

Neue Gesundheitsnetze für den ländlichen Raum – Beispiele aus der Praxis

– Impulse für die Gesundheitsversorgung in strukturschwachen Gebieten

Motivation

Mit dem demografischen Wandel werden im Gesundheitssystem die personellen Ressourcen knapper – bei wachsendem Bedarf. Allein 35 Prozent der Hausärzte und 25 Prozent der Fachärzte werden bis 2030 in den Ruhestand gehen. Der Mangel, den wir in einigen Regionen heute schon beklagen, steht uns deutschlandweit noch bevor. Insbesondere in ländlichen und strukturschwachen Regionen werden echte Versorgungslücken entstehen oder sich verstetigen. Denn die wenigen jüngeren Fachkräfte, die dem Versorgungssystem zur Verfügung stehen, neigen zur Abwanderung in urbane Zentren.

Das Projekt

Gerade in Kontexten mit Mangel an medizinischem Personal und lückenhafter medizinischer Infrastruktur ist die effiziente Koordination begrenzter Ressourcen eine existenzielle Herausforderung für die Sicherung einer Grundversorgung. Das zeigt sich in etlichen Landstrichen in Deutschland, die bereits gealtert sind, etwa in der Lausitz oder in Thüringen, in Bayern oder Schleswig-Holstein. Und nicht nur dort sind in den vergangenen Jahren Versorgungsnetzwerke entstanden, die Ideen zur Gestaltung von regionalen Versorgungsbrücken liefern können, mit denen sich auch anderswo die Lücken zwar nicht beseitigen, aber im Patienteninteresse verkleinern lassen.

Das Projekt „Neue Gesundheitsnetze“ zeigt anhand von konkreten Praxisbeispielen Handlungsoptionen zur Weiterentwicklung regional organisierter Verbundlösungen auf, thematisiert die Faktoren des Gelingens sowie die Hürden ihrer Verstetigung. Es richtet sich gleichermaßen an regionale Akteure, Netzwerkinitiativen und die für die Rahmenbedingungen verantwortlichen Entscheider in der Politik.

Das Ergebnis der ersten sieben Fallstudien findet sich in der Broschüre „Neue Gesundheitsnetze für den ländlichen Raum“ (Veröffentlichung 19.10.23) und auf der Webseite <https://www.neue-gesundheitsnetze.de> (ebenfalls freigeschaltet zum 19.10.23), die sich zugleich als Interaktionsplattform für den Ideenaustausch empfiehlt. Hier können die Nutzer weitere empirische Beispiele von innovativen und ressourceneffizienten Gesundheitsnetzen und ihre Einschätzungen der Erfolgsfaktoren und Hürden solcher Netze einbringen.

Versorgungspolitischer Kontext

Bundesgesundheitsminister Lauterbach hat Versorgungsgesetze angekündigt, um insbesondere die regionale Gesundheitsversorgung zu stärken. Schlagworte sind Gesundheitsregionen, Primärversorgungszentren oder Gesundheitskioske. Doch in welchem Verhältnis stehen diese geplanten Versorgungseinrichtungen zu den bereits bestehenden, in der Regel stark kontextabhängigen Gesundheitsnetzen? Wird eine bundeseinheitliche Parallelstruktur implementiert oder wird das Versorgungsgesetz den existenten lokalen dezentralen Versorgungslösungen die nötigen Spielräume geben?

Vorgehen & Auswahl der Netze

Die Studie ist in Kooperation des Verbandes der Privaten Krankenversicherung e. V. (Geschäftsbereich Politik, Dr. Timm Genett, Dr. Anke Schlieker) mit Dr. Peggy Richter und Dr. Hannes Schlieter von der Forschungsgruppe Digital Health an der TU Dresden entstanden. Es werden insgesamt sieben Projekte in kurzen Porträts vorgestellt, denen neben Literaturrecherchen auch Interviews mit den Protagonisten zugrunde liegen. Nicht alle Projekte sind selbst in einem regionalen Kontext von Alterung und Unterversorgung entstanden. Was sie aber eint, ist die grundsätzliche Funktionalität im Umgang mit knappen medizinischen Ressourcen.

