

GeWINO

Innovation im Nordosten

Gesundheitswissenschaftliches Institut Nordost

AOK
Die Gesundheitskasse.

NORDOST

Mein AOK- Gesundheitsnetz[®]



GeWINO

Innovation im Nordosten

Gesundheitswissenschaftliches Institut Nordost

AOK
Die Gesundheitskasse.

NORDOST

***Mein AOK-
Gesundheitsnetz[®]***

Impressum

Dieses Werk ist einschließlich aller seiner Teile urheberrechtlich geschützt. Nachdruck, Wiedergabe, Vervielfältigung und Verbreitung gleich welcher Art, auch von Teilen des Werkes, bedürfen der ausdrücklichen Genehmigung des Herausgebers.

Herausgegeben von:

AOK Nordost – Die Gesundheitskasse

Geschäftsführungsbereich Versorgungsmanagement

Stabsstelle GeWINO – Gesundheitswissenschaftliches Institut Nordost

Behlertstraße 33 A – 14467 Potsdam

www.aok.de/nordost

in Zusammenarbeit mit:

AGENON –

Gesellschaft für Unternehmensentwicklung im Gesundheitswesen mbH

Friedrichstr. 94 – 10117 Berlin

www.agenon.de

© 2014 AOK Nordost – Die Gesundheitskasse

Produziert und gedruckt in Deutschland

Alle Rechte vorbehalten

Änderungen und Irrtümer vorbehalten

Inhaltsverzeichnis

Vorwort

Frank Michalak 5

Einleitung

Ausgangspunkte für das Engagement der AOK Nordost

Harald Möhlmann 9

Beitrag 1

Mein AOK-Gesundheitsnetz® – Eine gemeinsame Initiative von AOK Nordost und engagierten Ärzten und Ärztinnen

Andrea Sitsch 13

Beitrag 2

Mein AOK-Gesundheitsnetz® – Die Sicht der Ärzte

Interview mit Klaus Beese, MUDr. (CS) Andreas Hagenow und Ludwig Schaffner-Kubicki

26

Beitrag 3

Zusammenarbeit in einem AOK-Gesundheitsnetz: Die Perspektive des Netzmanagements

Dr. Carsten Jäger und Dr. Jürgen Oldenburg 33

Beitrag 4

Qualitätsmanagement und Stärkung der hausärztlichen Steuerungsfunktion in Berliner Arztnetzen

Dr. Jürgen Oldenburg 41

Beitrag 5

Qualitätsmanagement und Versorgungssicherung in
strukturell schwächeren Regionen am Beispiel des
Ärztensetz Südbrandenburg (ANSB)

Dr. Carsten Jäger 48

Beitrag 6

Die Vergütung folgt einem sektorenübergreifenden Ansatz –
Methodik der Budgetkalkulation

Dr. Stephanie Sehlen und Wilhelm F. Schröder 59

Beitrag 7

Exkurs – Das Centrum für Gesundheit der AOK Nordost

Beatrix Thomas und Rainer Schmidt 66

Beitrag 8

Blick in die Zukunft

Andrea Sitsch und Christian Traupe 74

Vorstellung der Autoren 81

Vorwort

Frank Michalak

Vorsitzender des Vorstandes
der AOK Nordost – Die Gesundheitskasse



Experten sind sich seit Jahrzehnten einig: Das deutsche Gesundheitswesen ist zu fragmentiert, die Sektoren zu abgeschottet gegeneinander, als dass eine optimale, auf die Bedürfnisse des Patienten gut abgestimmte Versorgung zustande kommt.

Und die Experten sind sich auch einig: Die niedergelassenen Ärzte spielen die zentrale Rolle in der medizinischen Versorgung. Und entsprechend sind sie es auch, denen entscheidende Bedeutung dabei zukommt, unser System der gesundheitlichen Versorgung noch besser zu machen – für die, die es am Nötigsten brauchen: für Menschen mit Behinderungen, mit chronischen Krankheiten, für Menschen mit Pflegebedarf.

In vergangenen Dekaden hat der Gesetzgeber immer wieder Möglichkeiten dafür geschaffen, die Problematik einer über die Sektoren hinweg insgesamt nicht zufriedenstellenden Abstimmung der Versorgungsabläufe zu überwinden. Seit Mitte der 90er Jahre spielen Praxis- bzw. Arztnetze – maßgeblich von niedergelassenen Ärzten unterschiedlicher Professionen getragene Versorgungsverbände – dabei in der Versorgungspraxis eine wichtige Rolle.

Nach der gesetzlichen Grundsteinlegung für die integrierte Versorgung durch die GKV-Gesundheitsreform 2000 hat der Gesetzgeber zuletzt mit dem GKV-Versorgungsstrukturgesetz 2012 die besondere Rolle von Arztnetzen betont, als er explizit gesonderte Vergütungsregelungen für vernetzte Praxen in der Honorarverteilung durch die Kassenärztlichen Vereinigungen ermöglicht hat. Und auch in der Koalitionsvereinbarung hat die Förderung von Praxis- bzw. Arztnetzen ihren Platz gefunden: Sie soll nunmehr verbindlich gemacht und ausgebaut werden. Und schließlich: Arztnetze werden in den anstehenden Gesetzesvorhaben wohl auch noch an einer anderen Stelle eine Rolle spielen. Mit 300 Millionen Euro sol-

len sektorenübergreifende Versorgungsformen aus einem Innovationsfonds gefördert werden. Da diese Versorgungsformen ohne die niedergelassenen Ärzte nur schwer vorstellbar sind, wäre es schon verwunderlich, wenn Arztnetze als ein Ausgangspunkt für sektorenübergreifende Versorgungsformen bei der Förderung aus dem Innovationsfonds keine Rolle spielen würden.

Für die AOK Nordost (als Rechtsnachfolgerin der ehemaligen AOK Berlin, der AOK Brandenburg und der AOK Mecklenburg-Vorpommern) hat die Zusammenarbeit mit Arztnetzen auf vertraglicher Grundlage Tradition: Bereits seit knapp zehn Jahren (Berlin) bzw. sechs Jahren (Brandenburg) arbeiten wir im Rahmen von Verträgen zur hausärztlich basierten integrierten Versorgung (*Mein AOK-Gesundheitsnetz*[®]) neben weiteren indikationsspezifischen Verträgen eng mit Arztnetzen zusammen. Mittlerweile sind es sieben Arztnetze in Berlin und drei in Brandenburg.

Mein AOK-Gesundheitsnetz[®] gehörte zu den Preisträgern im „Ideenpark Gesundheitswirtschaft“ der Financial Times Deutschland.

Seit dem 1. Oktober 2013 besteht nun auch der erste Vertrag zwischen der AOK Nordost und einem Arztnetz in Mecklenburg-Vorpommern. Insgesamt nehmen 421 Ärzte an den Verträgen teil und rund 32.000 Versicherte haben sich eingeschrieben. Weitere Interessenbekundungen liegen vor und Gespräche mit interessierten Ärzten bzw. Arztgruppen laufen. Anerkennung hat unser Ansatz im Jahr 2012 erfahren: *Mein AOK-Gesundheitsnetz*[®] gehörte zu den Preisträgern im „Ideenpark Gesundheitswirtschaft“ der Financial Times Deutschland. Anerkennung durch die Fachjury hat dabei das von der AOK Nordost selbst entwickelte Modell gefunden, über das ein sektorenübergreifender Zusammenhang in der Vergütung hergestellt wird. Zeitgleich wurde *Mein AOK-Gesundheitsnetz*[®] für die Shortlist des Gesundheitsnetzwerker Kongresses nominiert.

