

**Gesundheit gemeinsam verantworten.**



## Zur Position der Praxisnetze in Deutschland

EMPFOHLEN DURCH DIE AGENTUR DEUTSCHER ARZTNETZE E.V.



HERAUSGEBER

Praxisnetz Herzogtum Lauenburg e. V.  
<http://pnhl.de/>

Praxisnetz Herzogtum Lauenburg Management GmbH

Ärztenetz Lippe GmbH  
<http://aerztenetz-lippe.de/>

AUTORIN

Claudia Schrewe

Aus Gründen der Vereinfachung wird im folgenden Text die männliche Form verwendet. Die jeweiligen Begriffe gelten jedoch in der männlichen und weiblichen Form entsprechend.

# Inhalt

<b>1</b>	<b>Kurz gefasst</b>	<b>1</b>
<b>2</b>	<b>Praxisnetze. Was ist das eigentlich?</b>	<b>1</b>
<b>3</b>	<b>Intention dieses Papiers</b>	<b>1</b>
<b>4</b>	<b>Auf dem Weg in die Versorgung von morgen</b>	<b>2</b>
4.1	Die Leitphilosophie: Patientenzentriert arbeiten	2
4.2	Gegenwartsaufgabe: Die Organisationsentwicklung in den Praxisnetzen fortführen	3
4.3	Zukunft 1.0: Regionen für Fachkräfte attraktiv gestalten	4
4.4	Zukunft 2.0: Menschen regional zusammenbringen	4
4.5	Zukunft 3.0 : Gemeinsam Verantwortung für Qualität entwickeln	5
<b>5</b>	<b>Wegweiser für die Versorgung von morgen</b>	<b>5</b>
5.1	Neue Handlungsspielräume schaffen innovative Lösungen!	5
5.2	Die Koordination der Versorgung muss honoriert werden!	6
<b>A</b>	<b>Hintergrundinformationen</b>	<b>7</b>
A.1	Zur Zahl der Netze	7
A.2	Zur Historie der Netze	7
A.3	Zur Zertifizierung und Förderung von Praxisnetzen	7
A.4	Zum Stand der Förderung in den Regionen	8

## 1 Kurz gefasst

Das originäre Thema der Praxisnetze ist der ärztliche Konsens über Diagnostik und Therapie von Erkrankungen. Besonderes Augenmerk gilt seit jeher der Versorgung älterer Menschen und dem Erhalt ihrer Selbstständigkeit im häuslichen Umfeld. Aber auch die „gesunde“ Bevölkerung und die Förderung ihres Gesundheitsbewusstseins gehören explizit zu ihrem Aktionsradius.

*Die Arbeit von Praxisnetzen dient der Qualität der ambulanten ärztlichen Versorgung. Aber Praxisnetze wollen mehr. Ihre Vision ist eine regional koordinierte Gesundheitsversorgung.*

Praxisnetze leitet dabei das Verständnis von Gesundheit als Teamleistung. Sie wollen zukünftig als Koordinatoren und Moderatoren in der regionalen Gesundheits- und Daseinsvorsorge agieren und medizinische und soziale Angebote und Hilfestellungen im Sinne der Patienten zusammenführen.

Die demografische Entwicklung setzt jedoch schon heute neue Maßstäbe. Sie sind ebenso einfach zusammenzufassen wie die Konsequenzen, die aus ihr resultieren: Immer weniger Fachkräfte müssen immer ältere und betreuungsintensivere Patienten versorgen können.

Dafür braucht es regional maßgeschneiderte Konzepte.

Im Schulterschluss mit den Kassenärztlichen Vereinigungen und den Kommunen muss ein professionelles Management zukünftig die nötige Versorgungssicherheit in der Region erzielen. Die Profession der Praxisnetze besteht aus der Synergie von Medizin und Ökonomie in der Führungsspitze. Ihre Kernkompetenz ist bodenständiges Wissen über Versorgung mit direktem Einfluss auf alle Versorgungsbelange der Patienten.

Mit dem Auftrag, fachliche Arbeitskraft effizient einzusetzen, erproben sie moderne Technologien und sinnvolle Konzepte zur Arbeitsentlastung und bringen sie gezielt und flächendeckend zum Einsatz.

*Um ihre volle Leistungsfähigkeit zu entwickeln benötigen Praxisnetze jedoch ein stabiles Finanzierungskonzept und eine Erweiterung ihrer Handlungsspielräume.*

## 2 Praxisnetze. Was ist das eigentlich?

Unter dem Begriff des Arzt-, Ärzte- oder Praxisnetzes versteht man kooperative Organisationsformen von niedergelassenen Ärzten unter Wahrung ihrer Selbstständigkeit. Sie kommen in jeglicher Rechtsform daher, die gängigsten Rechtsformen sind neben der GbR, der Verein, die GmbH und GmbH & Co. KG oder die Genossenschaft.

Ziel solcher Kooperationen ist, die Qualität sowie die Effizienz und Effektivität der vertragsärztlichen Versorgung und damit ihre Position im Rahmen einer intensivierten fachlichen Zusammenarbeit zu steigern. Nicht weniger bedeutend ist der Wille, zukunftsfähige Modelle unter Einbeziehung anderer Professionen und Sektoren zu entwickeln. Der Antrieb der Ärzte ist meist idealistischer Natur. Sie fördern neben der Zusammenarbeit die Kommunikation und engagieren sich für die Fortbildung ihrer Netzärzte. Häufig ist ein einheitliches Qualitätsmanagement umgesetzt.

