis eigener Recherchen im Internet (Abb. 12.3) möglichen Themen und damit auch ableitbaren Kennzahlen (Tab. 12.9), so findet sich eine deutliche Bestätigung und Ergänzung. Gleichzeitig ist aber noch etwas „Luft nach oben“ erkennbar: Drei Viertel hatten dazu noch keine konkreten Vorstellungen. Dies ist für die weitere Controlling-Implementierung grundsätzlich als positiv zu bewerten. Gleichzeitig signalisiert die geringe Antwortbeteiligung durchaus bestehende Vorbehalte.

Auf die Frage „Wozu/in welcher Form werden diese Erfolgsgrößen genutzt?“ antworteten 92 Akteure mit durchschnittlich 1,8 Nennungen. Demnach werden diese Erfolgsfaktoren von den Gesundheitsnetzen hauptsächlich für die jährliche Berichterstattung (53,3 %), die fallweise Information der Netzwerker (52,2 %) und in 43,5 % für das regelmäßige/systematische Nachhalten der Zielerreichung und der Optimierung von Maßnahmen/Aktivitäten genutzt (Tab. 12.10).

Gleichzeitig wird erkennbar, dass formale Netze mit einer eigenen Rechtspersönlichkeit (z. B. e. V., eG, GmbH) mit 53,8 % deutlich stärker ein regelmäßiges/systematisches Nachhalten der Zielerreichung und Optimieren der Maßnahmen/Aktivitäten betreiben als informelle Gruppen mit 37,8 % oder Projekte der Wirtschaftsförderung mit 25,0 % (Tab. 12.11). Auch die jährliche Berichterstattung nimmt bei ihnen mit 61,5 % einen höheren Umfang ein als bei informellen Gruppen (46,7 %) oder Projekten (37,5 %). Der Umfang der fallweisen Information der Netzwerker unterscheidet sich zwischen informeller Gruppe und formalem Netz kaum. Die Uninformiertheit über die Nutzung von Erfolgsfaktoren ist bei informellen Gruppen doppelt so hoch.

Gesundheitsnetzwerke, die älter als fünf Jahre sind, halten deutlich regelmäßiger bzw. systematischer ihre Ziele und Optimierungen nach: Die Anteile in der betreffenden

„Alterskohorte“ liegen bei 60,0 bzw. 64,7 % gegenüber 44,4 bzw. 44,1 % bei jüngeren Netzen (Tab. 12.12). Die Gruppe der Gesundheitsnetze, die bereits seit über zehn Jahren bestehen, nutzen die Erfolgskennzahlen mit 88,2 % mit Abstand am häufigsten für die (jährliche) Berichterstattung. Bei diesen Netzen sind offensichtlich auch alle Akteure über die Nutzung von Erfolgsgrößen informiert.

12.4 Schlussbetrachtung

Die positive Reaktion auf die Online-Umfrage zeigt, dass das Thema „Controlling“ bei Gesundheitsnetzen durchaus auf Interesse stößt. Das belegt u. a. auch der relativ hohe Anteil an nicht formal „dazugehörigen“ Netzwerkern an der Umfrage. Die Ränder bzw. die Übergänge zu/an den Gesundheitsnetzen sind extrem intransparent und „ausgefranst“ mit der Folge, dass die Akteure in dieser „Pionierphase“ nicht trennscharf mit den für ein Sampling zur Verfügung stehenden Mitteln ermittelt werden können.

Die Befragungsergebnisse – die naturgemäß nicht repräsentativ, sondern mittels einer herangezogenen „Schwarmintelligenz“ nur explorativ sein können – zeigen, dass ein Controlling mit Hilfe von betriebswirtschaftlichen Kennzahlen von Gesundheitsnetzen zumindest bei einer bestimmten, eher formal organisierten Gruppe bereits existiert bzw. entsprechend so gesehen wird. Die eigenen Erfahrungen der Akteure damit, in ihren jeweiligen Branchen und Sektoren mit Kennzahlen bzw. einem Controlling zu arbeiten, beeinflussen offensichtlich auch die zur Steuerung von solchen Netzen formulierten Zielsetzungen bzw. Absichten.

Allerdings wird der dezidierte Begriff „Controlling“, dazu gab bereits die Sekundäranalyse einen deutlichen Hinweis, derzeit noch nicht direkt verwendet. Dies in Rechnung gestellt, mussten bei der Online-Umfrage gezielt z. B. die „weiche“ Begriffe „Erfolgskennzahlen“, „Erfogsgrößen“, „regelmäßiges/systematisches Nachhalten von Zielen und Optimierungen“ oder auch „Berichterstattung“ verwendet werden. So betrachtet halten rund 53 % der Befragten die Zielsetzungen/Absichten von Gesundheitsnetzen für (teilweise) messbar (Tab. 12.8). Sie sprechen sich damit zumindest indirekt für ein Controlling aus.

Insoweit sind die Ergebnisse der Online-Untersuchung ermutigend: Das Thema „Controlling von Gesundheitsnetzen“ existiert. Zahlreiche, insbesondere ältere Netze handeln entsprechend. Erkennbar ist auf jeden Fall, dass eine intensivere sowie branchenseitig breitere Beschäftigung mit dem Thema – sowohl vor dem Hintergrund einer volkswirtschaftlich notwendigen Vernetzung im gesamten Gesundheitsmarkt, als auch zum Abschöpfen von Marktchancen – für alle beteiligten Akteure von großem Interesse ist.

Hier kommt vor allem der Öffentlichen Hand bei den zahlreichen geförderten Gesundheitsnetzen eine Art Treiberrolle für das Thema „Controlling von Gesundheitsnetzen“ zu. Neben den IHK sind es dabei auch die größeren Unternehmenseinheiten des Gesundheitswesens (stationäre medizinische Versorgung) und die Verbände, die hier im Sinne einer effizienten Verwendung von Kapital- und Personalressourcen das Thema

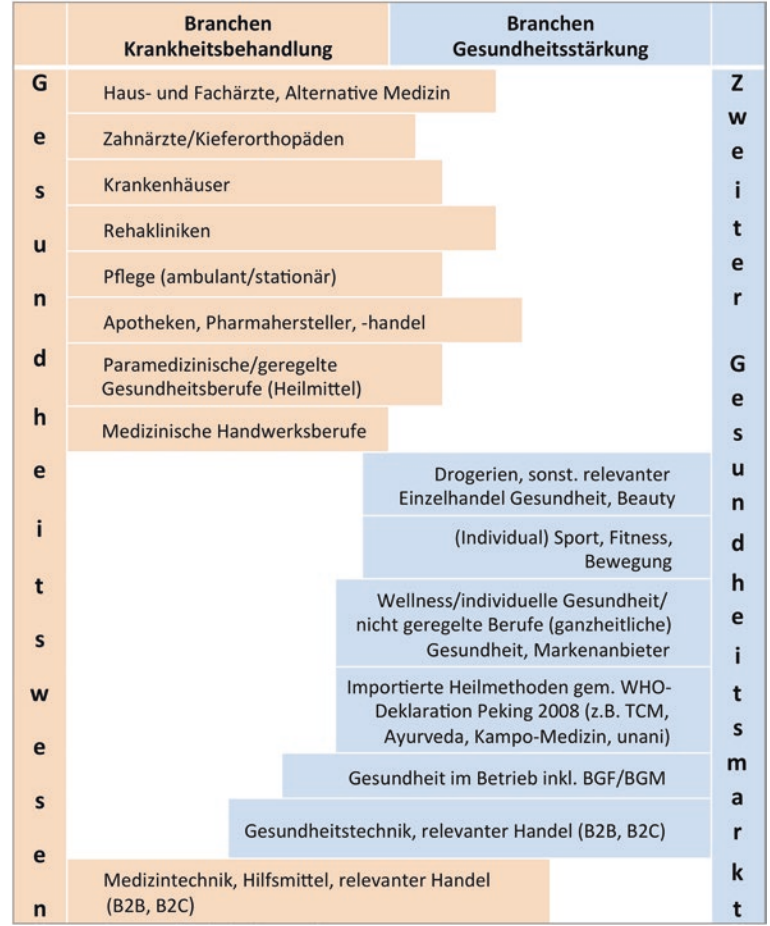


Abb. 12.5 Zunehmende Verzahnung von Gesundheitswesen (Erster Gesundheitsmarkt) und Zweitem Gesundheitsmarkt in Deutschland. (Quelle: Dostal und Dostal 2017)

„Controlling in Gesundheitsnetzen“ voranbringen können. Unübersehbar ist aber auch, dass die Vielfalt der Netze die Entwicklung und den Transfer von Controlling-Konzepten und somit auch ein vergleichbares Verwenden und Lernen von und mit diesen erschweren dürfte.

Gleichzeitig ist damit erkennbar, dass das gesamte Themenfeld weiterer und möglicherweise auch segmentierter angelegten Untersuchungen bedarf. Insbesondere dürfte es zielführend sein, sowohl weitere Netzwerktypen (Abb. 12.4) einzubeziehen als auch die möglichen Perspektiven von Kennzahlen zu ergänzen und zu vertiefen. Die erkennbar weiter voranschreitende Vernetzung des Gesundheitswesens mit dem Zweitem Gesundheitsmarkt (Abb. 12.5) dürfte dabei eine zusätzliche Herausforderung sein.

Literatur

- Altgeld T, Richter B (2014) Gesundheitsregionen in Deutschland. Landesvereinigung für Gesundheit und Akademie für Sozialmedizin Niedersachsen e. V. (Hrsg). Unidruck Hannover, Hannover
- Bauer G (2015) Einführung in das systemische Controlling. Carl-Auer, Heidelberg
- BDU (2006) Controlling – Ein Instrument zur ergebnisorientierten Unternehmenssteuerung und langfristigen Existenzsicherung. Leitfaden für Controllingpraxis und Unternehmensberatung, Bundesverband Deutscher Unternehmensberater e. V. (BDU), Fachverband Unternehmensführung und Controlling (Hrsg). Schmidt, Berlin
- Bönisch S (2017) Was bringt Vernetzung im Gesundheitswesen. Eine wirkungsorientierte Betrachtung interorganisationaler Netzwerke. Springer VS, Wiesbaden
- Brand T, Gansefort D, Forberger S, Bröring E, Zeeb H (2017) Bewegungsförderliche Kommune? Bedarfsermittlung und Entwicklung lokaler Steuerungskapazitäten. In: Pfannstiel MA, Focke A, Mehlich H (Hrsg) Management von Gesundheitsregionen II: Regionale Vernetzungsstrategien und Lösungsansätze zur Verbesserung der Gesundheitsversorgung. Springer Gabler, Heidelberg, S 51–60
- Daum A, Langguth H, Hagen V (2016) Controlling. BWV Berliner Wissenschafts-Verlag, Berlin
- Dostal A (2016) Netzwerke und Kooperationen im Gesundheitsmarkt. In: Hellmann W (Hrsg) Handbuch Integrierte Versorgung. Kooperative Versorgungsstrukturen erfolgreich planen und umsetzen. medhochzwei, Heidelberg
- Dostal T (2017) Controlling in Gesundheitsnetzen in Deutschland. Empirische Studie über die Anwendbarkeit betriebswirtschaftlicher Erfolgskennzahlen bei der Entwicklung neuer Formen der Gesundheitsversorgung, unveröffentlichte Diplomarbeit zur Erlangung des Grades eines Diplom-Kaufmann (FH) der Hochschule Wismar. Fakultät für Betriebswirtschaft, Wismar
- Dostal A, Dostal G (2013) Gesundheitsregionen und -städte – Netzwerke und Kooperationen mit Potential. Ergebnisse einer empirischen Befragung von Entscheidern des Ersten und Zweiten Gesundheitsmarktes im Spannungsdreieck von Daseinsvorsorge, Gesundheitstourismus und Wirtschaftsförderung. Verlag dostal-publikationen, Vilsbiburg
- Dostal A, Dostal G (2017) Handbuch Gesundheitsmarkt in Deutschland. Gesundheitswesen und Zweiter Gesundheitsmarkt: Zahlen – Daten – Fakten, 4., Aufl. Verlag dostal-publikationen, Vilsbiburg
- Duschek S, Gärtner C (2013) Kollektive Intelligenz in Netzwerken durch Tools reflexiver Netzwerkberatung. In: Sydow J, Duschek S (Hrsg) Netzwerkzeuge. Tools für das Netzwerkmanagement. Springer Gabler, Wiesbaden, S 19–32
- Fisher L (2010) Schwarmintelligenz. Verlag Eichborn, Frankfurt a. M.
- Klein-Schmeick S (2012) Risiko- und Innovationsmanagement für strategische Netzwerke. Universitätsverlag Chemnitz, Chemnitz
- Naumann M (2011) Regionale Netzwerkstrukturen von Tourismusdestinationen. Konzept, Relevanz und Gestaltungsansätze der interorganisationalen Kooperation gesundheitstouristischer Destinationen. Dissertation Fakultät Verkehrswissenschaften „Friedrich List“ der Technischen Universität Dresden, Dresden
- Pitum-Weber S (2011) Management von Gesundheitsnetzwerken. Eine empirische Analyse in der deutschen Gesundheitswirtschaft. Iatros, Dienheim
- Rundholz E (2016) Netzwerkmanagement der Gesundheitsregion Bayreuth als Aufgabe der Regionalentwicklung bzw. Regionalmanagements. In: Pfannstiel MA, Focke A, Mehlich H (Hrsg) Management von Gesundheitsregionen I: Bündelung regionaler Ressourcen zum Wachstum und zur Sicherung der Gesundheitsversorgung. Springer Gabler, Heidelberg, S 29–38
- Sprenger-Menzel MTP, Brockhaus CP (2016) Grundlagen des Controllings in Verwaltungs-, Wirtschafts- und Dienstleistungsbetrieben. Einführung in Theorie und Praxis des Controllings für das Studium in Bachelor- und Master-Studiengängen, 4. Aufl. Verlag Bernhardt-Witten, Witten

Adrian W. T. Dostal, Dipl.-Kfm., Unternehmensberater. Seit 1990 ist er Geschäftsführer der dostal & partner management-beratung gmbh, Vilsbiburg, und verantwortlich für die Themen Strategie, Organisation, Restrukturierung, Geschäftsprozesse und Controlling für Unternehmen der Gesundheitswirtschaft. Er berät zudem Kommunen u. a. zu den Themen ärztliche und gesundheitliche Versorgung auf dem Lande und Regionalentwicklung. Er publiziert vor diesem Hintergrund seit drei Jahrzehnten zahlreiche Beiträge in Fachzeitschriften und im Verlag seiner Firma. Darüber hinaus ist er Initiator der südostbayerischen Gesundheitsregion Xundland® Vils-Rott-Inn und moderiert seit 2013 das dazugehörige Unternehmer-Netzwerk Xundland e. V.