Die Initiativen des Gesetzgebers, Auszeichnung – und viel wichtiger und entscheidend: die positive Rückmeldung von Versicherten und auch von den teilnehmenden Ärzten – bestärken uns darin, dass der eingeschlagene Weg der

richtige war und es noch immer ist. Die AOK Nordost folgt weiter diesem Weg. Weitere Partner suchen wir auch aktiv über eine öffentliche Ausschreibung¹.

Wir sind überzeugt: Verbesserungen in der Versorgung können nicht im Gegeneinander gelingen. Sie gelingen nur im Miteinander.

Mit dieser Publikation möchten wir Ihnen die Gelegenheit geben, sich über den Weg, den wir mit *Mein AOK-Gesundheitsnetz*[®] gemeinsam mit niedergelassenen Ärzten nun schon seit mehreren Jahren verfolgen, vertiefend zu informieren.

Verbesserungen
in der Versorgung
(...)
gelingen nur
im Miteinander.

Ich wünsche Ihnen eine aufschlussreiche und informative Lektüre.

¹ <http://www.aok-gesundheitspartner.de/nordost/arztundpraxis/ arztnetze/ausschreibung/index.html>



Einleitung: Ausgangspunkte für das Engagement der AOK Nordost

Harald Möhlmann



Spätestens seit den 70er Jahren des letzten Jahrhunderts gilt die Trennung der Versorgung in Sektoren als Schwachstelle des deutschen Gesundheitssystems, folglich und sachlogisch die Überwindung dieser Trennung als notwendiger nächster Schritt.

Einige Jahre wurden darauf bezogene Reformansätze von den gesetzgeberischen Bemühungen überlagert, die rasch anwachsenden Kosten im Gesundheitssystem zu dämpfen. Als sich in den 80er und Anfang der 90er Jahre niedergelassene Ärzte² in Vereinen und Gesellschaften bürgerlichen Rechts formierten und das Gespräch mit Krankenkassen suchten, entstanden daraus die ersten Verträge mit Arzt- bzw. mit Praxisnetzen.

Es bestand die Erwartung, dass man über die Adaptation von Leitlinien relativ rasch zu Qualitätssteigerungen und über eine Reduktion insbesondere der stationären Fallzahlen ebenso zügig spürbare Kosteneinsparungen erzielen kann. Angesichts der zentralen Stellung der niedergelassenen Ärzte im Versorgungssystem und der im Vergleich mit anderen Industrienationen relativ hohen stationären Behandlungsdichte in Deutschland erschien das plausibel.

Die Erfahrungen waren in den Anfangsjahren allerdings nicht so positiv wie erhofft. Die erwarteten Erfolge blieben teilweise gänzlich aus oder waren zu gering, als dass sie die erforderlichen zusätzlichen finanziellen Aufwendungen der Krankenkassen auf Dauer hätten rechtfertigen können. Auch die Methoden, über die man mit hinreichender Zuverlässigkeit den Nachweis führen kann, ob, und wenn

² Wenn im nachfolgenden der Begriff „Arzt“ bzw. „Ärzte“ verwendet wird, sind stets Ärzte und Ärztinnen gemeint. Analoges gilt bei Verwendung des Begriffes „Arztnetz“.

ja, in welchem Umfang qualitative und wirtschaftliche Erfolge erzielt worden sind, waren noch nicht weit entwickelt³.

Rückblickend betrachtet, waren diese ersten Ansätze mit Erwartungen überfrachtet und zugleich mit einigen grundlegenden Konstruktionsmängeln behaftet. So wurde bspw. zu wenig auf ein professionelles Management der Arztnetze geachtet. Die Ärzte selbst machten die Erfahrung, dass Kollegen, die sich mehr aus der Sorge beteiligten, möglicherweise etwas zu verpassen, die Netzarbeit eher behinderten. Es zeigte sich auch, dass der Weg, der zu qualitativen Verbesserungen und gleichzeitig zu einer hohen Wirtschaftlichkeit in der Versorgung führt, arbeitsreich und langwieriger ist, als insgesamt erwartet worden war. Viele der damals ambitioniert gestarteten Projekte haben die Anfangsphase nicht überdauert.

Der Schlüssel zum Erfolg (...) liegt darin, lieber mit wenigen, dafür aber mit hochengagierten Ärzten das Unternehmen „Arzt-“ bzw. „Praxisnetz“ anzugehen.

Der Schlüssel zum Erfolg, so zeigten die Erfahrungen, liegt darin, lieber mit wenigen, dafür aber mit hochengagierten Ärzten das Unternehmen „Arzt-“ bzw. „Praxisnetz“ anzugehen. Außerdem erwiesen sich Leitung und Organisation der Zusammenarbeit im Netz als so arbeits- und zeitintensiv, dass sie von den ärztlichen Initiatoren auf Dauer nur schwerlich zusätzlich zum ansonsten unverändert weiter laufenden Praxisbetrieb bewerkstelligt werden konnten. Um auch den betriebswirtschaftlichen Aspekten besser gerecht werden zu können, setzte sich mehr und mehr die Einsicht durch, dass

ein professionelles Management erforderlich ist.

Zunehmend wurde auch klar, dass sich der Erfolg – sowohl in qualitativer als auch in wirtschaftlicher Hinsicht – aus eher „kleinteiligen“ und dadurch mühevolleren Veränderungen in den Versorgungsabläufen ergibt, wie bspw. der Verordnung eines bestimmten Medikaments anstelle eines anderen, der Einschaltung des spezialisierten Kollegen zur Befundabklärung vor Krankenhauseinweisung oder auch

³ Siehe dazu z. B. Sachverständigenrat im Gesundheitswesen (2003): Gutachten 2003 des Sachverständigenrates für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen, Band II Qualität und Versorgungsstrukturen, Deutscher Bundestag Drucksache 15/530.

zur Abstimmung der therapeutischen Weiterbehandlung, der Koordination der häuslichen Versorgung mit ambulanten Pflegediensten u. a. m.

Und es zeigte sich auch, dass überwiegend in Einzelpraxen niedergelassene und in freiberuflichem Unternehmertum praktizierende Ärzte nicht allein dadurch zu *einem* Unternehmen werden, das einheitlich wie ein Betrieb funktioniert und agiert, weil ein Vertrag mit einer Krankenkasse besteht. Als hinderlich erwiesen sich schon allein die räumliche Entfernung, die das direkte kollegiale Gespräch erschwert, und die Schwierigkeiten, die bis heute für einen elektronisch gestützten Austausch auf einheitlicher, patientenbezogener Informationsgrundlage bestehen.

Es darf auch nicht übersehen werden, dass der zusätzliche zeitliche Aufwand, das professionelle Management und erforderliche Anschaffungen, bspw. im IT-Bereich, aus Sicht der Netzärzte zunächst einmal Investitionen darstellen. Für sie muss die Frage des Return on Investment – wie und wann sich also die Investitionen bezahlt machen – beantwortet werden.