Die Mitglieder können jenseits der niedergelassenen Ärzte auch angestellte Ärzte, MVZs oder Krankenhäuser sein, dies regelt die jeweilige Satzung oder Geschäftsordnung.

Diese Kooperationen haben unterschiedliche Intensität; beginnend mit losen Zusammenschlüssen, über dauerhafte Qualitätszirkel bis hin zu Praxisnetzen, die Vertragspartner der Krankenkassen sind. Dabei kann das Praxisnetz insgesamt für die zwischen dem Netz und den Krankenkassen vereinbarten Leistungen honoriert werden; das Praxisnetz verteilt die Honorare dann innerhalb des Netzes. Die Einnahmen aus diesen zusätzlichen Verträgen, den sogenannten Selektivverträgen, spielen für die Netze zurzeit bei ihrer Kostendeckung eine wesentliche aber unzuverlässige Rolle.

## 3 Intention dieses Papiers

Aus dem Sachverständigen Gutachten 2009<sup>1</sup>:

*„Der Gesundheitsversorgung stellt sich die in integrativer Hinsicht anspruchsvolle Aufgabe, hausärztliche und fachärztliche, ambulante und stationäre sowie pflegerische Behandlungsleistungen im Rahmen einer interdisziplinären Kooperation mit Präventionsmaßnahmen, der Rehabilitation, der Arzneimitteltherapie sowie mit Leistungen von sozialen Einrichtungen und Patientenorganisationen ziel- und funktionsgerecht zu verzahnen.“*

1 <http://www.svr-gesundheit.de/index.php?id=19>

Auf eine einfache Formel gebracht:

*Die Koordination der Versorgung rückt in den Fokus.*

Doch dort agieren alle Systembeteiligten nach jahrelang geltendem Gewohnheitsrecht in ihren Berufsroutinen. Niemand fühlt sich dazu berufen, die bestehenden Reibungsverluste zwischen den Beteiligten in der Versorgung von Patienten aufzugreifen und zu verändern. Medizin und Soziales findet parallel aber zusammenhangslos statt. Auch das Zepter der Zukunftsgestaltung nimmt niemand in die Hand. Das deutsche Gesundheitssystem leidet unter einer „organisierten Verantwortungslosigkeit.“<sup>2</sup>

In Sachen ärztlicher Nachwuchs sollen es finanzielle Anreize zur Niederlassung in ländlichen Regionen in Zukunft richten und das Versorgungstärkungsgesetz gibt mit den Kommunen einen weiteren Akteur, allerdings mit wenig Expertise in Sachen Medizin, ins System.

Gelebte Patientenorientierung 2016.

Es ist Intention dieses Papiers deutlich zu machen, welche Bedeutung und welches Potential ärztliche Verbände haben und welcher Nutzen in ihnen liegt.

*Patienten brauchen eine Koordination ihrer Versorgung, die Praxisnetze leisten können und wollen. Sie nehmen die Patientenperspektive ein und führen bisher unkoordinierte Versorgungselemente zusammen.*

## 4 Auf dem Weg in die Versorgung von morgen

Der Sachverständigenrat 2009<sup>3</sup> dazu:

*„Die Organisationsentwicklung im Bereich der ambulanten, primär medizinischen Leistungserbringer ist vor allem aus zwei Gründen wichtig: Erstens um die bisher hauptsächlich durch kleine Praxen charakterisierten Leistungserbringer (Hausärzte) in die Lage zu versetzen, dem zukünftigen Leistungsbedarf gerecht zu werden und zweitens um sie*

*– vor allem im Hinblick auf die Option verstärkter sektorübergreifender Strukturen – in die Lage zu versetzen, als Praxisteam, aber auch in größeren Strukturen (Anbiernetzen etc.) hinreichende Managementkompetenzen auszubilden, um auf die von derartigen Strukturen ausgehenden Steuerungsimpulse produktiv reagieren zu können. Bis heute sind in den meisten Netzen bzw. integrierten Versorgungsformen das Netzmanagement und die Anpassung der Praxisabläufe entscheidende Engstellen.*

*... die einzelnen Elemente der Versorgung bzw. Leistungserbringung müssen nach Möglichkeit an integrierten bzw. über verschiedene Versorgungsstufen hinweg koordinierten Konzepten der Versorgung der gesundheitlichen Bedürfnisse der Patienten ausgerichtet werden.“*

Aber wann ist Netzwerkmanagement professionell? Und wie verhindert man die Engstellen?

Es gilt, zunächst Strukturen aufzubauen. Das Praxisnetz wird zu einem leistungsstarken Kern ausgebildet, um dann energisch ein regionales Netzwerk von Versorgungsangeboten zusammenzuführen. Die Befriedigung der gesundheitlichen Bedürfnisse und das Patientenerleben sind die Erfolgsindikatoren für Praxisnetze.

### 4.1 Die Leitphilosophie: Patientenzentriert arbeiten

**Patientenzentriert arbeiten. Was heißt das eigentlich?**

Die Versorgungsrealität trägt ein Konfliktpotenzial in sich.

Es besteht aus der Forderung nach mehr Patientenorientierung einerseits und den Leitbildern, Verhaltensmustern und Organisationsabläufen bei Institutionen und Professionen des Gesundheitswesens andererseits.