Ergebnisse

Die Herausforderung ist, mit den demografiebedingt knappen personellen Ressourcen effizient umzugehen. Die Praxisbeispiele zeigen, dass in Kontexten medizinischer Ressourcenverknappung neue

Versorgungsformen besonders erfolgreich sind, wenn sie von einer **Netzwerk-Managementgesellschaft** unterstützt werden; dass durch Delegation ärztlicher Leistungen **neue Akteursrollen** entstehen – wie z.B. die „eNurse“; dass neue Versorgungsarrangements jenseits der tradierten Sektorengrenzen aber auf **finanzielle, rechtliche und berufsständische Grenzen** stoßen; dass immer mehr **digitale Versorgungsbrücken** wie die Telemedizin genutzt werden (müssen), ihr Potenzial aber wegen der Rückstände in der Digitalisierung des deutschen Gesundheitswesens bei weitem nicht ausgeschöpft werden kann; dass **leitlinienkonforme Behandlungspfade** zur Versorgungssicherheit und -effizienz beitragen können, aber auch auf Vorbehalte in der Ärzteschaft stoßen; dass Versorgungslasten durch **Prävention** reduziert werden können, eine systematische Verankerung von Prävention in der Versorgung über Insellösungen bislang indes nicht hinausgekommen ist. Im Einzelnen:

Hürden und Risiken für die Umsetzung regionaler Gesundheitsnetze im ländlichen Raum:

- **Finanzielle Unsicherheit:** Fehlende tragfähige Refinanzierungsperspektiven sowohl für Kernaufgaben als auch für Querschnittsfunktionen und Infrastrukturinvestitionen eines Netzwerkes behindern seine Weiterentwicklung. Der Übergang von einer initialen Projektfinanzierung in eine regelfinanzierte Betriebsstruktur erweist sich als besonders herausfordernd.
- Vorbehalte von Leistungserbringern gegen Kooperationen in Netzwerken sowie Misstrauen bei Netzwerkakteuren und potenziellen Partnern können zu Widerständen, fehlender Beteiligung und letztlich mangelnder Kooperation im und mit dem Netzwerk führen.
- Praxisnetze nach § 87b SGB V setzen zudem mind. 20 Vertragsärzte voraus, die sich vor Gründung bereits organisiert haben. Dafür braucht es viel persönliches Engagement, das weitgehend ohne finanzielle oder sonstige Anreize vorhanden sein muss.
- **Berufsrechtliche Hürden:** Gesetzliche Regelungen wie der Arztvorbehalt erschweren die Entlastung der Medizinerinnen und Mediziner, wenn Leistungen deshalb nicht ausreichend priorisiert und delegiert werden können.
- **Begrenzung auf einzelne Versichertengruppen:** Die Verstetigung von Netzwerken kann durch die Beschränkung des Leistungsangebotes auf einzelne Versichertengruppen durch die Kostenträger behindert werden. Beispielsweise werden Verträge der besonderen Vergütung (§ 140a) häufig nur für bestimmte Versicherungsgruppen geschlossen.

Erfolgsfaktoren für Aufbau und Entwicklung von Gesundheitsnetzen im ländlichen Raum

- Die persönliche Motivation von Netzwerkgründern und Leistungserbringer ist essenziell. Ohne ihr Engagement kommen Netzwerke nicht voran.
- Wenn die Netzwerkarbeit für ihre Mitglieder einen erkennbaren Mehrwert schafft, wie mehr Freizeit, effizientere Abläufe, reduzierte Dokumentation oder monetäre Anreize, ist dies ein wesentlicher Erfolgsfaktor für regionale Verbundlösungen.
- Die Schaffung von Evidenz zur Identifizierung von Versorgungsmängeln und -bedarfen ist wesentliche Voraussetzung dafür, passgenaue und bedarfsgerechte – und damit mit höherer Wahrscheinlichkeit erfolgreiche regionale Versorgungslösungen zu gestalten. Der Nachweis des Netzwerkmerkwerts und –erfolgs unterstützt seine Finanzierungswürdigkeit.
- Die Unterstützung und Akzeptanz durch starke Partner wie die Kassenärztlichen Vereinigungen des Landes oder beispielsweise Berufsverbände stärken ein Netzwerk, fördern seine Akzeptanz von innen und außen und können dabei helfen, bürokratische und administrative Hürden zu bewältigen.
- Optimal auf Zusammenarbeit ausgerichtete räumliche und technologische Infrastrukturen unterstützen eine effiziente Netzwerkarbeit und Kommunikation zwischen den Leistungserbringern.