Und last but not least: Das ökonomische Anreizsystem – die netzspezifische Vergütung – muss zum einen konsistent gestaltet sein, indem insbesondere wirtschaftliche Verhaltensweisen unterstützt werden, und es muss zum andern die Akzeptanz der Ärzte bzw. der für die Versorgung Verantwortlichen finden.

Vor dem Hintergrund dieser Erfahrungen haben die jetzt in der AOK Nordost zusammengeführten AOKs ihre Konzepte für die Zusammenarbeit mit Arztnetzen – und im Anschluss daran ihre ersten Verträge – gestaltet.

Der nachfolgende erste Beitrag gibt einen Überblick über die derzeit bestehenden Verträge, teilnehmende Ärzte und Versicherte, strukturelle Merkmale sowie einige ausgewählte Aspekte der Zusammenarbeit zwischen den Arztnetzen und der AOK Nordost. Danach stellen einige ärztliche Initiatoren entlang von Leitfragen ihre Sichtweisen dar (Beitrag 2).

Im dritten Beitrag kommen zwei Netzmanager zu Wort. Sie befassen sich mit den Zielen und Funktionen des Netzmanagements und gehen auch darauf ein, wie auf Arbeitsweisen und -abläufe konkret eingewirkt wird.

Aspekte des Qualitätsmanagements und der Versorgungssicherung, letztere insbesondere in den stark ländlich geprägten und strukturell schwächeren Regionen,

stellen zentrale Zielfelder von *Mein AOK-Gesundheitsnetz*[®] dar. Am Beispiel von fünf Berliner Netzen wird ein Schwerpunkt bei der Darstellung verfolgter Ziele und Maßnahmen im Bereich des Qualitätsmanagements im vierten Beitrag gesetzt. Am Beispiel des Ärztenetz Südbrandenburg (ANSB) wird ein Ansatz zur Versorgungssicherung in einer durch eine nur geringe Arztdichte bei gleichzeitig überalterter Bevölkerung näher beleuchtet (Beitrag 5). Er hat mittlerweile weit über die Landesgrenzen hinaus Beachtung gefunden.

Im sechsten Beitrag wird das von der AOK Nordost selbst entwickelte und durch die Fachjury der Financial Times Deutschland ausgezeichnete Vergütungsmodell vorgestellt.

Bevor im letzten Beitrag (Beitrag 8) ein Blick in die Zukunft gewagt wird, wird als Exkurs das Centrum für Gesundheit der AOK Nordost in einem eigenen Beitrag vorgestellt (Beitrag 7). Über das Management dieser Eigeneinrichtung gem. § 140 SGB V wird bereits seit rund 100 Jahren durch die AOK Nordost maßgeblich Einfluss auf die Qualität und Wirtschaftlichkeit der Versorgung genommen.



Beitrag 1

Mein AOK-Gesundheitsnetz® – Eine gemeinsame Initiative von AOK Nordost und engagierten Ärzten und Ärztinnen

Andrea Sitsch

Vertragspartner und konstituierende Merkmale des Ansatzes der AOK Nordost

Aktuell bestehen zwischen der AOK Nordost und insgesamt elf Arztnetzen in Berlin, Brandenburg und Mecklenburg-Vorpommern Verträge von *Mein AOK-Gesundheitsnetz®* zur hausärztlich basierten integrierten Versorgung auf der Grundlage von § 140a-d SGB V (Übersicht 1).

Eine Besonderheit stellt der Vertrag *Mein AOK-Gesundheitsnetz®* – *seelische Gesundheit* mit der PIBB - Psychiatrie Initiative Berlin Brandenburg GmbH dar. Dieser Vertrag zielt einerseits auf die optimierte Versorgung von chronisch psychisch Kranken und andererseits auf die Vermeidung belastender stationärer Aufenthalte aufgrund psychischer Erkrankungen. Die Koordinierungsfunktion wird hier durch einen behandelnden Psychiater ausgeübt.⁴

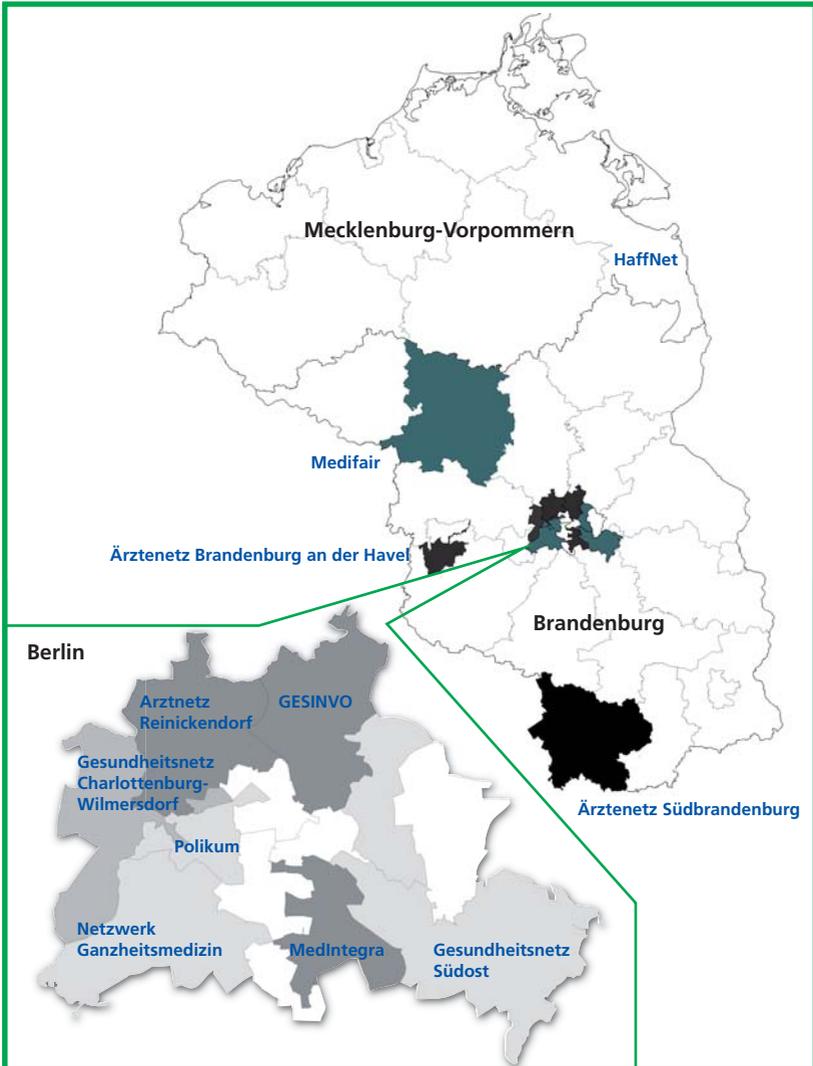
Aktuell bestehen zwischen der AOK Nordost und insgesamt elf Arztnetzen Verträge von *Mein AOK-Gesundheitsnetz®* zur hausärztlich basierten integrierten Versorgung.