Aber: Darin liegt auch eine Chance.

Denn die Sicht der Patienten ist eine Sicht auf Behandlungs- und Betreuungsbruchstücke und damit eine wertvolle Quelle für mehr Koordination und Integration in der Versorgung vor Ort. Patienten und ihre Angehörigen nehmen Systemschwächen als Barrieren wahr, wenn sie z.B. lange auf Termine warten müssen, verordnete Behandlungen nicht sofort, sondern erst nach einem langwierigen Genehmigungsverfahren der Krankenkasse beginnen können oder wenn der Facharzt mit Hinweis auf das ausgeschöpfte Budget die benötigte Verordnung für das laufende Quartal ablehnt. Das sind nur einige Bei-

<sup>2</sup> [http://www.aerztezeitung.de/politik\\_gesellschaft/berufspolitik/default.aspx?sid=904680&cm\\_mmc=Newsletter\\_-Newsletter-C\\_-20160211\\_-\\_Berufspolitik](http://www.aerztezeitung.de/politik_gesellschaft/berufspolitik/default.aspx?sid=904680&cm_mmc=Newsletter_-Newsletter-C_-20160211_-_Berufspolitik)

<sup>3</sup> <http://www.svr-gesundheit.de/?id=211>

spiele von bekannten Versorgungshemmnissen, die bei Betroffenen das starke Empfinden von Ungerechtigkeit erzeugen.

Sie sind die Ursache dafür, dass der rechtzeitige Beginn einer notwendigen Therapie unterbleibt und auch negative Folgen für die Gesundheit der Betroffenen nicht auszuschließen sind.

Folgende Strategien müssen verfolgt werden:

#### 1 Verständliche Information für Patienten

Patienten und Angehörige erhalten ausreichende Kenntnisse und Orientierung zum gesamten Behandlungsprozess, so dass sie sich ein Bild machen können.

#### 2 Einbezug der Patienten in die Entscheidungsfindung

Patienten geben nicht nur ihre Zustimmung zu einer Behandlungsempfehlung, sondern kennen Behandlungsalternativen und/oder es wird ihnen von den Behandelnden eine Zweitmeinung empfohlen.

#### 3 Koordination und Kontinuität der Behandlung und Betreuung

Die betreuenden Fachpersonen bewerten Untersuchungsbefunde einheitlich und ziehen daraus übereinstimmende Schlüsse zu Diagnose, Behandlung und Prognose.

#### 4 Kommunikation zwischen den Leistungserbringenden

Die betreuenden Fachpersonen kennen die Rollen und Funktionen der jeweils anderen, gewährleisten gemeinsam eine optimale Betreuung und respektieren insbesondere direkte und koordinierende Ansprechpersonen der Patienten und ihrer Angehörigen.<sup>4</sup>

### 4.2 Gegenwartsaufgabe: Die Organisationsentwicklung in den Praxisnetzen fortführen

#### Was macht ein „professionelles“ Netz aus?

Die hochentwickelten Praxisnetze Deutschlands, meist an ihrer Zertifizierung nach §87b SGB V erkennbar, haben ihren Professionalisierungsprozess weitgehend abgeschlossen. Er ist dennoch als kontinuierlicher Verbesserungsprozess zu sehen. Außerdem erfordern immerwährende Veränderungen der Begleitumstände permanente Anpassungen an die neuen Erfordernisse.

<sup>4</sup> [http://fmc.ch/uploads/tx\\_news/150319\\_Int\\_Versorgung-Soins\\_integres\\_DT\\_FR.pdf](http://fmc.ch/uploads/tx_news/150319_Int_Versorgung-Soins_integres_DT_FR.pdf)

## Die Arbeitsfelder im Überblick

### 1 Menschen begeistern mit

- 1 eigenem Enthusiasmus
- 2 Zuwendung, Sicherheit und Orientierung für Patienten
- 3 überzeugenden Argumenten für Ärzte und Praxismitarbeiterinnen
- 4 faszinierenden Strategien für Kooperationspartner
- 5 erkennbarem Nutzen für Vertragspartner
- 6 professioneller Außendarstellung (Homepage, Pressearbeit, Imagebroschüre, Netzleistungskatalog)

### 2 Netzidentität schaffen

- 1 Vision und Mission entwickeln
- 2 Aufgaben und Ziele des Netzes konsentieren
- 3 Ziele in Aufgaben operationalisieren und umsetzen
- 4 Nutzen und Erfolge darlegen
- 5 Emotionale Verbundenheit schaffen
- 6 Wertschätzung der Netzarbeit aufbauen

### 3 Strukturgrundlagen für Aktivität im Netz schaffen

- 1 Führung besetzen
- 2 Gremien, Arbeitsgruppen, Qualitätszirkel im Praxisnetz etablieren
- 3 Geschäftsstelle aufbauen

### 4 Informationstransfer im Netz systematisch aufbauen und betreiben

- 1 Persönliche Kontakte aufbauen
- 2 Bilateralen Informationsfluss Netzleitung/Netzärzte ausprägen
- 3 Austausch zwischen den Praxen fördern
- 4 Medizinische Fachangestellte einbinden
- 5 Übermittlung von Befunden zwischen den Praxen gewährleisten

### 5 Interne Organisationsprozesse verändern

- 1 Prozesse in den Praxen zusammenführen
- 2 Entwicklung zentraler Dienste (EDV, Haustechnik, Buchhaltung, Hygiene etc.)
- 3 Kurze Wege für Patienten ermöglichen
- 4 Entlastung der Praxen schaffen (Übernahme von Aufgaben durch das Netz wie delegierte Hausbesuche, DMP- und Patientenschulungen etc.)