Tristan E. W. Dostal, Dipl.-Kfm. (FH), angehender Doktorand. Im Frühjahr 2017 hat er mit seiner Diplomarbeit „Controlling in Gesundheitsnetzen in Deutschland. Empirische Studie über die Anwendbarkeit betriebswirtschaftlicher Erfolgskennzahlen bei der Entwicklung neuer Formen der Gesundheitsversorgung“ das Studium an der Hochschule Wismar abgeschlossen. Seit 2015 ist er im Unternehmensbereich dostal-marktforschung der dostal & partner management-beratung gmbh, Vilsbiburg, tätig.

Verstrickt gehetzt oder gesund vernetzt? –
Mitarbeiterbe- und -entlastung
in Altenhilfesettings heute

Umfragebasierte Notizen zu einem netzwerksensiblen BGM

Jörg Rövekamp-Wattendorf, Johannes Technau und Kolja Heckes

Inhaltsverzeichnis

13.1 Einleitung..... 174

13.2 Berufliche Belastungen 174

13.3 Gesundheitsförderung und Prävention..... 177

13.4 Implikationen für das betriebliche Gesundheitsmanagement 178

13.5 Fachkräfte in Pflegesettings und ihre Arbeit in vernetzten
Organisationen – (k)eine neue Anforderung(!)? 182

13.6 Vernetztes Arbeiten als Anforderung an Mitarbeitende und an Betriebliches
Gesundheitsmanagement 183

13.7 Entlastungschancen für Betriebliches Gesundheitsmanagement durch
Netzwerkarbeit..... 186

13.8 Schlussbetrachtung 188

Literatur..... 188

Zusammenfassung

Der vorliegende Beitrag ist in seinem Verlauf zu dem Versuch entwickelt worden, einige Determinanten modernen BGMs für Einrichtungen der Altenhilfe zu beschreiben und auf Anforderungen und Chancen zu beziehen, die sich durch zunehmende

J. Rövekamp-Wattendorf (✉) · K. Heckes
Abt. Münster, Kath. Hochschule NRW, Münster, Deutschland
E-Mail: j.rovekamp-wattendorf@katho-nrw.de

K. Heckes
E-Mail: k.heckes@katho-nrw.de

J. Technau
Netzwerk Gesundheitswirtschaft Münsterland e. V., Münster, Deutschland
E-Mail: technau@gewi-muensterland.de

vernetzte Strukturen in diesem Handlungsfeld ergeben. Die Autoren – Herr Rövekamp-Wattendorf und Herr Heckes von der Katholischen Hochschule NRW sowie Herr Technau vom Netzwerk Gesundheitswirtschaft Münsterland e. V. – stehen im engen fachlichen Austausch zu sich verändernden Bedingungen im Gesundheitswesen durch Netzwerkbildungen.

13.1 Einleitung

Das Thema „Betriebliches Gesundheitsmanagement“ (BGM) steht in vielen Branchen ganz oben auf der personalpolitischen Agenda. Die Meinungen über gute Angebote sind genau so vielfältig wie die Angebote selbst. Da kann auch schon mal das kostenlose Fitnessstudio als Empowerment-Strategie gelten. Im hier vorliegenden Artikel wird BGM im Hinblick auf eine spezielle Zielgruppe – Mitarbeiter in Einrichtungen der Altenhilfe – diskutiert und unter Netzwerkgesichtspunkten analysiert. Ausgangspunkt ist eine Befragung unter 528 Einrichtungen der Altenhilfe im Münsterland, die mit 106 Rückläufern gut 20 % der befragten Gruppe repräsentiert. Die Analyse wird durch eine Unterteilung von Maßnahmen in Gesundheitsförderung und Prävention vorgenommen. Diese Unterteilung ist insofern wichtig, da in neueren Studien zum Burn-out-Syndrom in der Pflege neben einem hohen Stresslevel bei der Arbeit auch der Arbeit-Familien-Konflikt als Einflussfaktor identifiziert wurde (Brause et al. [2015](#); Ehresmann [2015](#)).

13.2 Berufliche Belastungen

Die professionelle Pflege von Menschen stellt unabhängig vom Angebot (voll-, teilstationär oder ambulant) eine berufliche Herausforderung für Gesundheitsfachkräfte dar. Wenn kranke und alte Menschen in einem organisatorischen Kontext gepflegt werden, beschreibt ein gelungenes BGM, dass die Mitarbeiter solche Arbeitsbedingungen vorfinden, die deren Gesundheit mittragen. Denn der Beruf verlangt einen hohen körperlichen wie seelischen Einsatz: Alten Menschen beim Aufstehen helfen, sie in den Rollstuhl zu bewegen oder sich psychisch auf die Bedürfnisse der Pflegebedürftigen einzulassen, braucht täglich Kraft. Für die ca. 1,4 Mio. Pflegepersonen – als zweitgrößte Berufsgruppe in Deutschland – ist es wichtig, fit im Beruf zu bleiben. Beispielsweise kann die Betreuung von Menschen mit Demenz (1,6 Mio. Demenzzranke in Deutschland) als eine solche Anforderung begriffen werden, bei deren Erfüllung die Gesundheit der Profis nicht aus dem Auge verloren werden darf.

So gewinnt das Begriffspaar „Gesundheit und Krankheit“ von Gesundheitsfachkräften im Rahmen gelingender institutioneller Programme zum Gesundheitsmanagement zunehmend an Bedeutung. Denn wenn Pflege krank macht, ist das nicht nur ein individuelles, sondern ebenso ein soziales wie institutionelles Risiko. Mitarbeiter in der

Altenpflege sehen sich in ihrem beruflichen Alltag also einer Vielzahl von Belastungen ausgesetzt, welche als subjektive Stressoren (Antonovsky 1997), abhängig von persönlichen Erfahrungen, beruflichem sowie privatem Umfeld, einen zunehmenden Bedarf an betrieblichem Gesundheitsmanagement deutlich machen. Nicht immer reichen private Ausgleichs wie Wellnesswochenenden, Hundespaziergang oder Joggingrunde aus. Die Zunahme berufsbedingter Deformationen und krankheitsbedingter Fehlzeiten (Antonovsky 1997) können als deutliche Warnzeichen interpretiert werden. So ergab die Erhebung, dass

- 47 % der Führungskräfte aussagten, dass krankheitsbedingte Fehlzeiten der Mitarbeitenden die Arbeitsabläufe beeinträchtigen.
- 51 % der Führungskräfte der Aussage voll zustimmen, dass die Umgestaltung des Dienstplanes bei Krankheit eines Mitarbeitenden viel Zeit in Anspruch nimmt.
- 53 % der Führungskräfte der Aussage voll zustimmen, dass die Neubesetzung einer Stelle viel Zeit in Anspruch nimmt.

Führungskräfte berichten von Gesprächen mit Gesundheitsfachkräften über eine Vielzahl täglicher sozialer und persönlicher Situationen (vgl. Rövekamp-Wattendorf 2016), die deren Umgang mit Pflegebedürftigen, Angehörigen sowie Vorgesetzten und Kollegen schwierig machen. Hierbei werden häufig deren physische Belastungen, ebenso wie Schichtarbeit, Wechseldienste, körperliche Schwerarbeit, Gewalterfahrungen, der Umgang mit Tod und Sterben, Nähe und Ekelgefühle, Rollenüberlastungen usw. genannt. Auf die besondere Bedeutung von Rollenkonflikten vor dem Hintergrund des Burn-out-Syndroms weist Burisch (vgl. Burisch 2014, S. 84 ff.) hin. Die Arbeit von Bröer verdeutlicht die Schwierigkeit des Beziehungsprozesses mit den Pflegebedürftigen. Es existiert also eine große Zahl beruflicher Belastungen. Dabei hängt das individuelle Gefährdungsrisiko durch diese Stressoren auch von der unterschiedlich ausgebildeten Widerstandsfähigkeit der Mitarbeiter gegen diese Belastungen ab. Diese im Sinne des Konzepts der Salutogenese (vgl. Bomball und Niehbuhr 2016) als Stressoren zu bezeichnenden Lasten konfrontieren die Frauen und Männer in diesem Arbeitsfeld mit ihren unterschiedlich ausgeprägten Widerstandskräften. Sie sind in diesen Situationen gezwungen, ihre psychischen, physischen und sozialen Quellen der Gesundheit zu nutzen, und BGM steht in der Verantwortung, hier zu unterstützen. Es muss in die Gesundheit jeder einzelnen Pflegekraft investiert werden. Im Rahmen eines betrieblichen Gesundheitsmanagements stellen sich Führungskräfte die Fragen:

- Wo bewegen sich Mitarbeitende aktuell auf einem Gesundheits-Krankheits-Kontinuum unter dem Einfluss dieser Stressoren?
- Was kann durch betriebliche Unterstützung getan werden, um sich einer „health-ease“ der Pflegenden zu nähern und ihr „dis-ease“ zu vermeiden?
- Wie können Angebote des BGM die Bedürfnisse der Mitarbeitenden erreichen?

Zum Zusammenhang von Persönlichkeit und beruflicher Belastung bieten verschiedene Autoren unterschiedliche Modelle an. So bietet beispielsweise die Life-Event-Forschung (vgl. Domnowski 2005) eine Einteilung von individuellen Verhaltensmustern, Belastbarkeiten und Überforderungssignalen. Das Konzept der Resilienz (vgl. Fröschl 2016, S. 321) nimmt darüber hinaus die Tragfähigkeit des sozialen Netzes in den Blick. Die Bedeutung individueller Selbstheilungskraft als „Widerstandsressource“ (Fröschl 2016, S. 216) wird von Autoren (vgl. Oelke 2010; Bomball und Niebuhr 2016) mittels des Konzeptes der Salutogenese von Aaron Antonovsky in den Fokus gestellt. Wichtig ist ihnen das Verständnis von einer von den Eigenschaften und Ressourcen eines Individuums abhängigen Gesundheit. Also hier die Frage: Wie unterscheidet sich die „Anpassungsfähigkeit“ der Mitarbeiter an berufliche Belastungen?

Dazu fallen mittels des Konzeptes aufseiten der Betroffenen zwei Einflüsse auf:

1. Der Kohärenzsinn der Mitarbeiter ist der individuell ausgeprägte Eindruck:
 - a) der Verstehbarkeit, d. h. des Verständnisses, berufliche Belastungen einordnen zu können,
 - b) der Überzeugung, d. h. der Neigung, Belastungen als sinnhaft und gestaltbar zu interpretieren.
 - c) des Vertrauens, d. h. der Fertigkeit, Konflikte bewältigen zu können.

Dazu Antonovsky:

eine globale Orientierung, die das Maß ausdrückt, in dem man ein durchdringendes, andauerndes, aber dynamisches Gefühl des Vertrauens hat, dass die eigene interne und externe Umwelt vorhersagbar ist und dass es eine hohe Wahrscheinlichkeit gibt, dass sich die Dinge so entwickeln werden, wie vernünftigerweise erwartet werden kann (Antonovsky 1997, S. 16; zit. n. Fröschl 2016, S. 316).

2. Die Widerstandsquellen als Ausdruck der im Sozialisationsprozess erworbenen psychosozialen Ressourcen, um Stressoren entgegenwirken zu können. Hierzu zählen tragende soziale Strukturen ebenso wie eine gesunde psychische Widerstandskraft.

Fröschl (2016) verwendet den Begriff der Homöostase, „der selbstregulativen Fähigkeit eines Systems, einen stabilen Zustand zu bewahren und wiederherzustellen.“

BGM steht vor der Aufgabe, zur Stärkung und Stützung des individuellen Kohärenzgefühls und der Widerstandsquellen von Pflegenden vor dem Hintergrund beruflicher Stressoren beizutragen, denn je stärker beide Faktoren ausgebildet werden, desto besser können die Mitarbeiter ihre Gesundheit erhalten. Hierbei spielt die Partizipation der Pfleger eine bedeutsame Rolle. Die Studie zeigt, dass

- 58 % der befragten Führungskräfte bereits gesundheitsfördernde Maßnahmen in ihrer Einrichtung durchführen,

- zur Analyse der gesundheitsbezogenen Situation der Beschäftigten am häufigsten Mitarbeitergespräche, sowie daraufhin Mitarbeiterbefragung (MAB) und betriebsmedizinische Untersuchungen von den Befragten genannt wurden, und
- gesundheitsfördernde Maßnahmen am häufigsten im Bereich Bewegung, sodann in der medizinischen Vorsorge und danach in der Stressbewältigung angeboten werden.

13.3 Gesundheitsförderung und Prävention

Als Organisationsentwicklung kann ein dynamischer Prozess verstanden werden, in welchem die prozesshaften Anteile eine Organisation, wie etwa BGM, in einem Kontext zu den sich ständig entwickelnden beruflichen Verrichtungen der Mitarbeiter verstanden werden („lernendes System“). BGM setzt an horizontalen Strukturen (soziale Beziehungen der Mitarbeitenden zueinander) sowie an vertikalen Anordnungen (Verantwortung im Über- und Untergeordnetenverhältnis) an, damit organisatorische Bedingungen nicht zulasten der operativ tätigen Pflegekräfte gehen. Ziel ist, bei Pflegenden eine höhere Zufriedenheit sowie Motivation und Gesundheit, und somit eine höhere Pflegequalität zu erreichen und der geringen Verweildauer der Pflegenden in diesem Beruf entgegenzuwirken. So gaben verantwortliche Pflegefachkräfte im Gespräch mit dem Autor an, dass nach ihrer Einschätzung ca. 50 % der Altenpfleger den Beruf nach spätestens 2 Jahren wieder verlassen.

Gesetzliche Grundlagen bilden neben dem Arbeitsschutzgesetz (ArbSchG) u. a. das Sozialgesetzbuch (SGB) Fünftes Buch (V) – Gesetzliche Krankenversicherung, sowie das Bundespräventionsgesetz (BPrävG). Die Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege (BGW) stellt unter www.bgw-online.de Informationen zu beruflichen Belastungen bereit.

Es geht im BGM also darum, den Gesundheitsschutz zu verbessern, sowie die Erhaltung von Gesundheit, Lebensqualität und Beschäftigungsfähigkeit durch Aufklärung und Beratung, aber auch durch konkrete Angebote sicherzustellen. BGM setzt dazu an beiden Seiten des o. g. Kontinuums an. So kann eine eher prophylaktische, also eher vorsorgende Wirkung der Gesundheitsförderung von einer eher metapyhlaktischen, also eher bewältigenden Prävention unterschieden werden:

- a) Die Gesundheitsförderung stellt Organisationen vor die Aufgabe, Ansätze zu entwickeln, um die persönlichen, interaktionalen und strukturell eingebundenen Seiten der Mitarbeiter mit Blick auf deren gesundheitlichen Ressourcen auszubauen.
- b) Als Prävention wird im Gegensatz dazu die Früherkennung von beruflichen Deformationen verstanden, wenn es gelingt, persönliche, soziale und institutionelle Risiken zu minimieren.

Im Sinne des salutogenetischen Modells bietet Gesundheitsförderung Maßnahmen zur Verbesserung der Gesundheitsseite, während Prävention eher der Vermeidung zunehmender Krankheit/Schädigung gilt.