⁴ Um ein „unverzerrtes“ Bild für die hausarztbasierte integrierte Versorgung zu erhalten, bleibt dieser Vertrag in der noch folgenden Deskription zu den teilnehmenden Versicherten, Ärzten sowie in der Beschreibung der Behandlungspfade, Verfahrensregelungen und des Qualitätsmanagements unberücksichtigt.

Übersicht 1: Übersicht über alle zwölf kooperierenden Arztnetze
(inkl. *Mein AOK-Gesundheitsnetz® – seelische Gesundheit*)

Name des Arztnetzes	Vertragspartner der AOK Nordost	Vertrag besteht seit
ARZTNETZE BERLIN		
GESINVO	Gesellschaft für integrierte Versorgungskonzepte im Gesundheitswesen mbH	01.10.2005
MedIntegra / Hausärztenetz Neukölln-Tempelhof	MedIntegra GmbH & Co.KG	01.12.2005
GSO – Gesundheitsnetz Südost	GSO – Gesundheitsnetz Südost GmbH	01.09.2006
POLIKUM	POLIKUM Friedenau MVZ GmbH	15.12.2006
Arztnetz Reinickendorf	ANR – Arztnetz Reinickendorf Projekt GmbH	01.09.2011
GCW – Gesundheitsnetz Charlottenburg-Wilmersdorf	GCW – Gesundheitsnetz Charlottenburg-Wilmersdorf GmbH	01.07.2012
Netzwerk Ganzheitsmedizin Berlin	Netzwerk Ganzheitsmedizin Berlin GmbH	01.07.2012
PIBB	PIBB – Psychiatrie Initiative Berlin Brandenburg GmbH	01.12.2011
ARZTNETZE BRANDENBURG		
Ärztenetz Südbrandenburg	ANSB Consult GmbH	01.04.2008
Medifair	Mediconcept-opr GmbH	01.10.2011
Ärztenetz Brandenburg an der Havel	Ärztenetz Brandenburg an der Havel GmbH	01.01.2012
ARZTNETZ MECKLENBURG-VORPOMMERN		
HaffNet	HaffNet Management GmbH	01.10.2013

Abbildung 1: Regionale Einzugsbereiche der Arztnetze
Mein AOK-Gesundheitsnetz®



Die „Verträge der ersten Generation“ wurden in den vergangenen Jahren beständig weiter entwickelt und orientieren sich mittlerweile u.a. an Inhalten der Rahmenvorgabe der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) für die Anerkennung von Praxisnetzen (§ 87b SGB V).

Konstituierend für den Ansatz der AOK Nordost sind heute wie damals:

- *Mein AOK-Gesundheitsnetz*[®] wird ausgehend von Hausärzten aufgebaut und organisiert.
- Ein professionelles Management muss eingesetzt werden.
- Die Versorgungsabläufe werden entlang von Behandlungspfaden und Verfahrensregelungen strukturiert. Für die Behandlungspfade gilt, dass sie unabhängig von Dritten, orientiert an den jeweils aktuellen Leitlinien interdisziplinär-fachübergreifend auszuarbeiten sind und die regionale Versorgungssituation zu berücksichtigen ist.
- Die integrierte Versorgung wird über Verträge mit Kooperationspartnern aus mehreren Bereichen der gesundheitlichen Versorgung (z.B. Krankenhäuser, Fachärzte, ambulante Pflegedienste und klinisch weitergebildete Apotheker) gesichert.
- Die ökonomische Verantwortung für die Versorgung der eingeschriebenen Versicherten wird Leistungssektorenübergreifend mit übernommen (Budgetverantwortung).

Insgesamt nehmen damit rund 32.000 Versicherte an der hausärztlich basierten integrierten Versorgung teil...

Eingeschriebene Versicherte

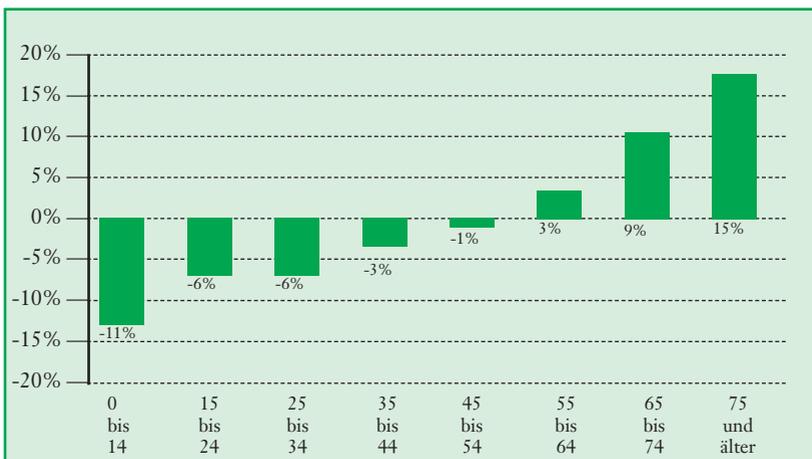
Aktuell haben in Berlin 17.500 Versicherte, in Brandenburg 11.600 Versicherte und in Mecklenburg-Vorpommern 2.500 Versicherte der AOK Nordost über eine Einschreibung bei einem Hausarzt ihrer Wahl (koordinierender Hausarzt) ihre Teilnahme an der integrierten Versorgung erklärt. Insgesamt nehmen damit rund 32.000 Versicherte der AOK Nordost an

der hausärztlich basierten integrierten Versorgung teil, die durch die elf oben aufgeführten Verträge aufgespannt ist.

Es zeigt sich, dass im Vergleich zur Altersstruktur der AOK Nordost-Versicherten deutlich mehr ältere Versicherte an *Mein AOK-Gesundheitsnetz*® teilnehmen und die jüngeren Versicherten stark unterrepräsentiert sind. Die Verteilung der eingeschriebenen Versicherten weicht am stärksten in der Altersgruppe ab 75 von der Altersverteilung aller Versicherten der AOK Nordost ab (Abbildung 2): Diese Altersgruppe ist in den Netzen um 15 Prozentpunkte stärker vertreten als in der AOK Nordost.

Das Durchschnittsalter aller teilnehmenden Versicherten liegt mit 65,4 Jahren entsprechend hoch.

Abbildung 2: Abweichung der Altersstruktur der teilnehmenden Versicherten von der Altersstruktur der AOK Nordost nach Altersgruppen in Prozent



Diese für Arztnetze insgesamt relativ typische „Alterslastigkeit“ ergibt sich daraus, dass die Einschreibung über die Hausärzte erfolgt und hier eher Patienten angesprochen werden, die kontinuierlich und schon lange betreut werden. Das sind überwiegend ältere Versicherte und mehrheitlich auch Versicherte, die an chronischen Krankheiten leiden.

Teilnehmende Ärzte

Über die elf Verträge zu *Mein AOK-Gesundheitsnetz*[®] nehmen derzeit in Berlin, Brandenburg und Mecklenburg-Vorpommern insgesamt 421 Ärzte an der integrierten Vollversorgung teil. Davon sind 254 Hausärzte (inklusive 17 Kinderärzte), 167 sind Fachärzte und 4 sind Psychologische Psychotherapeuten. Mit bedingt durch die insgesamt hohe Facharztdichte in Berlin ist die Facharztquote hier mit 42 Prozent höher als in den Brandenburger Netzen (knapp 38 Prozent). In den Berliner Netzen sind in den Bereichen der Inneren Medizin, Kardiologen, Pneumologen und Gastroenterologen besonders häufig vertreten, außerdem Fachärzte für Urologie, für Frauenheilkunde und Geburtshilfe, für Nervenheilkunde sowie Radiologen. In den Brandenburger Netzen kommt Orthopäden und Hals-Nasen-Ohren-Ärzten eine größere Bedeutung zu.