### 6 Qualität fördern

- 1 Fort- und Weiterbildung vor Ort organisieren
- 2 Qualitätsmanagement netzübergreifend umsetzen
- 3 Standardentwicklung betreiben (z. B. Anwendung von Antibiotika, Therapie der Depression, Indikation zur Operation)

### 7 Versorgungsthemen regional fokussieren (Palliativmedizin, Geriatrie, Delegationskonzepte etc.)

### 8 Versorgungsmanagement umsetzen

- 1 Schwerpunktthemen wählen
- 2 Aufgaben teilen
- 3 Kontinuität von Terminen & Treffen erzielen
- 4 Bearbeitung überwachen und berichten
- 5 Prozessneuerungen einführen
- 6 Zusammenarbeit koordinieren
- 7 Effizient mit der Ressource „Arzt“ umgehen, Reibungsverluste beseitigen
- 8 Kooperationen aufbauen
- 9 Zusammenarbeit mit anderen Berufsgruppen initiieren

### 9 Qualität darlegen

- 1 Qualitätsindikatoren festlegen
- 2 Qualitätsziele festlegen
- 3 Deren Einhaltung überprüfen

Praxisnetze sind Gesundheitsdienstleister. In der ersten Stufe ihrer Professionalisierung befassen sie sich grundlegend mit der Entwicklung ihrer eigenen Organisation. Ihre Dienstleistungen „professionalisieren“ im Innenverhältnis.

### 4.3 Zukunft 1.0: Regionen für Fachkräfte attraktiv gestalten

Immer häufiger spielen im Wettbewerb der Regionen um Fachkräfte die „weichen Standortfaktoren“ eine Rolle.<sup>5</sup>

Fachkräfte- Kampagnen müssen den „Wohlfühl-Faktor“ in einer Region betonen.

Für ein geeignetes Regionsimage muss die regionale Identität beschrieben, bewusst gemacht und gelebt werden. Am nachhaltigsten gelingt diese Markenausprägung durch Zusammenarbeit verschiedener Akteure in den Regionen.

Ein regionales Netzwerk in einer attraktiven Region muss sich auf konkrete Anreize für junge Ärztinnen und Ärzte fokussieren. Worüber denkt ein Arzt nach, der sich niederlassen möchte? Zu allererst nicht über den Praxisumsatz! Medizinstudium und Facharzt Ausbildung dauern üblicherweise rund zwölf Jahre. In dieser Zeit werden Ehen gestiftet, Kinder geboren, Lebenspartner etablieren sich in ihrem Beruf. Deshalb sind Fragen wie Kinderbetreuung, Vereinbarkeit von Beruf und Familie, übrigens auch für Männer, oder die Jobchancen für den Partner wichtige Argumente bei der Wahl eines Praxisstandorts. Auch die Nähe zur eigenen Uniklinik, die Lebensqualität und das kulturelle Angebot einer Region sind Gründe dafür, dass sich Ärzte ungleich über das Land verteilen.

*„Wir müssen Strukturen schaffen, die die Versorgung in ländlichen Regionen stützen. Beispiele hierfür könnten zeitweise interdisziplinär besetzte Gemeinschaftspraxen sein, Krankenhäuser, die ambulante Behandlungen anbieten, oder Praxen, in denen Krankenschwestern mit Zusatzqualifikationen bestimmte Patienten mitversorgen.“<sup>6</sup>*

*Praxisnetze arbeiten gemeinsam mit Kommunen an attraktiven Arbeitsbedingungen für junge Ärzte.*

### 4.4 Zukunft 2.0: Menschen regional zusammenbringen

*„Schnittstellen existieren nicht nur zwischen ambulanter und stationärer Versorgung, sondern auch innerhalb des ambulanten Sektors. Hausärztliche, fach- und spezialfachärztliche Versorgung, Pflege, Rehabilitation, psychosoziale und palliative Versorgung sowie Heilmittel werden jeweils von getrennten Einrichtungen erbracht und sind meist in unterschiedliche Sozialgesetzgebungen geregelt. Vor allem die Sterbefälle aufgrund von chronischen Erkrankungen weisen einen engen Zusammenhang mit dem sozio-ökonomischen Status auf.*

*Um diese ggf. zu senken, sind nicht nur Verbesserungen der medizinischen Versorgung, sondern auch Lebensstil- und Lebensumweltveränderungen notwendig. Diese sind eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe, die von vielen Akteuren in der Region gemeinsam angegangen werden muss.“<sup>7</sup>*

Praxisnetze gehen neben der eigenen Professionalisierung verstärkt auf andere Akteure der Gesundheitsversorgung zu.

*Die ambulante ärztliche Versorgung bildet den Kern der Versorgung von Erkrankungen. Ziel von Praxisnetzen ist es, um diesen Kern herum, die weitere Versorgung auszuprägen. Eine gute Unterstützung leistet hier die präzise Analyse von Schwachstellen und Engpässen in der Versorgung bzw. an deren Schnittstellen aus Sicht der Patienten.*

Im Rahmen von Expertenkonferenzen muss Fachwissen aus Medizin, Pflege, Arzneimittel, Therapie, Schulung sowie Selbsthilfe und Soziales in einer regionalen Versorgungslandschaft z.B. zur Behandlung von alten Menschen zusammengeführt werden. Besonders zukunftsweisend erscheinen den Autoren hierbei die systematische Integration und die Förderung des Ehrenamtes.