13.4 Implikationen für das betriebliche Gesundheitsmanagement

So, wie Pflegende in täglichen Situationen bestimmte Stressoren erleben, so entwickeln sie auch individuell und sozial ihren Kohärenzsinn sowie ihre Widerstandsquellen. Deshalb müssen Gesundheitsförderung und Prävention auf die Betroffenen jeweils individuell abgestimmt sein. Speziell für jeden Mitarbeiter steht BGM vor der Aufgabe, den Stressoren entgegenzuwirken, wenn sie erkannt werden (Gesundheitsförderung). Da Pflegende im Berufsalltag aber kaum sämtlichen Stressoren aus dem Wege gehen können, wird es dementsprechend auch notwendig, den Belastungen entgegenzuwirken (Prävention). Denn auch wenn sich Belastungen nicht vollständig vermeiden lassen, kann BGM helfen, sinnvoll mit diesen umgehen zu lernen. Weiterführende Hilfen, wie etwa Therapiemöglichkeiten für Pflegekräfte, die ausbrennen, sind zwar nicht Bestandteil von BGM im engeren Sinne, aber die Vermittlung z. B. von Gesprächspsychotherapie, Gestalttherapie, Psychodrama muss ebenso Bestandteil der Arbeit sein (einen guten Überblick liefert Burisch 2014, S. 249 ff.). Im Folgenden soll eine Zuordnung (vgl. Faltermayer 2005, S. 299) häufiger Stressoren zu den Mitteln von Gesundheitsförderung und Prävention vorgenommen werden. Hieraus leiten sich mögliche Implikationen für das Handeln im BGM ab. Diese Anforderungen münden dann in Überlegungen zu einem neuen Ansatz des Empowerments in der Pflege. Wurde das bisherige Konzept angewandt, um Patienten zu befähigen, sich ihrer eigenen Sache anzunehmen, geht es nun um die Pflegenden selbst. Mit BGM schafft sich Pflege eine neue Eigenschaft: professionalisierte Selbstfürsorge. Wenn sie gelingen soll, müssen im Sinne von Bröer (2015, S. 13) vier Erfahrungen mit BGM vermittelt werden:

- a) „Die Erfahrung von Konsistenz“: Mittels Gesundheitsförderung und Prävention bin ich in der Lage, sich wiederholende Belastungen wiederzuerkennen und aktiv zu werden.
- b) „Die Erfahrung der Belastungsbalance“: Ich erlebe ein Gefühl von Anspannung und Entspannung in einem ausgewogenen Verhältnis.
- c) „Die Erfahrung der Partizipation“: Ich kann selbst etwas ändern und bin nicht der Situation ausgeliefert. Dies zählt auch für die Auswahl der Maßnahme, sie darf nicht als oktroyiert erlebt werden.
- d) Die Erfahrung der „Grenzen“: Mir gelingt die Differenzierung der belastenden Arbeitsbedingungen von den als angenehm erlebten Bereichen meines Lebens.

In Tab. 13.1 sind überblickhaft mögliche Schwerpunkte dargestellt.

Tab. 13.1 Überblickhafte Zusammenschau. (Quelle: eigene Darstellung)

Berufliche Belastungen (Stressoren)	Beispiele von Erfahrungen	Beispiele eher prophylaktische Maßnahmen der Gesundheitsförderung	Beispiele eher metaphylaktische Maßnahmen der Prävention
Psychische Belastungen	<ul style="list-style-type: none"> • Ohnmachtserfahrungen • Aggressives Verhalten und Gewalt • Ekel und Scham • Ängste der Fachkräfte • Sexuelle Belästigung • Abschied und Trauer 	<ul style="list-style-type: none"> • Schaffung einer offenen Kommunikation über Tabu-Themen • Kultur der Gelassenheit gegenüber eigenen Fehlern • Entspannungstechniken wie autogenes Training, Meditation • Fortbildungen zum professionellen Umgang 	<ul style="list-style-type: none"> • Supervision/Intervention • Regelmäßige Mitarbeitergespräche • Beschwerdemanagement • Fortbildungen im Bereich Psychohygiene und Resilienz • Einzelsupervision • Mentaltraining
Private Belastungen	<ul style="list-style-type: none"> • Unkritische Übernahme von Vorbildern • Zu hohes Ich-Ideal • Mangelnde Selbstabgrenzung 	<ul style="list-style-type: none"> • Fortbildungen zum Bereich persönlicher Einstellungen • Positive Fehlerkultur im Haus 	<ul style="list-style-type: none"> • Angebote zu psychologischen Sprechstunden
Soziale Belastungen	<ul style="list-style-type: none"> • Konflikte mit Kollegen • Konflikte im Team 	<ul style="list-style-type: none"> • Teamtage • Seminare Konfliktmanagement • Coaching 	<ul style="list-style-type: none"> • Teamsupervision • Verbesserungen der Kommunikationsstrukturen
Physische Belastungen	<ul style="list-style-type: none"> • Infektionen • Schweres Heben 	<ul style="list-style-type: none"> • Kurse zur Fitness • Ergonomische Arbeitsplatzgestaltung • Weiterbildungen 	<ul style="list-style-type: none"> • Kurse zur beruflichen Reha • Betriebssport • Körpertherapien
Kleine Ärgernisse	<ul style="list-style-type: none"> • Fehlende Arbeitsmaterialien • Dienst mit unangenehm empfundene Kollegen 	<ul style="list-style-type: none"> • Motivationsgespräche • Abgrenzung: Aufgaben zurückweisen können • Hobbys bewahren 	<ul style="list-style-type: none"> • Beschwerdemanagement • Autogenes Training • Förderung informeller Netzwerke

(Fortsetzung)

Tab. 13.1 (Fortsetzung)

Berufliche Belastungen (Stressoren)	Beispiele von Erfahrungen	Beispiele eher prophylaktische Maßnahmen der Gesundheitsförderung Richtung „health ease“	Beispiele eher metaphylaktische Maßnahmen der Prävention Richtung „dis-ease“
Ökologie	<ul style="list-style-type: none"> • Beleuchtung, Schall, Temperatur • Nahrung 	<ul style="list-style-type: none"> • Etablierung einer Pausenkultur mit Schaffung von Rückzugsmöglichkeiten • Schaffung von Mitarbeiterräumen • Verbesserung der Raumgestaltungen (Beleuchtungen, Temperatur usw.) • Qualitätszirkel • Arbeitszeitregelungen • Personalentwicklung 	<ul style="list-style-type: none"> • Organisationsorientierte Interventionen z. B. realistische Betreuungsverhältnisse, Flexibilität und Vielfalt der Arbeit
Gesellschaftlich bedingte Probleme	<ul style="list-style-type: none"> • Arbeitslosigkeit, Armut • Stigmatisierung • Diebstahl 	<ul style="list-style-type: none"> • Schaffung und Kommunikation von Leitbildern, die im gesellschaftlichen wie organisationsstrukturellen Spannungsfeld zwischen „(Arbeits-)Leistung“ und „Vulnerabilität“ de-stigmatisieren • Entprekariisierung von Beschäftigungsverhältnissen (Wahrnehmung und Priorisierung sich-verändernder biografischer und Lebenssituationen im Verlauf der Betriebszugehörigkeit; etwa in Vertragsverhältnissen) • Schaffung von Schutz- und Intimräumen 	

Die Ausführungen belegen, dass die dargestellten beruflichen Deformationen in ihrer Entstehung vor dem Hintergrund organisatorischer Zusammenhänge zu sehen sind. Innerhalb der Strukturen der Pflegeeinrichtungen sind die Pflegekräfte deshalb zu befähigen, selbstwirksam zu werden, um diesen vorzubeugen. Womit BGM die Rolle zukommt, den Mitarbeitern subsidiäre Unterstützung zu bieten, eigene Kräfte zu (re-)aktivieren. Dieses Bild kann mit Empowerment (vgl. Oelke 2010, S. 226) überschrieben werden. Ein solches Rollen(selbst)bild schließt aber die Aufgabe zur Aktivierung organisatorischer Ressourcen ebenso mit ein, wie die Interessenvertretung für die Rechte der Beschäftigten auf Gesundheitsförderung. BGM muss sich daran messen lassen, ob es ihm gelingt, dem selbst gestellten Praxisanspruch gerecht zu werden, den Mitarbeitern Auswege aus erlernter Hilflosigkeit hin zur aktiven Bearbeitung beruflicher Belastungen aufzuzeigen und mitzubeschreiten. BGM wäre damit deutlich ressourcenorientiert und nachrangig tätig. Grundlage für passgenaue Unterstützung ist eine vertrauensvolle Beziehung zu den Gesundheitsfachkräften. In Anlehnung an Lambers (vgl. Lambers 2015, S. 318) ist deshalb auf zwei Seiten des BGM hinzuweisen: erstens die Selbstbefähigung und zweitens die Mitwirkungsverpflichtung. Beide müssen erfüllt sein, denn ansonsten gilt, so Lambers: „Die Systeme machen was sie wollen, die (Kommunikations-)Subjekte hingegen werden mitgeführt oder auch nicht (Inklusion/Exklusion).“ So werden nochmals die beiden Arbeitsrichtungen deutlich: Es geht um die Mikroebene der Unterstützung der Gruppe der Mitarbeiter (z. B. Gesundheitsbildung) – hier bietet die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) den Pflegekräften eine Reihe von Informationen und Anleitungen, um Gefährdungen zu erkennen und aktiv entgegenzuwirken – und die Makroebene der organisierten Interessenvertretung der Pflegenden. Dies wäre auch ein Anspruch an die Professionalisierung durch Erarbeitung einer eigenen pflegerischen Identität.

Die gelingende Kooperation zwischen allen Mitarbeitern in Pflegeeinrichtungen, unabhängig von Hierarchien und Formen von Macht, sondern mit Blick auf ein gutes BGM, kann als eine emergente (vgl. Bunge und Mahnert 2004) Handlungspraxis (hierzu gleich mehr) bezeichnet werden: Durch BGM entstehen neue Aspekte von Partizipation, Gesundheit oder Professionalisierung in den o. g. Schwerpunkten. Dabei kann eine Diskussion für ein zentrales oder für ein dezentrales BGM (Bunge und Mahnert 2004) nicht an den Fragen vorbeidiskutiert werden, inwiefern hochsensible Themen einen persönlichen, vertrauten, Autonomie achtenden und einladenden Rahmen benötigen, um ansprechbar zu werden, und welche Netzwerkarbeit geleistet werden muss.

So muss die erfolgreiche Verortung eines betrieblichen Gesundheitsmanagements – innerhalb oder außerhalb der Organisation – daran gemessen werden, inwiefern sie den Pflegekräften nutzt. BGM muss vom Mitarbeitenden aus gedacht werden.

13.5 Fachkräfte in Pflegesettings und ihre Arbeit in vernetzten Organisationen – (k)eine neue Anforderung(!)?

Vernetzungsaktivitäten gibt es in der beruflichen Gesundheits- und Krankenversorgung seit jeher. Es müsste historisch weit zurückgeblickt werden, um Pflegesituationen oder -konstellationen zu finden, die außerhalb umfänglicher Vernetzungen stattfanden. Auch ist das nur dann möglich, wenn von modernen, fachlich-basierten Vernetzungen die Rede ist, denn anthropologisch betrachtet gibt es den „homo socialis“ (Schönig und Motzke 2016, S. 7) gar nicht außerhalb von Beziehungen. Und doch legt es die aktuelle Hochkonjunktur des „Netzwerke“-Begriffs nahe, dass Vernetzungen betreffend etwas „neu“ ist. Mit „historisch“ ist die nicht- bzw. vorberufliche Versorgung von Kranken und Alten durch ihre Familien gemeint. Krankheits- oder altersbedingte Schwächeerscheinungen und Unterstützungsbedarfe wurden womöglich nicht als Sonderfall angesehen, der aus den familiären Rollen hervortrat und den es anders als familiär zu organisieren galt. Ob Familienangehörige fit, leistungsfähig und gesund waren oder schwach respektive krank/alt, sie gaben oder bekamen, was sie brauchten/imstande waren zu geben innerhalb der Familie. Wer krank wurde oder wieder gesund war, verließ das System (Familie) nicht. Es sollen von dem kurzen Verweis darauf, wie Menschen in Krankheitssituationen bzw. im hohen Alter versorgt wurden, bevor sich eine i. w. S. berufliche Pflege etablierte, keine näheren geschichtlichen Rekonstruktionen ausgehen (zur Geschichte der Krankenpflege vgl. Seidler und Leven 2003). Er dient an dieser Stelle als Beleg, besser „Sensibilisierung“ dafür, dass die Verberuflichung der Versorgung von Kranken und Alten bis hin zur – heute nicht zuletzt durch zunehmende Akademisierung vorangetriebenen – Professionalisierung der Pflege zweierlei mit sich bringt: die immer detailliertere Erhebung und Beschreibung (Forschung/Diagnostik) von Verläufen und Prozessen bei Krankheitsphänomenen und, damit natürlich zusammenhängend, die steigende Spezialisierung der einzubeziehenden Berufsgruppen (hier v. a. der Pflegefachbereiche).

Die Geschichte der Krankenpflege ist eng verknüpft mit jener der Medizin. Und die Objektivität der Naturwissenschaften ist – von einem soziologisch erkenntnistheoretischen Standpunkt aus betrachtet (vgl. Keller 2011, S. 55 f.) – sozial fixiert, also eine historisch-gesellschaftliche Kulturleistung. Die medizinische und Gesundheitsforschung sowie in der Folge die praktische Diagnostik sind moderne Errungenschaften und sie zerlegen den (in vorberuflichen, also tendenziell familiären, ganzheitlichen Pflege Traditionen mithin selbstverständlichen) Verlauf von Krankheiten in beschreib- und organisierbare Einheiten. Der Verlaufscharakter von Gesundheits- und Krankheitsphänomenen hat aber bekanntermaßen nicht nur biomedizinische Dimensionen, sondern auch soziale, die u. a. von der Krankenpflegerin/Pflegewissenschaftlerin Juliet Corbin und dem Soziologen Anselm Strauss in deren „Trajectory“-Modell berücksichtigt wurden (s. Abb. 13.1):

Im Resümee lässt sich also feststellen: Vernetzt zu sein und in Netzwerken zu pflegen/gepflegt zu werden ist eine anthropologische Grundkonstante (vgl. Tomasello 2010; ferner Max-Planck-Gesellschaft 2009, S. 33 ff.); mit wachsender professioneller Ausdifferenzierung, der weitreichenderen Verlagerung von Pflegebedarfen in fachlich-berufliche

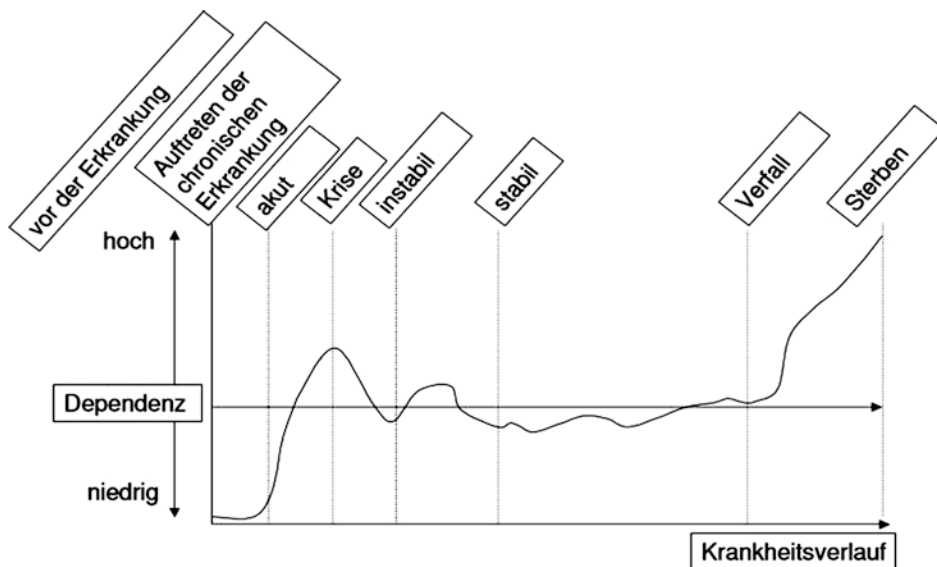


Abb. 13.1 Trajectory-Modell. (Quelle: Grötken und Hokenbecker-Belke o. J. in Anlehnung an Strauss und Corbin 2000)

Settings und mit immer neuen Erkenntnissen in medizinischer oder sozialwissenschaftlicher Hinsicht u. a. wurden und werden einerseits neue Dimensionierungen/Sektorisierungen, ergo andererseits neue Netzwerke geschaffen.