Über die Region „Nordost“ hinweg betrachtet, versorgt jeder teilnehmende Hausarzt im Durchschnitt 123 überwiegend ältere und chronisch kranke Versicherte der AOK Nordost, wobei zwischen den Berliner Arztnetzen mit durchschnittlich 102 eingeschriebenen Versicherten und den Brandenburger Arztnetzen mit durchschnittlich 176 eingeschriebenen Versicherten je Hausarzt ein deutlicher Unterschied besteht. Für das Arztnetz in Mecklenburg-Vorpommern liegen aufgrund der bei Redaktionsschluss erst kurzen Vertragslaufzeit diesbezüglich noch keine hinreichenden Erfahrungen vor.

Dabei spielt eine Rolle, dass sich die Versorgungsregionen stark voneinander unterscheiden. Während für Berlin bei den Fachärzten deutschlandweit eine der höchsten Arztdichten charakteristisch ist, gilt für die Brandenburger Regionen mit Arztnetzen das Gegenteil: Die Arztdichte – und hier speziell die Facharztdichte – fällt niedriger aus.

Für die Organisation der Netze ergeben sich dementsprechend sehr unterschiedliche regionale Ausrichtungen: Die Berliner Arztnetze konzentrieren sich mehr auf eine Stärkung der hausärztlichen Versorgungsfunktionen und auf die Koordination nachgelagerter Versorgungsbereiche, u.a. auch mit dem Ziel dass die Inanspruchnahme von Fachärzten zielgerichteter und entsprechend der Aufgabenteilung zwischen haus- und fachärztlicher Versorgung erfolgt (dazu ausführlicher Beitrag 4). In den Brandenburger Arztnetzen steht bedingt durch strukturelle Defizite in den Angebotsstrukturen dagegen die Versorgungssicherung für alle Patienten stärker im Blickpunkt (dazu ausführlicher Beitrag 5): Um die vielerorts bestehende Überlastung der Fachärzte abzumildern, stimmen sich Hausärzte und Fachärzte eng ab, wann ein Wechsel von der hausärztlichen in die fachärztliche Versorgung angezeigt ist und welche Diagnostik vor einer Überweisung bereits abgeschlossen sein sollte. Und um andererseits die angespannte Situation in den Hausarztpraxen soweit als möglich zu lösen, übernehmen speziell qualifizierte Medizinische Fachangestellte wichtige Betreuungsaufgaben (Stichwort: delegationsfähige Leistungen). Für Patienten mit besonders komplexem Betreuungsbedarf werden zudem agnes^{zwei}-Fachkräfte eingesetzt.

In den Brandenburger Arztnetzen steht (..) die Versorgungssicherung für alle Patienten stärker im Blickpunkt...

Behandlungspfade und Verfahrensregelungen

Ein roter Faden, der sich durch alle Arztnetze gleichermaßen zieht, nimmt seinen Ausgangspunkt bei der vertraglichen Regelung, nach der die Versorgungsabläufe ausgehend von auszuarbeitenden Behandlungspfaden und Verfahrensregelungen strukturiert werden.

Vorgaben für Behandlungspfade sind seitens der AOK Nordost bewusst nicht erfolgt, außer denen, dass sie unabhängig von Dritten zu erarbeiten sind und die regionale Versorgungssituation zu berücksichtigen haben. Aber es wurde Wert darauf gelegt, dass die „W-Fragen“ geregelt werden: z. B. Wann ist welche Untersuchung erforderlich, Wann ist der Patient an Welchen Fachspezialisten wei-

terzuleiten, Welche Rückinformation an den Hausarzt ist erforderlich, Wann ist welche Pharmakotherapie angezeigt und Wer zeichnet jeweils verantwortlich?

Behandlungspfade sind u. a. für folgende Indikationen entwickelt worden:

- Hypertonie
- Koronare Herzkrankheit
- Chronische Darmerkrankungen
- Chronische Niereninsuffizienz
- Rückenschmerz
- Depression
- Naevus (Muttermal)
- Schilddrüsenerkrankungen

Mit Verfahrensregelungen werden verschiedene Zielsetzungen verfolgt. Zum einen sollen typische Brüche in den Versorgungsabläufen ausgeschlossen werden. Derartige Brüche sind in der Regelversorgung nicht selten, etwa beim Übergang von einer stationären Behandlung zurück in die ambulante Versorgung. Verfahrensregeln dienen auch dazu, für Leistungen, für die vorab eine Bewilligung durch die AOK Nordost erforderlich ist, eine Versorgung so zeitnah wie nur möglich zu gewährleisten. Beispiele bilden hier die Häusliche Krankenpflege oder Krankentransporte.

Qualitätsmanagement

Ein wichtiges Element von *Mein AOK-Gesundheitsnetz*[®] sind die im Vertrag festgelegten Maßnahmen zur Qualitätssicherung bzw. Qualitätsmessung. Eine angemessene Versorgung insbesondere chronisch Kranker leidet vielfach unter Kommunikationsdefiziten zwischen den Leistungserbringern insbesondere an

Sektorengrenzen, unter der mangelhaften oder fehlerhaften Prozessteuerung der Versorgung und unter der mangelnden Patientenorientierung. Demzufolge gliedern sich die in *Mein AOK-Gesundheitsnetz*® vereinbarten Maßnahmen zum Qualitätsmanagement in Maßnahmen der Patientenorientierung, Maßnahmen der Zusammenarbeit zwischen den einbezogenen ärztlichen und nichtärztlichen Leistungserbringern sowie Maßnahmen zur Verbesserung der Effizienz (durch Übernahme der Budgetverantwortung).

So sind im Rahmen von *Mein AOK-Gesundheitsnetz*® u.a. Nachweise über interdisziplinäre daten- oder indikatorengestützte Fallbesprechungen, u.a. zu Fragen der Polymedikation und zu anderen Qualitätsindikatoren vorgesehen. Die Arztnetze erstellen jährlich einen Qualitätsplan, in dem die im Kalenderjahr geplanten Qualitätsmaßnahmen festgelegt werden. Darüber hinaus ist jährlich ein Qualitätsbericht zu veröffentlichen.

Die AOK Nordost stellt den an *Mein AOK-Gesundheitsnetz*® teilnehmenden Hausärzten seit 2011 für ihre eingeschriebenen Versicherten periodisch pseudonymisierte Daten zur Polymedikation zur Verfügung. Analog zum Qualitätsindikatorensystem für die ambulante Versorgung (QiSA)⁵ werden für den Indikator der Polymedikation alle Versicherten berücksichtigt, die älter als 64 Jahre alt sind und für die pro Quartal mehr als fünf Wirkstoffe verordnet bzw. abgerechnet wurden. Berücksichtigung finden dabei auch Arzneimittelverordnungen, die nicht von dem koordinierenden Hausarzt verordnet wurden.