Die Leitgedanken bei der Bearbeitung der Konzepte sollten sein

- ✓ einfach umsetzbar
- ✓ leicht praktikabel
- ✓ regional passend

<sup>5</sup> <http://www.esv.info/download/katalog/inhvzch/9783503116065.pdf>

<sup>6</sup> <http://www.zeit.de/feature/gesundheit-arzt-privat-versicherung-praxis>

<sup>7</sup> <http://www.svr-gesundheit.de/index.php?id=423>

#### 4.5 Zukunft 3.0: Gemeinsam Verantwortung für Qualität entwickeln

Wo stehen wir in Fragen der Versorgungsqualität? Orientierend dazu der Sachverständigenrat bzw. sein Gutachten aus 2012<sup>8</sup>:

*„Der Rat empfiehlt eine Fokussierung auf populationsorientierte und sektorenübergreifende Qualitätsindikatoren. Insgesamt bedarf das Gesundheitssystem einer stärkeren Fokussierung auf patientenrelevante Ergebnisse. Für den Patienten ist es nicht wichtig, wie oft sein Hausarzt seinen Blutdruck misst, sondern ob er letztendlich einen Schlaganfall oder Herzinfarkt erleidet.“*

*Gemeinsame Verantwortung für Gesundheitsergebnisse setzt eine gemeinsame Organisationsstruktur voraus. Eine stärkere Kooperation und Koordination in Arztnetzen könnte die Grundlage für eine gemeinsame Qualitätsverantwortung bilden, die dann mit populationsbezogenen Indikatoren gemessen werden kann.“*

Doch Schnittstellen bestehen fort. Dort soll die sektorenübergreifende Qualitätssicherung helfen. Mit ihr ist der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) beauftragt, Konkretes erarbeitet das AQUA-Institut in dessen Auftrag.

Die sektorenübergreifende Qualitätssicherung ist ein recht junger Ansatz, der sich als weit komplexer herausgestellt hat, als vor ein paar Jahren angenommen. Sie ist zum großen Teil noch Zukunftsmusik.<sup>9</sup>

Schrappe nimmt in seinem Gutachten<sup>10</sup> Qualität 2030 zu den zentralen Instrumenten der Qualitätsverbesserung Stellung und fordert einen umfassenden Paradigmenwechsel im deutschen Gesundheitswesen. Die Entwicklung solle jetzt zügig und vorrangig eine regionale und Populations-Perspektive einnehmen, die die Prävention und gesundheitliche Versorgung von Populationen (z.B. durch sog. Area-Indikatoren) in den Vordergrund stellt.

Der Arbeitsauftrag lautet, die Kommunikation an den Schnittstellen der Versorgung zu strukturieren, Versorgungsbrüche zu überwinden und übergeordnete Versorgungsziele durch Prävention und Vorsorge umzusetzen. Schrappes Forderung nach Area-Indikatoren

ließe sich in diesem Szenario bestens etablieren. So sind die Senkung von Antibiotikaresistenzen und MRSA Infektionen genauso, wie das Erreichen von Impfquoten Versorgungsziele der Zukunft, die kleinräumiger Steuerung bedürfen.

Public Health im besten Sinne. Die systemische Sichtweise und der umfassende Anspruch erfordern hierbei die interdisziplinäre Arbeitsweise, die Praxisnetzen zu eigen ist.

## 5 Wegweiser für die Versorgung von morgen

### 5.1 Neue Handlungsspielräume schaffen innovative Lösungen!

Praxisnetze sind in § 95 SGB V weder zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung noch als Betreiber eines Medizinischen Versorgungszentrums zugelassen. Damit sind sie trotz ihrer ambulanten Managementkompetenz vom unmittelbaren Einfluss auf Versorgungsstrukturen ausgeschlossen.

Dieser Sachverhalt ist in der Vergangenheit häufig mit der Forderung nach dem „Leistungserbringerstatus“ zwar in die Diskussion eingebracht worden, die Ziele sind dabei aber nicht deutlich geworden.

Sehen sich also weder Ärzte, Krankenhäuser noch Kommunen zum Erhalt der ambulanten Versorgung in einer Region berufen, müssen Praxisnetze ohnmächtig dabei zusehen, wie insbesondere Hausarztstühle nicht nachbesetzt werden können. Allzu oft scheitern Verhandlungen zwischen Abgeber und Nachfolger an mangelnder Moderation. Potentiale gehen der Region verloren. Die Arbeitslast in den verbleibenden Praxen steigt unaufhörlich.

*Die Gleichstellung der Praxisnetze mit Krankenhäusern und Kommunen bei der Gründung von MVZ ist ein Treiber und Träger für neue Konzepte.*

Die Netze wollen dabei gemeinsam mit den Kommunen Verantwortung übernehmen. Dazu müssen alle Ansatzpunkte zu einer Verbesserung genutzt werden.