13.6 Vernetztes Arbeiten als Anforderung an Mitarbeitende und an Betriebliches Gesundheitsmanagement

Der Verband deutscher Betriebs- und Werksärzte e. V. (o. J.) beschreibt ein gelungenes Betriebliches Gesundheitsmanagement als einen „Bestandteil der Unternehmenskultur [, der] zu deren Weiterentwicklung [beiträgt]“ und auf „betriebliche Arbeitsbedingungen und Organisationsverhältnisse [ausgerichtet]“ ist. Betriebliches Gesundheitsmanagement muss demnach genau beobachten, erfassen und reflektieren, wie sich die fachlichen und kulturellen Bedingungen wandeln, unter denen Fachkräfte, hier Pflegende, ihre Arbeit leisten (vgl. Deller et al. 2008).

Netzwerke in Organisationen und Arbeitswelten haben sich verändert und tun dies kontinuierlich. Sie sind schnell(lebig)er, komplexer und vor allem interdependenter geworden. Vernetzungserfordernisse und -lösungen betreffend greifen unterschiedliche Dimensionen und Ebenen innerhalb der Organisation und deren Umwelt ineinander. Das macht es für die Fachkräfte so schwierig und ergo potenziell belastend, in Netzwerken zu arbeiten: Netzwerke können einem Mobilée gleichen; durch die vielen aufeinander

bezogenen Impulse seitens im Kern autarker Netzwerkpartner sind vernetzte Arbeitswelten ständig in Bewegung – auf diejenigen, die sich darin bewegen, kommt die Herausforderung zu, ihre Arbeitsschritte auf solch rotierenden Böden verlässlich zu planen und fachlich-kontrolliert umzusetzen.

In Gesprächen mit Gesundheitsfachkräften, die in Netzwerkzusammenhängen tätig sind, kommt es deshalb zu metaphorischen Formulierungen, die Spannungsverhältnisse in Form von Ambiguitäten und Ambivalenzen, bedingt durch die konstitutive Vernetzung ihrer Arbeitswelten und Handlungsfelder, sichtbar werden lassen. So wird etwa berichtet, man fühle sich als „Diener vieler Herren“ oder „zwischen den Stühlen“ (Quelle: eigene Interviewstudie seitens eines Verf.). Es lohnt sich, einen Sortierungsversuch damit zu beginnen, zwischen Vernetzungsbemühungen zu unterscheiden, die – sozusagen „Bottom-up“ – von den Mitarbeitenden in der alltäglichen Praxis ausgehen und solchen, die – demnach „Top-down“ – von der Organisation angestoßen werden. Somit können die Wechselwirkungen zwischen beiden Ebenen in den Blick genommen werden.

Mitarbeiter müssen in vernetzten Organisationen in und unter dem Einfluss von Koordination sowie Kooperation ihrer Arbeit nachgehen. „Koordination“ bedeutet, dass Fachkräfte sich darauf einstellen müssen, ihren Beitrag gegebenenfalls innerhalb von vielen aber kurzen Wirkungsfenstern zu erbringen. Erforderlich ist ein transparentes, wohl ausbalanciertes, abgestimmtes Neben- und Nacheinander, ein wechselseitig-mitbedenkendes „Erst-Ich,-dann-Du“. Mit „Kooperation“ ist die Entwicklung einer gemeinsamen, transdisziplinären bzw. emergenten¹ Handlungspraxis gemeint, das heißt, ein Miteinander, in dem die Deutungs- und Handlungslogiken (zum Teil) Ergebnis einer Überwindung der je innereigenen Disziplingrenzen sind.

Beide Formen – das Nach- und das Miteinander – tragen die Handschrift der Praxis durch die alltägliche Erfordernis zur Zusammenarbeit („Bottom-up“) und beide Formen sind auf ihre jeweilige Weise komplex: Die Koordination von (in hoher Frequenz aufeinanderfolgenden) Zuständigkeiten bringt eine spezifische Anforderung mit sich, da die Fachdienstvertreter die Grenzen ihres Wirkungsraumes präzise einhalten und die der nachfolgend- oder parallel-tätigen Kollegen antizipieren müssen, um letzteren nicht „auf die Füße zu treten“ und damit insgesamt ein kohärenter Versorgungsverlauf entsteht.

Die Kooperation kann dagegen als ein gemeinsames „Wachsen“ verstanden werden, ein In-Distanz-Treten zu den eigenen Systemlogiken und -zwängen, um miteinander zu lernen und neue, innovative Wege zu gestalten. Dieser kollektivistische Lern- und Entwicklungsprozess entspricht einem Sozialisationsvollzug. Grundmann (2006, S. 30) beschreibt Sozialisation als „soziale Praxis, (...) die sich durch das Zusammenleben [also auch Arbeiten; der Verf.] etabliert, wobei Erfahrungen, Fertigkeiten und Wissen (...) ausgetauscht und kultiviert werden“ – jedoch keineswegs

¹„Sammelbezeichnung für das Auftauchen neuer Eigenschaften und Phänomene (...) im Zuge von Interaktionsbeziehungen“ (Thommen o. J., Internetpräsenz). Für eine wissenschaftstheoretische Berücksichtigung vgl. Bunge und Mahnert (2004).

nur reibungslos: Grundmann (2015, S. 165 mit einem Zitat von Oevermann 2004) beschreibt ein „konfrontative[s] Aufeinander-Bezogen-Sein“, das „zu weiteren kommunikativen Anschlusshandlungen [herausfordert]“ als Versuch, „Erfahrungskrisen zu überwinden beziehungsweise mit (...) potenziellen Ambivalenzerfahrungen (...) angemessen umzugehen“. Ohne Kooperation als „Entwicklung gemeinsamer Handlungspraxis“ (Grundmann 2015) könnten die Koordinationsaufgaben nicht umgesetzt werden und gleichzeitig ist sie es (Kooperation), die – auf dem Planungs-„Reißbrett“ passgenau und fraglos erscheinende – Koordinationsprozesse mitunter recht aufreibend werden lässt.

Somit wird auch bereits deutlich, warum es entsandte Vertreter in Netzwerken als derart „spannungsreich“ beschreiben, wenn (Netzwerk-)Interessen der oberen Organisationsebene hinzukommen. Organisationen haben die Protektions-, Wachstums- und Modernisierungsvorteile, die eine vielseitig vernetzte Zusammenarbeit bedeutet, längst erkannt. Strategisch werden dann – oben stehend wurde von „Top-down“ gesprochen – Netze ausgeworfen bzw. angeordnet. Unterhalb dieser Netze keimen die weiterhin bestehenden Hierarchien, Konkurrenzen, Autonomie- und Deutungsmachtkämpfe. Durch die strategische Netzwerkintensivierung, die Bereiche und Zuständigkeiten differenzierter aufsplittet und neu zusammensetzt, verschwimmt für die Mitarbeitenden auch die Trennschärfe diesbezüglich, wo das eigene Territorium nicht überschritten werden darf und an welcher Stelle es die eigene „Stimme“ im Kanon der beteiligten Fachdienste zu betonen gilt.²

Karlheinz Geißler (2006, S. 20) bezieht sich auf Manuell Castells populär gewordenen Entwurf einer „Netzwerkgesellschaft“ (2001), deren für Organisationen unwiderstehlichen Reize darin bestehen, dass „[flexible], ortsungebundene und zu jeder Zeit verfügbare Netze (...) die Nutzung von Mitarbeiterpotenzialen in rascherer, spontanerer, globalerer und damit in profitablerer Form [ermöglichen], als dies Teams und Arbeitsgruppen bisher gekonnt hätten.“ Diese neuen Formen der Arbeitstaktung und -auslastung sowie das Austarieren der o. g. Spannungskonstellationen wird dabei nicht selten nach unten delegiert – an die operative Basispraxis. Geißler (2006, S. 36) warnt deshalb vor „[neuen] Formen der Abhängigkeit, außerdem [vor dem] Anwachsen psycho-physischer Belastungen (Stress).“

²Die (solange es nicht restlos vom Organigramm definiert, sondern der alltäglichen Mitarbeiterpraxis überlassen wird: unausweichliche) Gleichzeitigkeit von Koordination und Kooperation kann demnach durchaus spannungsreich sein – bisher betont wurde mit dem Begriff „Coopetition“ eher das Spannungsfeld bei gleichzeitiger Konkurrenz und Kooperation.

13.7 Entlastungschancen für Betriebliches Gesundheitsmanagement durch Netzwerkarbeit

Die Arbeit in Netzwerken und intern wie extern vernetzten Organisationen kann einen Belastungszuwachs für operativ tätige Mitarbeiter wie Pflegefachkräfte bedeuten, der das Betriebliche Gesundheitsmanagement herausfordert. Doch liegen für Betriebliches Gesundheitsmanagement und Mitarbeitergesundheit/-entlastung auch Chancen in den intensivierten Netzwerkaktivitäten von und zwischen Organisationen?

Netzwerke sind für Organisationen in der Regel ein sekundärer Betätigungsraum; als primär gelten die eigenen organisationsinternen Prozesse (für die Konzeption „Netzwerke als Formen sekundärer Ordnungsbildung“ vgl. Bommers und Tacke 2006, S. 43 f., 50 ff.; ferner: Fuhse 2014, S. 291 ff.). Es stellt sich daher zuallererst die Frage, ob Betriebliches Gesundheitsmanagement (oder Teile davon) quasi „outsourcebar“ sind.

Ein gemeinsames Betriebliches Gesundheitsmanagement, auf das die Netzwerkpartnerunternehmen allseits zugreifen können, wäre sicher von Interesse für einige bis viele Mitglieder – immerhin haben 45 von 107 befragten Einrichtungen bestätigt, noch gar keine gesundheitsfördernden Maßnahmen durchzuführen.

Bei der Frage nach Hindernissen bei der Implementierung von Betrieblichem Gesundheitsmanagement räumten 35 Betriebe „fehlende Anreize“ und weitere 23 „fehlende Motivation“ ein; der entsprechende Fragebogenteil liefert eine mögliche Antwort mit: Während nur 14 Betriebe „interne Ansprechpartner“ vermissten, gaben immerhin 21 an, hinderlich bei der Implementation seien fehlende „externe Ansprechpartner“ gewesen. Es wäre bereits statistisch auffällig, wenn verantwortliche Führungskräfte Ansprechpartner für organisationsrelevante Entscheidungen gleichermaßen im „Innen“ wie im „Außen“ suchen würden, doch wird die Bedeutung externer Partner sogar noch höher eingeschätzt denn im Hinblick auf interne Ansprechpersonen.

Für die (teilweise) Auslagerung von Betrieblichem Gesundheitsmanagement spricht auch, dass dieses innerhalb von Organisationen in aller Regel nicht Teil sämtlicher Ablaufprozesse ist, sondern an bestimmte Stabstellen delegiert wird. Das hat nicht nur Verwaltungsgründe: Die Beratungsgespräche im Zuge des Betrieblichen Gesundheitsmanagements stellen somit einen vertraulichen Schutzraum für ratsuchende Mitarbeiter innerhalb der Organisation dar.

Doch gibt es auch zwei gewichtige Aspekte, die gegen ein dezentralisiertes Betriebliches Gesundheitsmanagement sprechen: Zum einen organisationsseitig – das Verhältnis der Mitarbeiter zur Organisation bzw. die Frage nach der Gesundheitsförderlichkeit der Arbeitsbedingungen sind hochsensible Themen, die voraussichtlich lieber unter dem eigenen Dach behalten werden –; zum anderen mitarbeiterseitig – das Verhältnis „Gesundheit/Arbeit“ ist entscheidend geprägt durch die Komponenten „Atmosphäre“, „Kultur“, „Partizipation“ etc. (vgl. Händeler 2014, S. 278). Entsprechend kontraproduktiv könnte es sich, nicht zuletzt symbolisch, auswirken, diese Facette von Arbeit auszugliedern.

Mit Blick auf die erhobenen Daten fällt ferner Folgendes auf: Mehr als die Hälfte der befragten Unternehmensvertreter („stimme voll zu“ = 19; „stimme eher zu“ = 27/n = 90) äußern den Bedarf nach „externer Unterstützung bei der Konzeption und Umsetzung von BGM“; bei der Frage nach dem Bedarf an „externer Unterstützung bei der Einführung von BGM“ ist es noch deutlicher („stimme voll zu“ = 23; „stimme eher zu“ = 26/n = 91). Gleichzeitig lassen die erhobenen Einschätzungen vor allem eine informationssuchende Haltung erkennen: Je allgemeiner das Informationsniveau, desto stärker fällt der Wunsch danach aus („Ich möchte mehr über BGM-Maßnahmen erfahren“ → „stimme voll zu“ = 41; „stimme eher zu“ = 39/n = 99 ...oder auch: „Ich benötige Informationen zu den Finanzierungsmöglichkeiten von BGM“ → „stimme voll zu“ = 50; „stimme eher zu“ = 30/n = 100).