Im Rahmen des Projektes "Qualität in Arztnetzen Transparenz durch Routinedaten" (QuATRo) können künftig weitere Indikatoren in den Vertrag aufgenommen werden (siehe Beitrag 8).

Netzindividuell unterschiedliche Angebotsstrukturen

Nicht nur was die Anzahl und den „Mix“ kooperierender Fachärzte betrifft, son-

⁵ Zum QiSA-Konzept vgl. QiSA – Das Qualitätsindikatorensystem für die ambulante Versorgung, J. Szecsenyi (Hg), Berlin 2009 (www.qisa.de)

dern auch was Anzahl und Art der vertraglich eingebundenen weiteren Leistungsanbieter und sonstigen Kooperationspartner betrifft, unterscheiden sich die elf Arztnetze.

Über eine breit aufgefächerte Struktur verfügt bspw. das Ärztenetz Südbrandenburg. Neben einer eigenen Managementgesellschaft wurde ein Servicezentrum Gesundheit und ein Medizinisches Versorgungszentrum mit vier angestellten Ärzten gegründet. Ergänzend zu den vor Ort bestehenden Hilfestrukturen kümmern sich mittlerweile festangestellte agnes^{zwei}-Fachkräfte⁶ um die Versicherten. Im Rahmen des Case Management führen sie Hausbesuche durch, unterstützen bei Leistungsanträgen, begleiten Versorgungsübergänge an den Sektorengrenzen, organisieren bedarfsabhängig die Versorgung mit ambulanter Pflege und mit Hilfsmitteln, sichern die Unterstützung im Haushalt, leiten erforderliche Wohnraumanpassungen ein u.a.m. (dazu ausführlicher Beitrag 5).

In Berlin sind Ärzte des GSO – Gesundheitsnetz Südost an Feiertagen und Wochenenden in einer Notfallpraxis am Krankenhaus Hedwigshöhe in Berlin Trepow-Köpenick präsent. In den meisten Berliner Netzen erhalten Risikopatienten von ihrem Hausarzt eine Telefonnummer, über die bei Zustandsverschlechterungen an sieben Tagen in der Woche zu jeder Tages- und Nachtzeit ein Kontakt

6 Als Antwort auf die teils schwierige Versorgungssituation in ländlichen Regionen Brandenburgs wurde von der „Innovativen Gesundheitsversorgung in Brandenburg“ (IGiB) – einer Arbeitsgemeinschaft nach § 219 SGB V zwischen der AOK Nordost, der BARMER GEK und der Kassenärztlichen Vereinigung Brandenburg (auf der Grundlage des § 73a SGB V) – das Konzept der agnes^{zwei}-Fachkraft (arztentlastende medizinische Fachkräfte zur Gewährleistung einer nachhaltigen effizienten Patientenbetreuung mit Spezialausbildung in Fallmanagement) entwickelt. Durch den Einsatz von speziell geschulten medizinischen Fachkräften für die Durchführung von delegationsfähigen Leistungen und Aufgaben des Fallmanagements sollen sowohl Haus- als auch Fachärzte bei der Betreuung von Patienten unterstützt werden. Der Einsatz von agnes^{zwei}-Fachkräften unterliegt in Brandenburg keiner bedarfsplanerischen Beschränkung.

Das agnes^{zwei}-Konzept ist nicht mit den AGnES – Modellprojekten (arztentlastende, gemeindenaher, E-Healthgestützte, systemische Intervention) zu verwechseln, die im Zeitraum 2005-2008 in den Bundesländern Brandenburg, Mecklenburg-Vorpommern, Sachsen und Sachsen-Anhalt durchgeführt wurden. Die Arztentlastung wurde hier ausschließlich durch die Delegation ärztlicher Leistungen durch entsprechend qualifizierte nichtärztliche Fachkräfte in Hausarztpraxen erreicht. Die Ergebnisse der durchgeführten Modellprojekte veranlassten den Gesetzgeber diese Versorgungsform in die Regelversorgung zu überführen. Aus der „AGnES-Fachkraft“ wurde die nichtärztliche Praxisassistentin (§ 87 Abs. 2b Satz 5 SGB V).

hergestellt werden kann. In nahezu allen Netzen bestehen enge Kooperationen mit ambulanten Pflegediensten.

Übernahme der Budgetverantwortung

Das Arztnetz verpflichtet sich, bei gleichzeitiger Verbesserung der Qualität der Versorgung den Ressourceneinsatz in Bezug auf die Gesamtheit der einbezogenen Leistungsbereiche zu optimieren. Um den Grad der Zielerreichung zu bestimmen, werden unter Einsatz eines Schätzverfahrens die morbiditätsadjustierten Vergleichsausgaben – als „fiktives Budget“ des Netzes – berechnet und mit den tatsächlichen Ausgaben des Netzes verglichen. Am in dieser Weise berechneten Erfolg wird das Arztnetz beteiligt. Das Verfahren zur Erfolgsbewertung wird ausführlich in Beitrag 6 beschrieben.

Der einzelne Arzt wird für seine erbrachten ärztlichen Leistungen weiterhin im Rahmen der kollektivvertraglichen Vereinbarungen über die Kassenärztliche Vereinigung vergütet. Die Vergütung aus der Übernahme der Budgetverantwortung im Arztnetzvertrag wird zusätzlich gezahlt.

Zur Förderung des Aufbaus der Netzstrukturen und der damit verbundenen Infrastruktur sowie für die Einbindung des professionellen Netzmanagements erhält das Netz in den ersten drei Jahren der Vertragslaufzeit einen Finanzierungsbeitrag als Vorauszahlung auf das erwartete Ergebnis. Um das Versorgungskonzept im Sinne der Patienten zu befördern, orientiert sich die finanzielle Förderung u.a. an der Zahl der eingeschriebenen Versicherten.

Die Rolle der AOK Nordost

Zentrales Instrument für die Abstimmung zwischen den Vertragspartnern bilden die turnusmäßigen Sitzungen des Lenkungsgremiums, an denen das Netzmanagement, Ärzte des Netzes und Vertreter der AOK Nordost teilnehmen. Hier werden insbesondere die laufenden Aktivitäten abgestimmt, die aus der Jahresplanung des Arztnetzes abgeleitet sind.

Im gemeinsamen Verständnis einer Entwicklungspartnerschaft besteht ein Teil des Rollenverständnisses der AOK Nordost darin, dass Netzmanagement und die Netzärzte in ihrem Bemühen um eine qualitativ hochwertige und zugleich wirtschaftliche Versorgung zu unterstützen. Dabei kann die AOK Nordost auf ihre zehnjährige Erfahrung zurückgreifen und diese mit jüngeren Vertragspartnern gewinnbringend teilen.