- 1 Medizinstudentinnen heranzuführen
- 2 den Hausarztberuf aufzuwerten
- 3 die Bedingungen attraktiver zu gestalten

8 <http://www.svr-gesundheit.de/index.php?id=424>

9 <http://www.vfa-patientenportal.de/patienten-und-versorgung/qualitaet-sichern/wie-verfahren-versuchen-die-qualitaet-zu-messen.html>

10 [http://www.gesundheitsstadt-berlin.de/fileadmin/user\\_upload/Downloads/Schrappe\\_Qualitaet\\_2030\\_165x240\\_Download.pdf](http://www.gesundheitsstadt-berlin.de/fileadmin/user_upload/Downloads/Schrappe_Qualitaet_2030_165x240_Download.pdf)

- 4 die Belastungen reduzieren
- 5 und Entlastungsmöglichkeiten durch andere Berufsgruppen eröffnen.<sup>11</sup>

## 5.2 Die Koordination der Versorgung muss honoriert werden!

Warum haben sich Praxisnetze auch nach fast 20 Jahren als Struktur immer noch nicht fest etabliert? Die Antwort ist einfach:

Weil Professionalität und vernetztes Arbeiten in Praxisnetzen bis heute der verlässlichen Finanzierung entbehrt!

*Bisheriges Ehrenamt und die unzuverlässige Finanzierungsmodelle über Selektivverträge müssen durch eine solide Grundlage für Praxisnetzarbeit ersetzt werden.*

Selektivverträge werden unter dem Druck des Wettbewerbes unter den Krankenkassen nie die notwendigen Volumina erreichen.

Der Ansatz aus dem Palliativgesetz ist wegweisend.

Die Koordination und die Strukturierung der Versorgungsabläufe sowie eine aktive Kooperation mit weiteren beteiligten Leistungserbringern werden hier geregelt. Damit wird erstmals auch die gezielte Vergütung von koordinierten ärztlichen Leistungen auf eine gesetzliche Grundlage gestellt.

*Die Honorierung von koordinierten ärztlichen Leistungen muss generell in den Honorarverteilungsverträgen der Kassenärztlichen Vereinigungen verbindlich aufgenommen und mit zusätzlichen Mitteln der Krankenkassen finanziert werden.*

<sup>11</sup> [https://www.gmkonline.de/\\_beschluesse/Protokoll\\_81-GMK\\_Top0501\\_Anlage\\_AOLG-Bericht.pdf](https://www.gmkonline.de/_beschluesse/Protokoll_81-GMK_Top0501_Anlage_AOLG-Bericht.pdf)

## A Hintergrundinformationen

### A.1 Zur Zahl der Netze

Nach einer Erhebung der Unternehmensberatung EPC Healthcare in 2011 gibt es bundesweit mehr als 900 Ärztenetze, 2009 hatte EPC etwa 600 Netze gezählt. Nach ihren Angaben haben sich circa 50 000 der 140 000 ambulant tätigen Ärztinnen und Ärzte inzwischen vernetzt.

2014 werden von der Agentur Deutscher Arztnetze e.V. (AdA) hingegen 438 Ärztenetze ausgewiesen, diese Zahl scheint realistischer. Hier stellt sich die Aufgabe, in Zukunft über ein Bundesregister zu verfügen, welches Aspekte der Strukturqualität von Netzen mit erfasst.

### A.2 Zur Historie der Netze

Es lassen sich vier Generationen Netzbewegung identifizieren.

**I. Generation** (ca. 1995 – 2003) – Modellvorhaben – mangelnde Zielorientierung – kein Netzmanagement

**II. Generation** (ca. 2004 – 2008) – Integrierte Versorgung (IV) – Budgetübernahme – Qualitätsmanagement – Controlling – höhere Regelverbindlichkeit – Stand der Arztnetze variiert

**III. Generation** (ab 2009) – regionale Vollversorger – umfassende Patientenorientierung – Pay for Performance/Erfolgsorientierte Vergütung – Integrierte IuK/PVS-Systeme – elektronische Patientenakten

**IV. Generation** (ab 2012): Mit GKV-Versorgungsstrukturgesetz (VStG) und dem darauf folgenden GKV-Versorgungsstärkungsgesetz (VSG) wird eine Professionalisierung und die Förderung der Ärztenetze vom Gesetzgeber in die Hände der Kassenärztlichen Bundesvereinigung bzw. der Kassenärztlichen Vereinigungen gelegt, zunächst als KANN dann im VSG als MUSS Regelung.

Führte zu Beginn der Bewegung die Sorge über die Auflösung der Kassenärztlichen Vereinigungen zur Gründung von Alternativorganisationen ist heute der Tenor auf beiden Seiten ein anderer.

Insbesondere das gemeinsame Ansinnen, zukünftig hinreichend Ärzte in den Regionen zur Verfügung zu haben,

führte Praxisnetze und Kassenärztlichen Vereinigungen zusammen.

Aber auch medizinisch inhaltliche Themen wie die Versorgung von Sterbenden sind in der Vergangenheit in den Regionen in gemeinsamer Regie angegangen worden. Heute agieren Kassenärztlichen Vereinigungen und Praxisnetze gemeinsam, nicht zuletzt wegen der Zertifizierung und Förderung von Praxisnetzen.