Informationen sind durch Veranstaltungen und Expertenvorträge bequem lieferbar. An diesen Formaten mangelt es der Gesundheitswirtschaftsbranche jedoch gewiss nicht. Regionale Strukturfördernetzwerke wie das Netzwerk Gesundheitswirtschaft Münsterland e. V. sind dagegen auf Zweierlei angewiesen: Erstens darauf – das trifft auf alle (multidisziplinär konstellierten) Netzwerke zu –, dass die Mitgliedsorganisationen und -partner aktiv und „gelöst“ gewillt sind, zu gestalten³, zweitens ist entscheidend, dass das Netzwerk zu einer Entwicklungsplattform wird – eine reine Informationswiese bringt noch keine Kooperationspartnerschaften hervor und lässt folglich, früher oder später, diejenigen austreten, die im Netzwerk Geschäfte aufbauen wollen und dieses Ziel durch einen passiven Informationskonsumcharakter nicht repräsentiert/gefährdet sehen.

Mit Netzwerken wird die Hoffnung verbunden, gemeinsam neue, innovative Wege und Foren zu gestalten. Innovations-/Veränderungsprozesse sind manchmal langwierig – insbesondere in Netzwerken, wo ein Impuls des Öfteren erst den Weg über diverse indirekte und multipel-indirekte Knoten und Kanten nehmen muss, bevor der getätigte Input seinen gewünschten Wiederhall, seinen Outcome findet.⁴ Betriebliches Gesundheitsmanagement (in Teilen) in der Organisationsumwelt „Netzwerk“ zu verorten, ist eine lohnenswerte Perspektive und das nicht nur aus Verwaltungs- und Kostengründen, sondern vor allem auch, weil es die zunehmende Vernetzung von und zwischen Organisationen ist, die Mitarbeitende neuerdings herausfordert und manchmal eben auch überfordert. Betriebliches Gesundheitsmanagement muss es leisten können, diesen modernen Anforderungen netzwerkorientiert zu begegnen.

³Zur Rolle des Netzwerkentwicklers, der fehlende/zurückgehaltene Beiträge der NW-Partner inhaltlich nicht kompensieren kann und folglich darauf angewiesen ist, „Räume“ zu generieren, die die Partner motivieren/ihnen die Scheu nehmen, sich einzubringen, vgl. Heckes (2016).

⁴An dieser Stelle soll darauf hingewiesen werden, wie gewinnbringend es sein kann, die Konzeption/den Einsatz von methodischen Netzwerkmanagementtools durch Forschungs- und Erhebungsperspektiven zu flankieren, die die vielen indirekten Informationsflüsse und dynamischen Verzweigungen nachzuzeichnen im Stande sind. In Netzwerken lässt es sich nicht einfach „drauflossteuern“ – dazu sind sie genuin zu unübersichtlich.

13.8 Schlussbetrachtung

Unter Berücksichtigung der Abgrenzung zwischen Prävention und Gesundheitsförderung und den Ausführungen zu Vor- und Nachteilen dezentraler Unterstützung bei der Einführung und Umsetzung von Betrieblichem Gesundheitsmanagement ist festzustellen, dass in einiger Hinsicht die aktive und aktivierende Netzwerkarbeit gerade im Bereich des Betrieblichen Gesundheitsmanagements von Wert sein kann. Dies ist ein interessanter Ansatz, um den Austausch, auch im Sinne eines Ressourcensharings, innerhalb einer Branche zu fördern und zu moderieren. Hinzu kommt, dass die Pflegebranche, insbesondere im Bereich der ambulanten Pflegedienste, stark von kleinen und mittelständischen Unternehmen geprägt ist (Berufsgenossenschaft Gesundheit und Wohlfahrtspflege 2015). Hier spielt die Ressourcenknappheit im Hinblick auf ein BGM eine umso größere Rolle. Leider muss auch festgestellt werden, dass der Konkurrenzkampf unter den Anbietern von Pflegeleistungen zunehmend über den Personalmarkt ausgetragen wird und nicht über die Leistungserbringung oder die Kundenakquise, wie man es womöglich erwarten würde. Dieser Umstand lässt Kooperationen auf dem Feld der Personalwirtschaft, hier Betriebliches Gesundheitsmanagement, als zunehmend aussichtslos erscheinen, während Patienten ohne Weiteres auch mal an ein anderes Pflegeunternehmen weitervermittelt werden. Ein weiterer Punkt, der BGM in der professionellen Pflege durchaus erschweren kann, ist der im ersten Teil (siehe Tab. 13.1) angerissene Punkt der mangelnden Selbstabgrenzung bzw. des hohen Ich-Ideals. Die drei genannten Punkte und aus Autorsicht noch einige mehr bieten Anknüpfungspunkte für weitere Forschungsarbeit in den Bereichen der Netzwerkfähigkeit, der Frage nach zielgerichteten Diagnosen und Maßnahmen für einen holistischen BGM-Ansatz und der erfolgreichen „Dareichungsform“ von Maßnahmen des Betrieblichen Gesundheitsmanagements in der Pflege.

Literatur

- Antonovsky A (1997) Salutogenese – zur Entmystifizierung der Gesundheit. Dgvt-Verlag, Tübingen
- Berufsgenossenschaft für Gesundheit und Wohlfahrtspflege (2015) Altenpflege in Deutschland. Zahlen-Daten-Fakten. Bgb Eigenverlag, Hamburg
- Bomball J, Niebuhr A (2016) Was hält Pflegenden gesund? Der Beitrag personaler Kompetenz zur Gesunderhaltung von Pflegenden. Eine salutogenetische Analyse. Jacobs Verlag, Lage
- Bommes M, Tacke V (2006) Das Allgemeine und das Besondere des Netzwerkes. In: Hollstein B, Straus F (Hrsg) Qualitative Netzwerkanalyse. Konzepte, Methoden, Anwendungen. VS Verlag, Wiesbaden, S 37–62
- Brause M, Kleina T, Horn A, Schaeffer D (2015) Burnout-Risiko in der stationären Langzeitversorgung. Prävention und Gesundheitsförderung 10(1):41–48 (Springer Verlag, Heidelberg)
- Bröer N (2015) Salutogenese. Ein Thema für Professionelle in der Sozialen Arbeit. Gilde Soziale Arbeit 69(1):4–18

- Bunge M, Mahner M (2004) Über die Natur der Dinge. Materialismus und Wissenschaft. Hirtzel, Stuttgart
- Burisch M (2014) Das Burnout-Syndrom: Theorie der inneren Erschöpfung, 5. Aufl. Springer, Heidelberg
- Castells M (2001) Die Netzwerkgesellschaft. Das Informationszeitalter: Wirtschaft, Gesellschaft, Kultur. Leske + Budrich, Opladen
- Deller J, Diederichs Y, Hausmann E, Kern S (2008) Personalmanagement im demografischen Wandel. Ein Handbuch für den Veränderungsprozess. Springer VS, Wiesbaden
- Domnowski M (2005) Burnout und Stress in Pflegeberufen. Schlütersche-Verlag, Hannover
- Ehresmann C, Kockert S, Schott T (2015) Burnout bei Pflegekräften in der medizinischen Rehabilitation – Spezifische Ansatzpunkte für das Betriebliche Gesundheitsmanagement. In: Badura B (Hrsg) Fehlzeiten-Report 2015. Springer, Berlin, S 71–84
- Faltermaier T (2005) Gesundheitspsychologie. Kohlhammer, Stuttgart
- Fröschl M (2016) Verwundet reifen. Salutogenese und Resilienz als hoffnungsvolle Zukunftsperspektive. Stimmen der Zeit 141(5):315–322
- Fuhse JA (2014) Verbindungen und Grenzen. In: Weyer J (Hrsg) Soziale Netzwerke. Konzepte und Methoden der sozialwissenschaftlichen Netzwerkforschung. De Gruyter, München, S 301–324
- Geißler K (2006) Instant-Beratung – Vom „Teamwork“ zum „Network“. In: Edding C, Kraus W (Hrsg) Ist der Gruppe noch zu helfen? Gruppendynamik und Individualisierung. Budrich, Opladen, S 19–42
- Grötken K, Hokenbecker-Belke E (o. J.) The Trajectory Model. Pflege und Gesundheit (Hrsg) http://pflege-und-gesundheit.net/cms/upload/pdf/Trajectory_Model_en.pdf. Zugriffen: 28. Dez. 2016
- Grundmann M (2006) Sozialisation. Skizze einer allgemeinen Theorie. UVK, Konstanz
- Grundmann M (2015) Das Modell von Sozialisation als Beziehungspraxis. In: Hurrelmann K, Grundmann M, Walper S (Hrsg) Handbuch Sozialisationsforschung. Beltz Juventa, Weinheim, S 162–179
- Händler E (2014) Wie und warum eine gesunde Arbeitskultur entsteht. In: Von der Oelsnitz D, Schirmer F, Wüstner K (Hrsg) Die auszeichnende Organisation. Leistung und Gesundheit in einer anspruchsvollen Arbeitswelt. Springer Gabler, Wiesbaden, S 278–292
- Heckes K (2016) Vernetzte Gesundheitswirtschaft im Münsterland. Überlegungen zur Architektur, zu Gelingensfaktoren und Fallstricken regionaler Gesundheitsnetzwerke. In: Pfannstiel MA, Focke A, Mehlich H (Hrsg) Management von Gesundheitsregionen. Bündelung regionaler Ressourcen zum Wachstum und zur Sicherung der Gesundheitsversorgung, Bd 1. Springer Gabler, Wiesbaden, S 57–66
- Keller R (2011) Wissenssoziologische Diskursanalyse. Grundlegung eines Forschungsprogramms. VS Verlag, Wiesbaden
- Lambers H (2015) Theorien der sozialen Arbeit. Ein Kompendium und Vergleich, 2. Aufl. Budrich, Opladen
- Max-Planck-Gesellschaft zur Förderung der Wissenschaften e. V. (2009) Max Planck Forschung. Das Wissenschaftsmagazin der Max-Planck-Gesellschaft. Fokus: Das Ich im Anderen. Die Entdeckung des sozialen Bewusstseins. Max-Planck-Gesellschaft zur Förderung der Wissenschaften e. V. (Hrsg) Nr. 4. Eigen, Berlin
- Oelke U (2010) In guten Händen – Gesundheits- und Krankenpflege, Gesundheits- und Kinderkrankenpflege, Bd 3. Cornelsen-Verlag, Berlin
- Oevermann U (2004) Sozialisation als Prozess der Krisenbewältigung. In: Geulen D, Veith H (Hrsg) Sozialisationstheorie interdisziplinär. Aktuelle Perspektiven. Lucius & Lucius, Stuttgart, S 155–181

- Rövekamp-Wattendorf J (2016) Gewalt in der Pflege. Lösungen und Scheinlösungen im Umgang mit einem Tabuthema. *Pflegezeitschrift* 69(2):96–102
- Schönig W, Motzke K (2016) Netzwerkorientierung in der Sozialen Arbeit. Grundlagen und Handlungsansätze. Kohlhammer, Stuttgart
- Seidler E, Leven K-H (2003) Geschichte der Medizin und Krankenpflege. Kohlhammer, Stuttgart
- Strauss A, Corbin J (2000) Basics of qualitative research: techniques and procedures for developing Grounded Theory. Sage, London
- Thommen J-P (o. J.) Definition „Emergenz“. Gabler Wirtschaftslexikon (Hrsg). Das Wissen der Experten. <http://wirtschaftslexikon.gabler.de/Definition/emergenz.html>. Zugegriffen: 28. Dez. 2016
- Tomasello M (2010) Warum wir kooperieren. Suhrkamp, Frankfurt a. M.
- VDWB (o. J.) VDWB Leitfaden. Betriebliches Gesundheitsmanagement. Gesunde Mitarbeiter in gesunden Unternehmen. Betriebliche Gesundheitsförderung als betriebsärztliche Aufgabe. Ein Leitfaden für Betriebsärzte und Führungskräfte. Verband Deutscher Betriebs- und Werksärzte e. V. (VDWB, Hrsg). http://www.vdbw.de/fileadmin/01-Redaktion/02-Verband/02-PDF/Leitfaden/Leitfaden_Betriebliche_Gesundheitsfoerderung_RZ3.pdf. Zugegriffen: 28. Dez. 2016

Jörg Rövekamp-Wattendorf (Dr. phil., Dipl. Sozialarbeiter, Dipl. Pädagoge) ist Dozent an der KatHO NRW, Abt. Münster, Fachbereich Sozialwesen. Lehrgebiet: Theorien und Konzepte Sozialer Arbeit. Berufliche Handlungsfelder: Jugendhilfeplanung, ambulante Erziehungshilfen, Soziale Altenarbeit, Fort- und Weiterbildung.

Johannes Technau (Dipl.Soz.-Wiss.) ist Geschäftsführer des Netzwerks Gesundheitswirtschaft Münsterland e. V., einem gemeinnützigen Verein, der die Förderung der Gesundheitswirtschaft, insbesondere im Hinblick auf Forschung und Entwicklung, als Ziel hat.

Kolja Heckes (Sozialarbeiter M.A., Casemanager DGCC) ist Wissenschaftlicher Mitarbeiter für „Netzwerkforschung und -arbeit“ an der Katholischen Hochschule NRW. Er forscht zur Nutz- und Steuerbarkeit von Netzwerken insbesondere in gesundheitsbezogenen Handlungsfeldern der Sozialen Arbeit.

Stefanie Kolbe und Jörg Risse

Inhaltsverzeichnis

14.1 Einleitung..... 194

14.2 Formen der geriatrischen Versorgung 195

 14.2.1 Konsiliarische Mitbetreuung 196

 14.2.2 Versorgung in einer geriatrischen Fachabteilung..... 197

 14.2.3 Versorgung in einem interdisziplinären Behandlungszentrum 200

14.3 Schlussbetrachtung 202

Literatur..... 202

Zusammenfassung

Die demografische Entwicklung macht die Geriatrie zu einem Wachstumsfeld in der akutstationären Versorgung. In vielen Krankenhäusern besteht aktuell nicht genutztes geriatrisches Potenzial. Für Krankenhäuser entfallen nicht unerhebliche Mehrerlöse, da die Abrechnungsmöglichkeit von geriatrischen Komplexpauschalen aus unterschiedlichen Gründen nicht genutzt wird. Zusätzlich könnte die Behandlungsqualität für ältere Patienten durch eine interdisziplinäre geriatrische Versorgung entscheidend verbessert werden. Ursächlich hierfür ist einerseits das Fehlen eines strukturierten Screenings, um geriatrische Patienten identifizieren zu können. Andererseits trägt aber auch die vielerorts fehlende Vereinbarung zur internen Leistungsverrechnung zwischen

S. Kolbe (✉) · J. Risse
gök Consulting AG, Berlin, Deutschland
E-Mail: stefanie.kolbe@goek-consulting.de

J. Risse
E-Mail: joerg.risse@goek-consulting.de

den behandelnden Fachabteilungen dazu bei, dass geriatrisches Potenzial nicht genutzt wird. Die Versorgung geriatrischer Patienten kann in unterschiedlichen Settings erfolgen, die jeweils individuelle Voraussetzungen und Implikationen mit sich bringen.