Dazu einige Beispiele:

- Die AOK Nordost bietet den vertraglichen Rahmen für den sektorenübergreifenden Ansatz zur Versorgungsoptimierung sowie die Datengrundlage und die Berechnungsmethodik für das Budgetmodell. Diese Grundlagen wurden und werden im gemeinsamen Lernprozess aus der Zusammenarbeit mit den Vertragspartnern kontinuierlich weiterentwickelt. Dieser Aufgabe misst die AOK Nordost eine hohe Bedeutung zu: Nur durch Akzeptanz auf beiden Seiten kann sich die hinter dem Vertrag stehende Idee des Versorgungskonzepts in der Versorgungswirklichkeit und im Sinne des Patienten niederschlagen.
- Für die netzinterne Steuerung stellt die AOK Nordost periodisch pseudonymisierte Berichte zur Versorgung der Netzversicherten mit Arzneimitteln und zu Krankenhausaufhalten bereit, die dem koordinierenden Arzt den Blick auf die Versorgung der Patienten in diesen Leistungsbereichen eröffnen. Die Arzneimittelberichte sowie die Daten zur Polypharmazie ermöglichen es bspw. dem Arztnetz zum einen, auf rationelle Ordnungsweisen hinzuwirken, zum anderen das Risiko von unerwünschten Arzneimittelwirkungen bzw. Wechselwirkungen zu reduzieren bzw. auszuschließen. Bei Bedarf wird die Steuerung in diesem Bereich durch Beratungspflegerinnen der AOK Nordost unterstützt. Sie beraten die Netzärzte dabei, die Arzneimitteltherapie jeweils an den aktuellsten Leitlinien und Verordnungsempfehlungen auszurichten.
- Für den weiten Bereich der verordnungsfähigen Leistungen bestehen in der gesetzlichen Krankenversicherung eine Vielzahl von Regelungen und Vorgaben, an die sich die Ärzte halten müssen. Auf Initiative des Netzmanagements führen Spezialisten der AOK Nordost dazu regelmäßig Schulungen für Ärzte und

Praxisangestellte durch. Sie sind außerdem für Fragen und Probleme für die Netzärzte als feste Ansprechpartner direkt erreichbar.

- Über die guten direkten Kontakte zu den Ärzten in den teilnehmenden Arztnetzen und in den vorhandenen Strukturen können auch neuere Versorgungskonzepte der Kasse schneller in die Umsetzung gelangen. Diese Möglichkeit wird vielfach genutzt, z. B. Angebote zur Spezialisierten ambulanten Palliativversorgung (SAPV) oder die Übernahme arzentlastender delegationsfähiger Leistungen durch speziell geschulte agnes^{zwei}-Fachkräfte.

Beitrag 2

Mein AOK-Gesundheitsnetz® – Die Sicht der Ärzte

Interview mit Klaus Beese, MUDr. (CS) Andreas Hagenow und Ludwig Schaffner-Kubicki

In diesem zweiten Beitrag kommen stellvertretend für die Vertragspartner der AOK Nordost von *Mein AOK-Gesundheitsnetz®* drei Ärzte zu Wort. Sie haben maßgeblich dazu beigetragen, dass sich regionale Netzinitiativen gebildet haben und ein Vertrag mit der AOK Nordost zu Stande gekommen ist. Dafür wurde die Form des an Leitfragen orientierten, freien Interviews gewählt.

Rede und Antwort gestanden haben Herr Klaus Beese, Praktischer Arzt in Berlin-Wittenau, Initiator des Arztnetz Reinickendorf, Herr MUDr. (CS) Andreas Hagenow, hausärztlich tätiger Internist in Elsterwerda, Initiator des Ärztenetz Südbrandenburg und Herr Ludwig Schaffner-Kubicki, Allgemeinarzt mit Sitz in Britz/Berlin-Neukölln, Mitinitiator des Hausärztenetz Neukölln-Tempelhof. Ihnen sei an dieser Stelle gedankt.

Was hat für Sie persönlich den Ausschlag dafür gegeben, ein Arztnetz zu gründen?



Andreas Hagenow:

Seit dem Zeitpunkt meiner Niederlassung im Jahr 1991 besteht hier in der Region das Grundproblem eines Mangels an Ärzten, insbesondere an Fachärzten. Und die Situation ist nicht besser geworden. Schon damals waren die Praxen überfüllt, und die Wartezeiten für die Patienten auf einen Termin beim Facharzt waren sehr lang. Bei näherer Betrachtung muss man sagen, dass in dem ganzen Hin und Her zwischen Haus- und Fachärzten ein ziemliches Durcheinander geherrscht hat. Die Zusammenarbeit war zu unstrukturiert. Das hat dazu geführt, dass sich die ohnehin schon prekäre Situation weiter verschärft hat. Damals

kam in Deutschland gerade die Diskussion um Gesundheitsunternehmen und Managed Care auf. In der Auseinandersetzung mit der Situation, die ich hier tagtäglich erlebt habe, und den neuen Ansätzen, wie Versorgung auch organisiert werden kann, wurde mir klar, dass man Haus- und Fachärzte zusammenbringen muss. Und dass es dann darum gehen muss, hier in der Region die Versorgungsstrukturen neu zu gestalten. Und wir wollten auch die Bedingungen dafür schaffen, um darüber selbst mit einer Krankenkasse reden zu können. Also haben wir zunächst selbst investiert und Basisstrukturen geschaffen.

Ludwig Schaffner-Kubicki:

In Berlin herrscht zwar kein Mangel an Versorgungsangeboten, aber die Versorgungssituation war dennoch oft unbefriedigend, für Patient und Arzt, weil unkoordiniert. Beispiel: Ich führe bei einem Patienten einen Lungenfunktionstest durch und horche ihn ab. Es ist alles in Ordnung. Einige Zeit später kommt er wieder und war beim Lungenfacharzt. Es wurde eine CT gemacht, ein MRT und vielleicht sogar noch eine Bronchoskopie. Alles ohne Befund. Oder ich erstelle ein EKG oder führe eine Ergometrie durch und erfahre später von einem Facharzttermin oder einem Krankenhausaufenthalt. In keinem Fall hat sich jemand bei mir nach der Vorgeschichte erkundigt. Selbst bei Mitgabe von Vorbefunden, Arztbriefen, Medikationsplänen kommen die Patienten teilweise mit ungeöffneten Umschlägen wieder zurück zu mir in die Praxis.

Oder ein anderes Beispiel: Ein zu Hause gepflegter Patient hat an Gewicht zugenommen, bekommt schlecht Luft. Statt dass der Pflegedienst mich schon informiert, als für ihn erkennbar wird, dass sich der Zustand verschlechtert, ruft er jetzt die Feuerwehr. Oder eine meiner Patientinnen im Heim kommt ins Krankenhaus, nur weil ihre PEG-Sonde verstopft ist.

Also: Meine Motivation war, dass ich mit anderen Hausärzten, mit Fachärzten, Kliniken und anderen Leistungserbringern eine vernünftige Patientenversorgung bewerkstelligen kann, mit weniger Reibungsverlusten, glatteren Abläufen.



Meine Motivation war, dass ich mit anderen Leistungserbringern eine vernünftige Patientenversorgung bewerkstelligen kann, mit weniger Reibungsverlusten, glatteren Abläufen.

Die Verträge der AOK Nordost sehen verpflichtend Behandlungspfade vor. Ist das sinnvoll? Und welchen Nutzen bringt es?