### A.3 Zur Zertifizierung und Förderung von Praxisnetzen

Der Gesetzgeber hat es der Kassenärztliche Bundesvereinigung ins Auftragsbuch geschrieben. Am 1. Mai 2013 hat die Kassenärztliche Bundesvereinigung einen mehrstufigen Kriterienkatalog aufgestellt, der seither in den Landes-KVen in dieser Form oder modifiziert übernommen werden kann, um förderungswürdige Netze (so genannte Netze der Basisstufe, sowie der Stufen I und II) zu identifizieren und fördern zu können – so will es der § 87 b SGB V. Seit dem Versorgungsstärkungsgesetz ist eine Anerkennung von Netzen durch Landes-KVen verbindlich vorzusehen, bisher aber noch nicht flächendeckend realisiert. Noch weniger KVen haben Regelungen zur organisatorischen oder finanziellen Förderung anerkannter Praxisnetze getroffen. Vorbildlich und innovativ agieren diesbezüglich hingegen die KV in Westfalen-Lippe und die des Landes Schleswig-Holstein.

An Praxisnetze werden besondere Anforderungen gestellt, wenn sie nach §87b SGB V als förderungswürdig anerkannt werden wollen. Sie müssen bestimmte Strukturvorgaben erfüllen. Andere Parameter betreffen die Qualität der Versorgung sowie inhaltliche Ziele. Bei alledem geht es um die Frage, welchen Beitrag ein Netz zur Verbesserung der medizinischen Versorgung leistet.

#### GRÖSSE

Praxisnetze dürfen nicht zu groß sein, da sie eine regionale Versorgungsstruktur darstellen und engen fachlichen Austauschermöglichkeiten sollen. Die Rahmenvorgabe sieht deshalb grundsätzlich mindestens 20 und höchstens 100 vertragsärztliche und psychotherapeutische Praxen für ein Netz vor.

#### ZUSAMMENSETZUNG

Um als Praxisnetz einen fachübergreifenden, interdisziplinären Zusammenschluss von Ärzten zu bilden,

müssen mindestens drei Fachgruppen in einem Praxisnetz vertreten sein – darunter auf jeden Fall Hausärzte.

### VERSORGUNGSGEBIET

Um die wohnortnahe Versorgung gemeinsam koordinieren und abstimmen zu können, befinden sich die Netzpraxen in einem zusammenhängenden Gebiet.

### RECHTSFORM

Die Praxen schließen sich für ein Praxisnetz in Form einer Personengesellschaft, einer eingetragenen Genossenschaft, eines eingetragenen Vereins oder einer Gesellschaft mit beschränkter Haftung zusammen. Zu beachten ist, dass diese Voraussetzungen bei der Antragstellung bereits seit drei Jahren bestehen müssen.

### KOOPERATIONEN

Da für eine umfassende wohnortnahe Versorgung die Einbeziehung anderer Gesundheitsberufe wie Logopäden und Physiotherapeuten oder auch der Krankenhäuser erforderlich ist, müssen förderungswürdige Praxisnetze zumindest eine verbindliche Kooperationsvereinbarung für die Antragstellung nachweisen.

### GEMEINSAME STANDARDS

Für die in Praxisnetzen intensivierete fachliche Zusammenarbeit sind Standards festzulegen. Diese betreffen das Qualitätsmanagement, die Beteiligung an vereinbarten Maßnahmen zum Wissens- und Informationsmanagement sowie zur Unabhängigkeit gegenüber Dritten (z. B. Pharmaunternehmen).

### MANAGEMENT

Praxisnetze entstehen häufig durch das ehrenamtliche Engagement der Gründer. Ab einer gewissen Größe wird allerdings ein professionelles Netzmanagement erforderlich – vor allem für den umfangreichen Aufbau von tragfähigen Prozessen. Um anerkannt zu werden, muss das Netz deshalb über eine Geschäftsstelle, einen Geschäftsführer und ärztlichen Leiter/Koordinator verfügen.

### VERSORGUNGSZIELE

Eine effiziente, auf die Bedürfnisse der Patienten ausgerichtete Versorgung ist ein Merkmal, das Netze auszeichnet. Was Praxisnetze unternehmen, um dieses Ziel zu erreichen, müssen sie für die Anerkennung durch eine KV darlegen. Konkret geht es um diese drei Versorgungsziele:

#### 1. Patientenzentrierung

Von der Terminvergabe über die Arzneimitteltherapiesicherheit bis zum Überleitungsmanagement bei einer

Krankenhausbehandlung – all das steckt hinter dem Begriff Patientenzentrierung. Es geht darum, die medizinische Versorgung, aber auch die Abläufe und Strukturen in den Praxen stärker auf die Bedürfnisse der Patienten auszurichten.

#### 2. Kooperative Berufsausübung

Von der Zusammenarbeit im Praxisnetz profitieren Patienten erheblich. Diese zu perfektionieren und ständig weiterzuentwickeln, ist deshalb ein Ziel, an dem Netze gemessen werden.