14.1 Einleitung

In der Zukunft der stationären Krankenhausversorgung gibt es außer der Geriatrie nur noch wenige medizinische Fachabteilungen, die durch exogene Faktoren wachsen können. Das Durchschnittsalter der Bevölkerung in Deutschland nimmt nach aktuellen demografischen Kenntnissen zu. Patienten über 65 stellen bereits heute den größten Anteil der Krankenhausesfälle dar. Im Jahr 2060 wird ein Drittel der Bevölkerung Deutschlands über 65 Jahre alt sein. So steigt die Anzahl der 65-Jährigen und Älteren in den einzelnen Bundesländern zwischen 18 und 41 % und der Bevölkerungsanteil nimmt um 4 bis 13 % auf 22 bis 35 % zu. Dabei wird sich in Brandenburg der bereits heute hohe Anteil der Älteren an der Bevölkerung weiter erhöhen, während beispielsweise in Hamburg der bereits geringe Anteil nur gering steigen wird, wodurch der Altersdurchschnitt im Vergleich niedrig bleibt (Statistisches Bundesamt 2012). Im Ergebnis wird sich die Nachfrage älterer Menschen nach stationären Krankenhausleistungen also noch weiter erhöhen, was notgedrungen zu einer Veränderung der Leistungsstruktur führen muss.

Die demografische Entwicklung macht die Altersmedizin daher zu einem Wachstumsfeld in der akutstationären Versorgung und bietet Krankenhäusern die Chance, sich frühzeitig mit ihrem Leistungsangebot darauf auszurichten und sich so stark am Markt zu positionieren. Eine qualitativ hochwertige Versorgung älterer Patientinnen und Patienten erfordert den Einsatz altersmedizinischer Standards. Dazu zählen insbesondere die Beachtung der entsprechenden Kompetenzen aller Disziplinen und die Überwindung der Schnittstellen zwischen diesen unter besonderer Berücksichtigung qualitativer und ökonomischer Belange. Bei geriatrischen Patienten besteht ein hoher Grad an Gebrechlichkeit und sie leiden oft an Mehrfacherkrankungen, die sich gegenseitig beeinflussen. Hauptsächlich betrifft dies Erkrankungen aus den Bereichen der Inneren Medizin, der Orthopädie, Neurologie und Psychiatrie. Zusätzlich können im Alter Krankheiten mit einem veränderten Erscheinungsbild auftreten und sind dann häufig schwieriger zu diagnostizieren. Therapieerfolge treten oft verzögert ein, da Medikamente einerseits verzögert abgebaut werden, andererseits auch nicht unerhebliche Wechselwirkungen zwischen verschiedenen Medikamenten entstehen, die beachtet werden müssen. In der Regel besteht zusätzlich ein hoher Bedarf an sozialer Unterstützung. Die Notwendigkeit der Altersmedizin wird im Rahmen des krankenhausesplanerischen Auftrags der Länder erkannt und führt in allen Bundesländern zur Ausweitung der geriatrischen Bettenkapazitäten. In Deutschland zeigt sich eine fachabteilungsbezogene Fallzahlsteigerung von rund 32 % im Zeitraum von 2005–2012, während das Kapazitätsangebot nur um 23 % angestiegen ist (Augurzky et al. 2013, siehe Abb. 14.1).

Bisherige Veränderung der Kennzahlen der geriatrischen Versorgung in Deutschland, 2005-2012 in Prozent

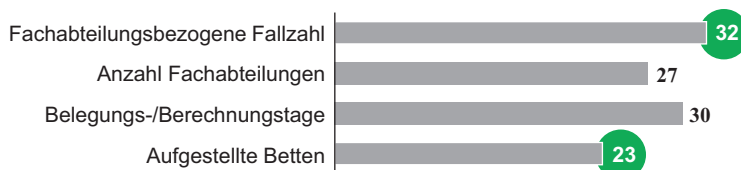


Abb. 14.1 Veränderung der Kennzahlen der geriatrischen Versorgung in Deutschland. (Quelle: Statistisches Bundesamt [2012](#))

Dabei ist die Aufnahme der altersmedizinischen, insbesondere der geriatrischen, Leistungen im Sinne der Versorgungsqualität zu begrüßen. Die Geriatrie befasst sich mit der Gesundheit im Alter und umfasst die medizinischen, psychologischen und sozialen Probleme des älteren Patienten. Sie hat sich zum Ziel gesetzt, die Selbstständigkeit der älteren Menschen so lange wie möglich zu erhalten, die Pflegebedürftigkeit zu verhindern und so die selbstständige Lebensführung in der eigenen Häuslichkeit zu sichern (in Anlehnung an Deutsche Gesellschaft für Geriatrie [2017](#)). Daher ist die Geriatrie per Definition eine fächerübergreifende, interdisziplinäre Disziplin, die Erkenntnisse aus den angrenzenden Fachgebieten vereint und in Konkurrenz zur etablierten, organzentrierten Medizin tritt. Die Patienten – bisher durch die klassischen Fachbereiche gut versorgt – können ab einem gewissen Alter und bei begleitenden Komorbiditäten gegebenenfalls besser in der Geriatrie versorgt werden. Jedoch stellt sich die Frage, ob es strategisch sinnvoll ist, eine eigene Hauptabteilung Geriatrie aufzubauen oder die Patienten in den Fachabteilungen zu belassen und geriatrisch mitbetreuen zu lassen.

14.2 Formen der geriatrischen Versorgung

Prinzipiell bestehen im deutschen Gesundheitssystem verschiedene Möglichkeiten der geriatrischen Versorgung, die unterschiedliche Vor- und Nachteile bieten. Patienten können, während sie primär in einer anderen Fachabteilung behandelt werden, zusätzlich konsiliarisch durch einen Geriater mitbetreut werden. Eine zweite Möglichkeit bietet die Versorgung in einer eigenständigen Fachabteilung für Geriatrie. Diese kann entweder im Anschluss an die Behandlung in einer anderen Fachabteilung oder über die Dauer des gesamten Krankenhausaufenthaltes erfolgen. Schließlich gibt es zukunftsweisende Konzepte der ganzheitlichen, intersektoralen Betreuung geriatrischer Patienten im Rahmen von IV-Verträgen und Modellprojekten.

14.2.1 Konsiliarische Mitbetreuung

In vielen Häusern werden geriatrische Patienten konsiliarisch von einem Geriater mitbehandelt, während sie primär in anderen Fachabteilungen, wie z. B. der Unfallchirurgie, stationär aufgenommen und behandelt werden. Dies rührt zum einen daher, dass für diese Häuser keine geriatrischen Betten im Landeskrankenhausplan ausgewiesen sind. Zum anderen sind die Strukturvoraussetzungen für die Einrichtung einer geriatrischen Fachabteilung (s. u.) nicht von jedem Krankenhaus zu erfüllen. Auch wenn geriatrische Komplexpauschalen nur bei Erfüllung der entsprechenden Strukturvoraussetzungen abgerechnet werden können, kann es aus medizinischer Sicht sinnvoll sein, betagtere Patienten von einem in der Inneren Medizin angestellten Geriater mitbetreuen zu lassen, um ihnen eine hochwertige und auf ihre Bedürfnisse abgestimmte medizinische Versorgung zukommen zu lassen. Davon profitiert auch das Haus, da durch eine abgestimmte und ganzheitliche Behandlung sowohl unnötig lange Verweildauern als auch Komplikationen durch Wechselwirkungen von Medikamenten reduziert werden können.

14.2.1.1 Konzept und Voraussetzungen

Nicht in jedem Krankenhaus kann eine eigene Fachabteilung für Geriatrie vorgehalten werden. Dennoch ist in jedem Haus ein gewisses Potenzial an geriatrischen Patienten vorhanden, die bei ihrer Genesung von einer speziellen geriatrischen (Mit-)Behandlung profitieren. Im Falle einer konsiliarischen Mitbetreuung durch einen Geriater verbleibt der Patient für die Dauer seines stationären Aufenthaltes auf seiner angestammten Station. Ein Geriater betreut ihn jedoch mit und arbeitet eng mit der behandelnden Fachabteilung zusammen.

14.2.1.2 Chancen und Vorteile

Die medizinische Qualität der Versorgung wird durch die Mitbehandlung geriatrischer Patienten von einem Altersmediziner verbessert. So werden z. B. typische Interaktionen bei Multimedikation vermieden, veränderte Stoffwechselmechanismen im Alter stärker berücksichtigt und auch die poststationäre Weiterbetreuung des Patienten meist schneller organisiert. Dadurch können zum einen Komplikationen im Behandlungsverlauf vermieden werden, zum anderen wird durch die stringente Organisation der poststationären Betreuung auch die Verweildauer reduziert. Die Kollegen der primär behandelnden Fachabteilung werden durch den Geriater in ihrer täglichen Arbeit unterstützt.

14.2.1.3 Nachteile und Risiken

Die Abrechnung geriatrischer Komplexpauschalen ist nur möglich bei Behandlung durch ein geriatrisches Team unter fachärztlicher Behandlungsleitung (Zusatzweiterbildung oder Schwerpunktbezeichnung im Bereich „Geriatrie“ erforderlich). Die fachärztliche Behandlungsleitung muss überwiegend in der zugehörigen geriatrischen Einheit tätig sein. Somit fällt der nicht unerhebliche Mehrerlös durch Abrechnung der geriatrischen Komplexpauschalen in diesem Setting weg.

14.2.2 Versorgung in einer geriatrischen Fachabteilung

Unter den Voraussetzungen, dass eine eigene geriatrische Hauptabteilung sowohl krankenhausplanerisch als auch durch die Kostenträger gefördert wird, verfügt diese über alle Möglichkeiten der eigenen Prozessstrukturierung und Markenbildung unter der Nebenbedingung eines mindestens wirtschaftlich ausgeglichenen Ergebnisses. Der Patient wird in der aufnehmenden medizinischen Fachabteilung primär endbehandelt und anschließend auf die Geriatrie verlegt. In diesem Zusammenhang sind einige strukturelle und prozessuale Voraussetzungen zu erfüllen.

14.2.2.1 Konzept und Voraussetzungen

Um geriatrische Patienten optimal nach ihren Bedürfnissen zu versorgen, gibt es in vielen Kliniken inzwischen speziell ausgewiesene geriatrische Fachabteilungen. In diesen werden Patienten entweder über den gesamten Zeitraum ihres stationären Aufenthaltes oder zumindest so früh wie möglich nach Abschluss z. B. operativer Maßnahmen versorgt. Die Abrechnung der geriatrischen Komplexbehandlungen fügt sich über spezielle DRGs in das Fallpauschalensystem ein. Zu den Mindestmerkmalen für die Abrechnung der geriatrischen Komplexpauschalen gehören u. a. die Behandlung durch ein geriatrisches Team unter fachärztlicher Behandlungsleitung, ein standardisiertes geriatrisches Assessment zu Beginn und zum Ende der Behandlung, wöchentliche Teambesprechung unter Beteiligung aller Berufsgruppen sowie der Einsatz von mindestens 2 der folgenden 4 Therapiebereiche: Physiotherapie/Physikalische Therapie, Ergotherapie, Logopädie/faziorale Therapie, Psychologie/Neuropsychologie. Mindestens eine Pflegefachkraft des geriatrischen Teams muss eine strukturierte, curriculare geriatricspezifische Zusatzqualifikation sowie eine mindestens 6-monatige Erfahrung in einer geriatrischen Einrichtung nachweisen (Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information 2017). Sind diese Voraussetzungen erfüllt, so können geriatrische Komplexbehandlungen in einer Fachabteilung für Geriatrie oder auch in einer Sektion für Geriatrie in einer allgemeinen internistischen Abteilung abgerechnet werden.

14.2.2.2 Chancen und Vorteile

Die Schaffung eigener geriatrischer Fachabteilungen bietet unterschiedliche Vorteile. Zum einen werden die älteren multimorbiden Patienten in einer Fachabteilung gebündelt und können so mit höchster Kompetenz von pflegerischer wie ärztlicher Seite behandelt werden. Zum anderen werden auf den übrigen Stationen Betten frei, die neu belegt werden können. Auf den nicht-geriatrischen Stationen sinkt in Folge der Pflegeaufwand, was z. B. in der qualitativen oder quantitativen Besetzung im Pflegedienst einberechnet werden kann. Durch die Abrechnung geriatrischer DRGs, für die die Behandlung in einer geriatrischen Einheit eine Voraussetzung ist, kann der Erlös in einigen Fällen bis zum dreifachen gesteigert werden.

14.2.2.3 Nachteile und Risiken

Dennoch lässt sich trotz geriatrischer Komplexbehandlung nicht jede Primär-DRG in eine erlössteigernde geriatrische DRG überführen. Ohne die entsprechenden Screeningwerkzeuge besteht also die Gefahr eines Mehraufwandes ohne entsprechenden Erlösausgleich. Die Nutzung des geriatrischen Potenzials und somit der Mehrerlöse, die Wachstumsmöglichkeiten im geriatrischen Markt sowie die interne Akzeptanz der Fachabteilung für Geriatrie sind zusätzlich abhängig von einer funktionierenden Erlösverteilung. Ohne den Aufbau strukturierter Methoden zur internen Leistungsverrechnung wird der Gesamterlös des stationären Aufenthaltes aktuell meist komplett der entlassenden Fachabteilung zugeordnet. So gehen andere an der Behandlung beteiligte Fachabteilungen leer aus. Bei einem Patienten mit Schenkelhalsfraktur, der in der Unfallchirurgie aufgenommen und operativ versorgt wird, fließt beispielsweise bei Weiterbehandlung durch die Abteilung für Geriatrie der komplette Erlös inklusive der Vergütung der operativen Leistung der entlassenden Fachabteilung und somit der Geriatrie zu. Dies führt erfahrungsgemäß zu einer fehlenden Bereitschaft der aufnehmenden Akutfachabteilungen, Patienten in eine geriatrische Fachabteilung zu verlegen. Dennoch werden Sachkosten weiterhin der aufnehmenden Fachabteilung zugerechnet, was insbesondere in den sachkostenintensiven Bereichen Endoprothetik und Kardiologie zu einer deutlichen Verschlechterung des Abteilungsergebnisses führen kann. Ziel muss es daher sein, eine Form der internen Leistungsverrechnung zu etablieren, durch die die Behandlung für alle beteiligten Fachabteilungen attraktiv bleibt. Ein Berichtswesen, das die richtigen Anreize setzt, sollte die aufnehmenden und operativen Bereiche unabhängig von der Fallzuordnung zu einem Fachbereich vergüten und im Fall der Geriatrie lange Verweildauern vor interner Verlegung in die Geriatrie bewerten. Diese Aufteilung der Erlöse ergibt sich nicht aus der DRG. Die vergütete Fallpauschale bezieht den gesamten Krankenhausaufenthalt mit ein und lässt keine Rückschlüsse darüber zu, welcher Fachbereich oder welche Station im Krankenhaus welchen Anteil an der Fallpauschale beanspruchen darf. Die Leistungserbringung im Akuthaus wird als „Prozessleistung“ vergütet. Folgende Rahmenbedingungen gelten für die Erlösverteilung:

- Der Großteil des Potenzials geriatrischer Patienten kommt aus dem eigenen Haus.
- Für eine uneingeschränkte Kooperation der übrigen Abteilungen mit der Geriatrie muss die Primärleistung der erbringenden Abteilung fair zugerechnet werden.
- Die Erlösverteilung muss so angelegt sein, dass sie einen Anreiz für die primär behandelnde Abteilung schafft, aktiv eine Verlegung in die Geriatrie anzustreben.
- Für die Geriatrie muss es eine transparente Leistungs- und Erlössituation geben, um eine entsprechende wirtschaftliche Steuerung zu ermöglichen.