#### 3. Verbesserte Effizienz und Prozessoptimierung

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

### A.4 Zum Stand der Förderung in den Regionen

1. Die KV **Berlin** hat eine Richtlinie, anerkanntes Praxisnetz in Berlin ist das PIBB – Psychiatrie-Initiative Berlin-Brandenburg, Förderung gibt es keine.
2. KV **Brandenburg**: Im Dezember 2015 verabschiedet die Vertreterversammlung die Richtlinie zur Anerkennung von Arztnetzen. Erfüllt ein Praxisnetz die Voraussetzungen, kann es von der KVBB anerkannt werden. Für die anerkannten Netze gibt es zudem einen Zuschlag zum eArztbrief in Höhe von 10 Cent – je 5 Cent für Sender und Empfänger, falls diese in anerkannten Praxisnetzen tätig sind. Dieser Zuschlag wird über die förderungswürdigen Leistungen im Honorarverteilungsmaßstab finanziert.
3. In **Schleswig Holstein** hat bisher die KVSH neun Praxisnetze aus Eutin-Malente, Herzogtum Lauenburg, Pinneberg, Wedel, Neumünster, Rendsburg, Kiel, Meldorf, Plön und Lübeck anerkannt. Je 100.000 € werden jährlich für die Kosten der Geschäftsführung zur Verfügung gestellt.
4. Die KV **Hamburg** hat seit 27.03.2014 eine Richtlinie zur Anerkennung und Förderung von Praxisnetzen, eine finanzielle oder ideelle Förderung gibt es nicht.
5. KV **Bremen** hat eine Richtlinie seit Ende Oktober 2015. Von einer Förderung ist darin nicht die Rede.

6. In **Niedersachsen** wird Geld auch dafür eingesetzt, die Anerkennungskriterien der KBV für ein Praxisnetz erfüllen zu lernen. Die KV Niedersachsen fördert daher die Praxisnetze im Leinetal und im Ammerland mit insgesamt 88.000 €. Mit Lingen wurde Ende Januar 2016 das erste Netz Niedersachsens zertifiziert.
7. In **Mecklenburg-Vorpommern** Fehlanzeige in Sachen Netzakkreditierung.
8. In **Westfalen-Lippe** sind Netze aus Bochum, Borken, Bünde (Stufe 1), Gelsenkirchen, Lippe, Münster, Marl, Paderborn, Recklinghausen, Rheine, Siegen (Stufe 1), Steinfurt, Unna, Warendorf und Witten (Stufe 1) zertifiziert. Sie erhielten in 2015 je 100.000 € zuzüglich Förderungen von innovativen Projekten. Es stehen gesamt 5 Mio € zur Verfügung, die die Krankenkassen eigens für diesen Zweck zusätzlich zur Verfügung stellten.
9. In **Nordrhein** trat die Richtlinien zur Anerkennung und Förderung von Praxisnetzen erst ab dem 1. Januar 2016 in Kraft. Für die Förderung von Praxisnetzen im Bezirk der KV Nordrhein steht aktuell ein Maximalbetrag von insgesamt 600.000 € zur Verfügung. Die Höhe der Förderung für anerkannte Netze beträgt je nach Erfüllen der Voraussetzungen der jeweiligen Stufe für die Basis-Stufe 40 000 €, einmalig pro Netz. Stufe I: 10 000 €/ einmalig pro Netz. Stufe II: 10 000 €/ einmalig pro Netz.
10. In **Sachsen** fördert die KV nun das „Leipziger Gesundheitsnetz“ einmalig 20 % der nachgewiesenen und für förderwürdig befundenen Aufwendungen des Netzes seit seiner Gründung im Jahr 2009. Es stehen Mittel zur Projektförderung von insgesamt 500.000 € jährlich aus der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung zur Verfügung.
11. In **Sachsen-Anhalt** gibt es eine Förderung im beantragten Einzelfall von 1.000 € pro Netz zur Unterstützung beim Erreichen der Rahmenvorgaben.
12. In der KV **Thüringen** beschließt schon März 2014 die Vertreterversammlung die Richtlinie zur Anerkennung von Arztnetzen, sie ist nur nirgends zu finden.
13. In **Hessen** soll pro Netzarzt und Jahr eine Verwaltungskostenpauschale von 100 € gezahlt werden. Darüber hinaus gibt es ein Budget von jährlich 500.000 € zur Förderung konkreter Projekte. Maximal werden 50 Prozent der nachgewiesenen bereinigten Kosten-summe pro Projekt bezuschusst, wobei als absolutes Limit je Einzelprojekt 50.000 € gelten. Vier der 48 Netze Hessens haben Ende 2015 Anträge eingereicht. Diese Anträge wurden Ende Januar aus inhaltlichen Mängeln abgelehnt.
14. Die Kassenärztliche Vereinigung in **Baden-Württemberg** hat das Kinzigtal als förderungswürdig anerkannt, leistet jedoch bis 2016 keinerlei Unterstützung. Anträge der Gesundregion Alb-Donau & Ulm, Mannheim, Reutlingen und Mittelbaden werden in 2016 zu prüfen sein. Als Vergütung hat die KV nun übergangsweise 100 € je Quartal und Vertragsarzt in Aussicht gestellt. Weitere Verhandlungen mit den Kostenträgern sollen mehr bewirken.
15. In **Rheinland-Pfalz** gibt es Ende Januar 2016 nur Gerüchte über ein 10 € Förderung je Netzarzt und Jahr.
16. Die Kassenärztliche Vereinigung im **Saarland** erließ erst Ende Oktober 2015 ihre Richtlinie.
17. In **Bayern** wird seitens der KVB für die Antragsbearbeitung hinsichtlich der Basis-Stufe von dem Praxisnetz je Antrag eine Gebühr in Höhe von 950 € erhoben. Anerkannt nach Basisstufe sind derzeit sieben Netze: Nürnberg QuE, Ingolstadt, München, Hof, Regensburg, Straubing und Hochfranken. Gefördert wird ab Quartal 2/2016 durch eine Erhöhung der RLV-Obergrenze bei Netzärzten um 125 Euro pro Quartal.