Vor diesem Hintergrund soll die Berechnung der Prozessleistung anhand von folgenden Modellen vorgestellt werden:

- längste Verweildauer
- Gesamterlösverteilung nach Verweildauertagen
- aufwandskorrigierte Verweildauer (AKVD)
- Dual-Day-Mix-Index-Methode

Anhand eines Beispiels soll die Problematik erläutert werden. Ein Patient kommt mit einer Schenkelhalsfraktur, wird chirurgisch aufgenommen, operiert und postoperativ am dritten Tag in die Geriatrie zur Wundversorgung und Mobilisierung verlegt. Dort erfolgt zu Beginn das geriatrische Assessment, gefolgt von täglichen Therapieeinheiten der Physiotherapie, Ergotherapie und anderer therapeutischer Disziplinen. Nach 20 Tagen verlässt der Patient das Krankenhaus, davon war er 16 Tage in der Geriatrie. Im vereinfachten Zurechnungsverfahren anhand der längsten Verweildauer geht der Erlös des gesamten Falls damit an die Geriatrie. Die Chirurgie geht trotz ihres operativen Eingriffs leer aus. Eine genauere Verteilung der Erlöse ergibt sich bereits, wenn der Gesamterlös nach Verweildauertagen auf die Fachbereiche verteilt wird. Nun erhalten sowohl die Chirurgie wie auch die Geriatrie einen Teil der Vergütung. Dieser „Tagesatz“ deckt eine mittlere Leistung verteilt nach Tagen ab. Er berücksichtigt jedoch nicht das ungleich verteilte Leistungsgeschehen in Chirurgie und Geriatrie und auch nicht den unterschiedlichen Aufwand im Behandlungsverlauf bzw. die Operation zu Beginn des stationären Aufenthalts oder den besonders sachkostenintensiven endoprothetischen Eingriff. Bei der aufwandskorrigierten Verweildauer wird der fachbereichsspezifische Aufwand berücksichtigt. Zur Berechnung werden die Bewertungsrelationen der nicht verlegten Fälle eines Fachbereichs durch die Anzahl der nicht verlegten Fälle dividiert. Der sich daraus ergebende Abteilungs-Casemix-Index wird für die Gewichtung der Verweildauer im jeweiligen Fachbereich herangezogen, sodass der Fachbereich mit dem höheren Abteilungsschweregrad seine Verweildauer besser vergütet bekommt. Ein weiterer, bewährter Ansatz ist der Dual-Day-Mix-Index. Die DRG-Erlöse bestehen zum größten Teil aus Fallpauschalen. Diese bestehen hauptsächlich aus Operationserlösen und sonstigen Erlöse (Nicht-OP-Erlöse). Daneben können Zusatzentgelte abgerechnet werden. Um bei einer interdisziplinären Behandlung eine möglichst gerechte Erlöszuordnung zu erreichen, müssen die einzelnen Erlösbestandteile separat berücksichtigt werden. Bei der DDMI-Methode erfolgt das nach einem zweistufigen Vorgehen: Im ersten Schritt wird für jeden nicht intern verlegten Fall der Anteil der Operation als Prozentwert ermittelt. Mit diesem Prozentwert wird jede Bewertungsrelation in einen OP- und einen Nicht-OP-Anteil getrennt. Auf dieser Grundlage werden für jede Fachabteilung zwei DDMIs berechnet: Ein Index für den OP-Anteil und ein Index für den Nicht-OP-Anteil. Im zweiten Schritt erfolgt dann die eigentliche Verteilung der Erlöse der einzelnen interdisziplinär behandelten Fälle. Auf Basis der Abteilungs-DDMIs werden für jeden Abteilungsaufenthalt Leistungsindizes berechnet. Mithilfe derer werden dann für jede Abteilung die Leistungsanteile an dem jeweiligen Behandlungsfall abgerechnet.

Die DDMI-Methode ist bereits in vielen Softwaresystemen im Krankenhaus etabliert und spiegelt eine sehr aufwandsgerechte Erlösverteilung wieder. Neben einer adäquaten Erlösverteilung ist darüber hinaus noch ein entsprechender Prozess zu implementieren, um die Patienten während ihres stationären Aufenthaltes mittels Screening zu identifizieren und in die Geriatrie zu überführen. Hierzu stehen in der Praxis zahlreiche valide, aber zum Teil auch aufwendige geriatrische Assessments zur Verfügung, die allerdings nicht alle für eine Erstbeurteilung praktikabel sind. Einfachere Assessments sind beispielsweise LACHS mit 6 Fragen oder das ISAR-Screening mit 15 Fragen. In jedem Fall ist eine Schulung über die Systematik und Bewertung der geriatrischen Fälle zur Aufwandsminimierung bei der Identifikation dieser Patienten durchzuführen. Weiterhin sollte eine regelmäßige Visite (2 × wöchentlich) eines Geriaters (bzw. eines geeigneten Assistenten aus der Geriatrie) bei Patienten über 75 Jahre durchgeführt werden. Die Falllisten werden durch das Medizincontrolling auf Grundlage abgestimmter Parameter systemseitig erstellt. Die Einbindung der Pflege auf den jeweiligen Stationen ist notwendig, da viele Faktoren geriatrischer Probleme pflegeinduziert sind. Das Medizincontrolling setzt im Idealfall eine fallbegleitende Codierung um. Das schafft die Basis, um frühzeitig zu beurteilen, ob eine Überführung eines Falles in eine Geriatrische DRG abrechnungstechnisch möglich ist oder nicht (Ressourcenschonung und Potenzialoptimierung). Der Sozialdienst ist frühzeitig für das Entlass- und Überleitungsmanagement einzubinden.

14.2.3 Versorgung in einem interdisziplinären Behandlungszentrum

Die heutige Gesundheitsversorgung ist geprägt durch eine ambulante und stationäre Versorgungsvielfalt und die in diesem Kontext vorherrschenden Sektorengrenzen zwischen der Akutversorgung durch die Krankenhäuser, der rehabilitativen Versorgung sowie der Versorgung durch niedergelassene Ärzte. Die Beseitigung dieser Webfehler des aktuellen Gesundheitssystems durch die virtuelle Auflösung dieser Sektorengrenzen steht im Vordergrund dieses Ansatzes, der neben der intersektoralen Behandlung auch andersartige Finanzierungsformen voraussetzt.

14.2.3.1 Konzept und Voraussetzungen

Ein zukunftsweisendes Konzept in der Versorgung geriatrischer Patienten sind interdisziplinäre geriatrische Behandlungszentren. Hier können – beispielsweise im Rahmen von IV-Verträgen – ambulante, stationäre und sogar rehabilitative Behandlungen aus einer Hand geplant und koordiniert werden und örtlich konzentriert z. B. auf einem gemeinsamen Gelände angeboten werden. In der Praxis bedeutet dies, Standorte zu schaffen, an denen sowohl Praxen und MVZ als auch ein Akut-Krankenhaus und unter Umständen sogar eine rehabilitative Einrichtung zur Betreuung älterer Patienten angesiedelt sind.

Spezielle Geriatrie-Case-Manager betreuen den Patienten auf seinem Weg durch die unterschiedlichen Versorgungsformen. Für die Patienten werden Transparenz und Planbarkeit ihrer Behandlung so deutlich verbessert, die Suche nach Experten und Anschlussterminen ist nicht mehr nötig. Durch die ineinandergreifende Versorgung über die Sektorengrenzen hinweg entfallen unnötige, teure und z. T. auch für die Patienten körperlich belastende Doppeluntersuchungen. Die Wege für Patienten werden durch die örtliche Konzentration verkürzt, was vor allem für ältere und weniger mobile Patienten eine große Erleichterung ist.

14.2.3.2 Chancen und Vorteile

Der wesentliche Nutzen für den Patienten und die Leistungserbringer liegt also in einem in sich abgestimmten Behandlungsverlauf mit durchgehender Rückkoppelung zwischen den Leistungserbringern und vollumfänglicher Einsicht der Befunde und diagnostischen Ergebnisse – die Zustimmung des Patienten vorausgesetzt und unter Beachtung weiterer datenschutzrechtlicher Bestimmungen. Der oft belastende Übergang in eine fremde Umgebung zur Rehabilitation nach der stationären Behandlung bleibt den Patienten durch die Erbringung aller Leistungen an einem Ort erspart, Umfeld und Ansprechpartner bleiben bestehen. Dieses führt nicht nur zu einer Verkürzung der Behandlungsdauer, sondern auch zu einer Steigerung der Behandlungsqualität. Für die Kostenträger verringert sich die Gefahr teurer Doppeluntersuchungen ebenso wie das Risiko von Komplikationen durch unerkannte Multimedikation. Zur Steuerung von Patienten mit komplexen Krankheitsbildern oder einer komplexen Fallsituation wird ein Case Management implementiert, mit dem Ziel, geriatrische Patienten bereits zu Beginn der akutstationären Behandlung zu identifizieren und aktiv zu betreuen. Konkret bedeutet dies, dass jedem Patienten mit entsprechender Indikation ein Case Manager zugeordnet wird, der die Behandlung des Patienten über alle Versorgungsformen hinweg koordiniert. Oft ist nach einer akutstationären Behandlung die zeitweise oder dauerhafte Betreuung der geriatrischen Patienten durch ambulante oder stationäre Pflege erforderlich. Dieser Notwendigkeit kann in diesem Konzept mit dem Angebot einer Kurzzeitpflege begegnet werden. Langfristig angelegte stationäre und ambulante Pflegeangebote runden das Konzept ab.

14.2.3.3 Nachteile und Risiken

Die Abrechnung im Rahmen von IV-Verträgen ist abhängig von entsprechenden einzelnen Vereinbarungen mit den Kostenträgern, sodass diese Behandlungsform meist nicht flächendeckend für alle Patienten angeboten werden kann. Eine wirtschaftliche Umsetzung dieses Settings ist sicherlich nur ab einer gewissen Fallzahl geriatrischer Patienten möglich, was zu einer weiteren Konzentration spezialisierter Leistungen auf wenige Zentren führen wird.

14.3 Schlussbetrachtung

Der demografische Wandel stellt das Gesundheitssystem sowohl medizinisch als auch strukturell vor Herausforderungen, denen auf unterschiedliche Weise begegnet werden kann. Fest steht, dass ein Wandel in der Patientenversorgung eintreten wird. Hier liegen gleichzeitig Risiken und Chancen, die es strategisch zu bewerten gilt. Welche Versorgungsform für geriatrische Patienten von den einzelnen Leistungserbringern umgesetzt wird, ist sicherlich vor dem Hintergrund der strukturellen ebenso wie personalplanerischen Voraussetzungen der Einrichtungen individuell zu entscheiden. Unabhängig von der Wahl der Versorgungsform müssen Methoden zum Screening von geriatrischen Patienten genutzt werden, um infrage kommende Patienten möglichst frühzeitig in ihrem Behandlungsverlauf zu identifizieren, sodass sie von einer auf sie zugeschnittenen altersmedizinischen Versorgung profitieren können. Des Weiteren sind Methoden zur internen Leistungsverrechnung anzuwenden.

Literatur

- Augurzyk B, Krolop S, Hentscher C, Pilny A, Schmidt CM (2013) Krankenhaus Rating Report 2013 – Krankenhausversorgung zwischen Euro-Krise und Schuldenbremse. Medhochzwei, Heidelberg
- Deutsche Gesellschaft für Geriatrie (2017) Was ist Geriatrie? Deutsche Gesellschaft für Geriatrie (Hrsg). <http://www.dggeriatrie.de/nachwuchs/91-was-ist-geriatrie.html>. Zugegriffen: 24. Apr. 2017
- Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information (2017) Nicht Operative Therapeutische Maßnahmen, Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI, Hrsg). <https://www.dimdi.de/static/de/klassi/ops/kodesuche/onlinefassungen/opshtml2017/block-8-55...8-60.htm>. Zugegriffen: 24. Apr. 2017
- Statistisches Bundesamt (2012) Bevölkerungsentwicklung Deutschlands bis 2060, 13. koordinierte Bevölkerungsvorausberechnung. <https://www.destatis.de/bevoelkerungspyramide>. Zugegriffen: 24. Apr. 2017

Stefanie Kolbe, ist Ärztin und Projektleiterin bei der gök Consulting AG. Nach dem Studium der Humanmedizin an der Julius-Maximilian Universität Würzburg, das sie 2006 abschloss, war sie zunächst bis 2012 als Anästhesistin in mehreren Krankenhäusern in Berlin und Potsdam tätig. Nach einer Station als Referentin Medizin bei der Deutschen Krankenhausgesellschaft von 2012 bis 2014 ist sie seitdem bei der gök Consulting AG als Projektleiterin tätig. Schwerpunkte ihrer Tätigkeit liegen vor allem in der Strategieentwicklung und Prozessoptimierung.

Dr. Jörg Risse, ist Vorstand der gök Consulting AG. Die gök Consulting AG ist eine führende Managementberatung im Gesundheitswesen. Dr. Risse absolvierte sein Studium zum Diplom-Wirtschaftsingenieur an der Technischen Universität Berlin. Die Promotion erfolgte mit Auszeichnung 2002. Nach Stationen als Wissenschaftlicher Mitarbeiter an der TU Berlin und als Projektleiter bei der KPMG Wirtschaftsprüfungsgesellschaft gründete Dr. Risse eine Logistikberatungsgesellschaft und wurde zudem Aktionär bei der gök Consulting AG in Berlin. 2009 erfolgte die Berufung in den Vorstand. Die Schwerpunkte seiner Projekterfahrung liegen in der Strategieentwicklung und in der Restrukturierungsberatung. Diese Expertise hat Dr. Risse bereits in zahlreichen Projekten in Kliniken aller Versorgungsstufen und Trägerformen sowie in Universitätskliniken in Deutschland, Österreich und in der Schweiz erfolgreich eingebracht. Zudem war er als kaufmännischer Vorstand am Universitätsklinikum Halle (Saale) tätig. Dr. Risse hat Lehraufträge an der Dresden International University sowie an der Beuth Hochschule in Berlin. Er ist Verfasser von zahlreichen Veröffentlichungen in Fachbüchern und Fachzeitschriften. Er ist anerkannter systemischer Coach und begleitet Veränderungsprozesse.

Sachverzeichnis

A

Abrechnung, 94
Abrechnungskriterium, 95
Agglomerationsraum, 4
Akutversorgung, 200
Allokation, 35
Altenpflege, 110, 175
Arbeitsmodell, 27
Arbeitsschutzgesetz, 177
Arbeitsstruktur, 82
Arztdichte, regionale, 7
Ärztemangel, 22
Arztpraxis, 91
Ausdehnung, räumliche, 145

B

Bedarf, 3
 objektiver, 3
 subjektiver, 3
Bedarfsentwicklung, 114
Bedarfsgerechtigkeit, 3
Bedarfsplanung, 2, 7, 9, 14, 22
 regionale, 10, 22
Bedarfsprognose, 2
Bedarfsschätzung, 2, 5, 11
Bedürfnis, 50
Behandlungsoption, 9
Behandlungsqualität, 201
Behandlungszentrum, interdisziplinäres, 200
Berichterstattung, gesundheitliche, 148
Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst
 und Wohlfahrtspflege, 177

Betreuungsleistung, 149
Bevölkerungsdichte, 110
Bundespräventionsgesetz, 177

C

Controlling, 158, 169

D

Daseinsvorsorge, 23, 85, 154
Delegation, 90
Delegationskonzept, 92, 97
Delegationsleistung, 83
Delegationsmodell, 90, 93, 97
Demenz, 61
Demenzkranker, 174
Demografie, 4
 regionale, 6
Demografiefaktor, 6
Dienstleistung, 147
Digitalisierung, 26, 28
Distanz, 12
 räumliche, 12
Dorfpraxis, 106

E

Effizienz, 32, 52
Einflussfaktor, 96
Einsatzaufkommen, 40
Einsatzgebiet, 36
Entscheidungsunterstützung, 34, 36, 40

- Erfolgsfaktor, 168
Erfolgskennzahl, 161
Ergebnisqualität, 72
Erkrankung
 demenzielle, 60
 psychische, 47
Erster Gesundheitsmarkt, 154
Erstversorgung, medizinische, 32
Erwachsenenpflegedienst, 115
Evaluation, 96
- F**
Fachabteilung, geriatrische, 197
Fachkräftemangel, 110, 112
Fachkräfterekrutierung, 114
Faktor, sozioökonomischer, 6, 11
Fehlversorgung, 46
Finanzierung, 94
- G**
Gemeinsamer Bundesausschuss, 91
Genossenschaft, 105, 106
 Modell, 105
Genossenschaftspraxis, 105
Geriatric, 194, 195
Geschäftsmodell, 27, 104
Gesetzliche Krankenversicherung, 92
Gesundheit, 177
Gesundheitsangebot, 147
Gesundheitsbildung, 128, 131
Gesundheitsdienst, 145, 149
Gesundheitsdienstleister, 71
Gesundheitsförderung, 128, 140, 147, 174, 177
 betriebliche, 188
Gesundheitsforschung, 182
Gesundheitsindustrie, 140
Gesundheitsleistung, 46
Gesundheitsmanagement, 188
 betriebliches, 155, 174
Gesundheitsmarkt, 140, 170
 erster, 154
 zweiter, 154
Gesundheitsmarktplatz, 147
Gesundheitsmodell, 81, 82
Gesundheitsnetz, 162, 169
Gesundheitsnetzwerk, 127
Gesundheitsnutzenpotential, 3
Gesundheitspolitik, 82
Gesundheitsportal, 148
Gesundheitsregion, 2, 22, 126, 136, 140, 145, 150
 integrierte, 144
Gesundheitssektor, 91, 144
Gesundheitsstandort, 127
Gesundheitsstärkung, 154
Gesundheitsstrategie, 148
Gesundheitssystem, 27, 46, 92, 144, 195, 202
 nachhaltiges, 47
 regionales, 27
Gesundheitstourismus, 128, 132
Gesundheitsversorgung, 4, 14, 24, 46, 78, 81, 146, 149, 200
 regionale, 24
Gesundheitswesen, 22, 24, 26, 52, 78, 137, 154, 169
Gesundheitswirtschaft, 126
Gesundheitszentrum, 83
Gravitationsgesetz, 12
Gravitationsgleichung, 12
Grundversorgung, 78, 102
 ärztliche, 102
- H**
Hauptabteilung, geriatrische, 197
Hausärztemangel, 90, 102
Hausarztmodell, 104
Hausarztpraxis, 92
- I**
Inanspruchnahmeverhalten, 9
Indikator, 50, 52
Infrastruktur, 9, 36
Integration, 140
Interdependenzen
 fachliche, 10
 räumliche, 10
Investitionsbedarf, 32
- K**
Kapazität, 3, 12
Kapazitätsplanung, 4, 33
Kassenärztliche Bundesvereinigung, 23, 92
Kennzahl, 165, 169

Kerngeschäft, 105
Kinderbetreuung, 118, 120
Kinderkrankenpflege, 110
 ambulante, 114, 118
 häusliche, 111, 120
Kliniknetz, 129
Kollektivvertrag, 24
Komplexbehandlung, geriatrische, 198
Kooperation, 50, 184
Koordination, 50, 184
Krankenhausleistung, 194
Krankenhausversorgung, 194
 stationäre, 194
Krankenpflege, 110, 182
Krankenversicherung, gesetzliche, 177
Krankheitsmanagement, 147

L

Landarztpraxis, 84
Langzeitversorgung, 69
Lebensqualität, 140
Lebenswelt, 143
Leistung, 7, 65, 85, 92, 201
 ambulante, 23
 ärztliche, 90
 pflegerische, 90
Leistungsanbieter, 154
Leistungsangebot, 194
Leistungsbedarf, 4, 6
Leistungserbringer, 12, 26, 50, 126, 201
Leistungserbringerdichte, 8
Leistungserbringung, 188
Leistungsinanspruchnahme, 8
Leistungsverrechnung, 202
Leistungsverschiebung, 7
Leuchtturmprojekt, 2

M

Makroebene, 48
Mesoebene, 48
Metropolregion, 22
Mikroebene, 48
Mobilität, 84
Mobilitätskonzept, 84
Mobilitätsunterstützung, 84
Modernisierungsgesetz, 52
Morbidität, 4, 11, 22

Morbiditätsentwicklung, regionale, 6
Mortalität, 11

N

Nachhaltigkeit, 47, 52
 soziale, 47
Netzwerk, 110, 111, 149, 183
Netzwerkarbeit, 130, 137, 186
Netzwerkgesellschaft, 185
Netzwerkintensivierung, 185
Netzwerkinteresse, 185
Netzwerkpartner, 184
Notfallversorgung, 23

O

Optimierungsmodell, 32, 35
Organisationsentwicklung, 177
Ottawa-Charta, 143

P

Palliativversorgung, 111
 ambulante, 111
Patientenversorgung, 111, 202
 multiprofessionelle, 111
Pendlerbewegung, 5
Personalbindung, 115
Personalgewinnung, 115
Personalmarketing, 114
Personalplanung, 41
Pflege, 174
 ambulante, 69
 häusliche, 65
 informelle, 67
 vollstationäre, 71
Pflegebedürftigkeit, 62, 68, 195
Pflegebranche, 188
Pflegedienst, 61, 63, 113
 ambulanter, 61, 65, 188
Pflegeeinrichtung, ambulante, 63
Pflegefachkraft, 63
Pflegegrad, 62
Pflegekasse, 66
Pflegeleistung, 188
Pflegequalität, 177
Pflegesetting, 182
Pflegestärkungsgesetz, 62

Pflegeversicherung, 62, 65, 69
 Planung, strategische, 32
 Planungsbereich, 2, 5, 9
 Planungsebene, 2, 9, 33
 Planungshorizont, 33
 Planungsquadrat, 34
 Planungsunterstützungssystem, 36
 Prävention, 147, 154, 174, 177, 188
 Präventionspass, 147
 Praxisnetz, 129
 Primärversorgung, 78, 91
 Prozessqualität, 72

Q

Qualität, 72, 196
 Qualitätsentwicklung, 72
 Qualitätskriterium, 72, 117
 Qualitätsmanagement, 72
 Qualitätssicherung, 72
 Qualitätsvorgabe, 72

R

Raum, ländlicher, 78, 102
 Raumabgrenzung, 9
 Raumplanung, 140
 Raumzuschnitt, 2
 Regelversorgung, 92, 97
 Region, 143
 gesunde, 145, 150
 ländliche, 102
 Regionalentwicklung, 27
 Regulierung, 2
 Reregionalisierung, 28
 Ressource, 3, 32, 36, 50, 51, 82, 85, 90, 143, 148, 176
 Ressourcenallokation, 32, 40
 Ressourcenauslastung, 35
 Ressourceneinsatz, 40
 Ressourcenplanung, 34, 41
 Rettungsdienst, 26, 32, 36, 41
 kommunaler, 41
 Rettungsdienstsystem, 38
 Rettungswesen, 34

S

Selektivvertrag, 23, 92
 Servicequalität, 38
 Setting-Ansatz, 143
 Sozialdienst, 26
 Sozialgesetzbuch, 177
 Sozialisation, 184
 Sozialstruktur, regionale, 6
 Stadtquartier, 149
 Standort, 12, 36
 Standortfaktor, 104
 Standortförderung, 140
 Standortplanung, 32
 Strukturqualität, 72
 Strukturzuschlag, 95

U

Überleitungsmanagement, 26
 Überversorgung, 4
 Unterversorgung, 4, 78

V

Vergütung, 23, 97
 Vergütungsmodell, 98
 Vergütungsmöglichkeit, 83
 Vernetzung, 26, 50, 140, 155
 intelligente, 26
 regionale, 26
 Versorgung, 3, 32, 63, 71, 78, 97, 102, 110, 120, 129, 194
 akutstationäre, 194
 ambulante, 4, 10, 22, 47, 52, 62, 72
 fachärztliche, 5
 flächendeckende, 110
 geriatrische, 195
 hausärztliche, 5, 78, 81
 häuslich pflegerische, 120
 häusliche, 117
 integrierte, 102, 145, 154
 medizinische, 60, 102, 140, 196
 pflegerische, 61
 spezialisierte fachärztliche, 5
 stationäre, 10
 vollstationäre, 70

Versorgungsakteur, 51
Versorgungsangebot, 3, 49, 70
Versorgungsbedarf, 2, 7, 22, 50
 regionaler, 22
Versorgungseffektivität, 51
Versorgungsengpass, 79
Versorgungsform, 48, 69, 202
Versorgungsforschung, 50
Versorgungskonzept, 50, 52
Versorgungslandschaft, 22
Versorgungsleistung, 3, 7
Versorgungslücke, 71
Versorgungsmodell, 14, 28, 52, 81
 regionales, 14
 sektorenübergreifendes, 79
Versorgungsplanung, 2
Versorgungsprozess, 26
Versorgungsqualität, 32, 36, 40, 46, 51, 195
Versorgungsrealität, 4
Versorgungsregion, 2
Versorgungssetting, 72
Versorgungsstärkungsgesetz, 52, 83
Versorgungsstrukturgesetz, 4

Versorgungssystem, 50
Versorgungsvertrag, 63
Verteilung, räumliche, 34
Verteilungsplanung, 2, 4, 9, 14
Verteilungsplanung, räumliche, 12
Vorsorge, 154

W

Wache, mobile, 36
Weltgesundheitsorganisation, 141
Wirksamkeit, 52
Wirtschaftlichkeit, 35
Wirtschaftlichkeitsprinzip, 32

Z

Zielgruppe, 112
Zukunftswerkstatt, 79
Zusammenarbeit, interprofessionelle, 49
Zweiter Gesundheitsmarkt, 154

Mehr wissen – weiter kommen



M.A. Pfannstiel, P. Da-Cruz, H. Mehlich (Hrsg.)
Digitale Transformation von Dienstleistungen im Gesundheitswesen I
1. Aufl. 2017, XIII, 359 S. 78 Abb., Hardcover
*49,99 € (D) | 51,39 € (A) | CHF 51.50
ISBN 978-3-658-12257-7



M.A. Pfannstiel, P. Da-Cruz, H. Mehlich (Hrsg.)
Digitale Transformation von Dienstleistungen im Gesundheitswesen II
1. Aufl. 2017, XIV, 362 S. 82 Abb., Hardcover
*49,99 € (D) | 51,39 € (A) | CHF 51.50
ISBN 978-3-658-12392-5



M.A. Pfannstiel, S. Krammer, W. Swoboda (Hrsg.)
Digitale Transformation von Dienstleistungen im Gesundheitswesen III
1. Aufl. 2017, XII, 334 S. 55 Abb., Hardcover
*49,99 € (D) | 51,39 € (A) | CHF 51.50
ISBN 978-3-658-13641-3



M.A. Pfannstiel, S. Krammer, W. Swoboda (Hrsg.)
Digitale Transformation von Dienstleistungen im Gesundheitswesen IV
1. Aufl. 2017, XX, ca. 300 S. 25 Abb., Hardcover
*49,99 € (D) | 51,39 € (A) | CHF 51.50
ISBN 978-3-658-13643-7



M.A. Pfannstiel, C. Rasche, H. Mehlich (Hrsg.)
Dienstleistungsmanagement im Krankenhaus
1. Aufl. 2016, XXI, 383 S., Softcover
*44,99 € (D) | 46,26 € (A) | CHF 56.00
ISBN 978-3-658-08428-8



M.A. Pfannstiel, H. Mehlich (Hrsg.)
Betriebliches Gesundheitsmanagement
1. Aufl. 2016, XIII, 399 S. 70 Abb., Hardcover
*49,99 € (D) | 51,39 € (A) | CHF 51.50
ISBN 978-3-658-11580-7



M.A. Pfannstiel, A. Focke, H. Mehlich (Hrsg.)
Management von Gesundheitsregionen I
1. Aufl. 2016, XVI, 143 S. 27 Abb., Hardcover
*39,99 € (D) | 41,11 € (A) | CHF 41.50
ISBN 978-3-658-12512-7



M.A. Pfannstiel, A. Focke, H. Mehlich (Hrsg.)
Management von Gesundheitsregionen II
1. Aufl. 2017, XVIII, 160 S. 24 Abb., Hardcover
*39,99 € (D) | 41,11 € (A) | CHF 41.50
ISBN 978-3-658-12591-2



M.A. Pfannstiel, A. Focke, H. Mehlich (Hrsg.)
Management von Gesundheitsregionen III
1. Aufl. 2017, XVI, 167 S. 33 Abb., Hardcover
*39,99 € (D) | 41,11 € (A) | CHF 41.50
ISBN 978-3-658-13657-4

€ (D) sind gebundene Ladenpreise in Deutschland und enthalten 7% MwSt. € (A) sind gebundene Ladenpreise in Österreich und enthalten 10% MwSt.
Die mit * gekennzeichneten Preise sind unverbindliche Preisempfehlungen und enthalten die landesübliche MwSt. Preisänderungen und Irrtümer vorbehalten.

Jetzt bestellen: springer.com/shop