Ludwig Schaffner-Kubicki:

Wir haben die Erarbeitung der Behandlungspfade als sehr hilfreich für die Gruppe empfunden, umso mehr, wenn auch Fachärzte und auch Ärzte aus der Klinik beteiligt waren. Aber der zeitliche Aufwand ist doch groß und am Ende hat man viele auch allzu selbstverständliche Alltagsabläufe zu Papier gebracht. Wichtiger noch als das Entwickeln von Behandlungspfaden ist die Form der Fortbildung, die wir gefunden haben. Beispielsweise haben wir einen Endokrinologen eingeladen, mit dem wir anhand vorab formulierter Leitfragen Schilddrüsenprobleme diskutiert haben. Wir sind dann zu einem Austausch gekommen, welche Werte wir bestimmt haben sollten, wann eine Überweisung sinnvoll ist. Am Ende haben alle davon profitiert und der Aufwand war gemessen an dem Aufwand für einen Behandlungspfad schon fast zu vernachlässigen. Das haben wir für andere Themen genauso gemacht.

Andreas Hagenow:

Bei uns haben die Behandlungspfade die wichtige Rolle gespielt, die Zusammenarbeit zwischen Haus- und Fachärzten besser zu ordnen, besser zu sortieren. Einen Teil der Pfade haben wir elektronisch hinterlegt. Ein gutes Beispiel ist die Hautkrebsvorsorge: Der Hausarzt klickt sich durch eine Fragenliste und erhält am Ende eine Empfehlung, ob eine Vorstellung beim Dermatologen erfolgen sollte, oder ob es sich um einen Beobachtungsfall handelt. Ist eine Vorstellung erforderlich, sendet er per Klick alle relevanten Vorinformationen und Befunde auf elektronischem Weg an den Hautarzt, einschließlich der Telefonnummer des Patienten. Die Hautarztpraxis schlägt dem Patienten dann automatisch einen Termin vor. Das ist der Königsweg. Das geht aber nicht bei allen Anlässen. Bei kardiologischen Fällen z. B., würde es zu lange dauern, bis der Pfad vom Hausarzt abgearbeitet ist. Das ist auch bei dem hiesigen Patientenaufkommen in einer Hausarztpraxis nicht realistisch. Hier arbeiten wir mit einer Faxlösung. Vorerkrankungen werden eingetragen, einschließlich Epikrise. In anderen Fällen, z. B. bei Knieproblemen, haben wir Einschlusskriterien dafür entwickelt, wann ein Hausarzt ein MRT veranlassen sollte. Das MRT wird an den Orthopäden über-

mittelt und der entscheidet dann, ob eine Arthroskopie erforderlich ist. Das sind alles Lösungen, die auch den Facharzt entlasten. Und der kann sich stärker auf die wirklich fachärztlichen Fälle konzentrieren. So haben wir es auch in anderen Fällen gemacht.

Was hat sich in der Praxis ganz konkret verbessert? Für ihre eigene Arbeitssituation und für die Patienten?

Andreas Hagenow:

Wo soll ich anfangen? Die Zusammenarbeit zwischen Haus- und Facharzt. Aber nicht nur das. Wir haben früh eine netzeigene Case Managerin eingestellt. Dann kamen über Modellprojekte agnes^{zwei}-Fachkräfte dazu, die viel Entlastung für uns Ärzte schaffen. Die speziell geschulten Pflegekräfte für die Palliativversorgung, die gute und strukturierte Zusammenarbeit mit dem Niederlausitz-Klinikum im Bereich der Geriatrie und – nicht zu vergessen – welche Verbesserungen wir in der Versorgung dementiell Erkrankter erreicht haben. Wir bekommen auch rascher Termine, eben weil alle sich darauf verlassen können, dass wir ihnen nur die Patienten schicken, bei denen dringender Bedarf für die Weiterversorgung besteht. Vieles läuft reibungsloser, mit weniger Holpersteinen. Von den Patienten kommt immer wieder die Rückmeldung, dass sie dankbar dafür sind, dass es unsere agnes^{zwei}-Fachkräfte gibt. Gleiches gilt für den Palliativpflegedienst.

Vieles läuft reibungsloser, mit weniger Holpersteinen.

Ludwig Schaffner-Kubicki:

Die Zusammenarbeit mit den kooperierenden Fachärzten hat sich auf jeden Fall verbessert. Wir können uns besser darauf verlassen, dass wir zeitnah eine Rückinformation bekommen. Oder dass wir für unsere Patienten einen Termin bekommen, weil die Fachärzte wissen, dass wir die Patienten nicht ohne Grund schicken und die Patienten dann Medikamentenpläne und erforderliche Vorbefunde dabei haben. Die Fachärzte wissen, dass wir umsetzen, was sie empfehlen oder im Zweifel auch nachfragen. Und das ist doch ein viel besseres und erfüllenderes Arbeiten.

Die AOK Nordost stellt den Netzen für teilnehmende Versicherte ja turnusmäßig Berichte zu den Arzneimitteln und zu den Krankenhausaufenthalten zur Verfügung. Aufgrund der datenschutzrechtlichen Bestimmungen sind diese Berichte pseudonymisiert. Sie wissen also nicht, um welchen ihrer Patienten es sich im Einzelnen handelt. Unterstützen die Berichte dennoch ihre Arbeit und wenn ja, inwiefern?



Klaus Beese:

Die Berichte sind für uns sehr hilfreich. Wir können schon sehen, welche Medikamente eingenommen werden, die wir selbst gar nicht verordnet haben. Das wüssten wir in einigen Fällen sonst gar nicht. Ähnliches gilt für die Krankenhausaufenthalte. Von denen erfahren wir oft erst im Nachhinein, über die Entlassungsbriefe. Auch hier liefern uns die Krankenhausberichte wichtige Informationen. Sie helfen uns, mit unseren Patienten ins Gespräch auch über unsere Rolle und Funktion als „ihr“ Hausarzt zu kommen.

Ludwig Schaffner-Kubicki:

Wir arbeiten die Arzneimittelberichte regelmäßig durch und überprüfen sie auf Neben- und Wechselwirkungen. Dazu finden auch Fortbildungen statt, in denen Netzpatienten mit vielen Medikamenten vorgestellt und die Angemessenheit der Medikation hinterfragt und diskutiert wird. Und das ist auch ein Vorteil des Netzes. Dass damit ganz offen umgegangen wird. Zur Medikation bestehen auch netzinterne Standards, wie der, dass regelhaft ein Arzneimittelcheck durchgeführt wird, also immer wieder erhoben wird, welche Medikamente unsere Netzpatienten aktuell einnehmen. Ein weiterer Standard ist der Medikamentenplan, den der Patient bei sich trägt, und dem die jeweils aktuelle Medikation entnommen werden kann. Außerdem wird nach Krankenhausaufenthalten die Entlassungsmedikation sorgfältig geprüft. Das ist oft aufwändig, weil die Medikation im Krankenhaus dann doch anders erfolgt und man die Dosierung deshalb erst übersetzen muss. Die Auswertungen der AOK zeigen, dass wir sehr gut liegen, dass also sehr rationell verordnet wird.

Nützen Schulungen zur Verordnung und der direkte Draht zu Mitarbeitern der AOK?

Klaus Beese:

Ja. Bei uns wurden Schulungen zur Verordnung von Häuslicher Krankenpflege, Hilfsmitteln und speziell zur Thematik Krankentransporte durchgeführt. Und dass wir direkte Ansprechpartner in der AOK haben, verkürzt die Abläufe in einigen Fällen doch erheblich. Das nützt am Ende unseren Patienten. Man muss auch sehen, dass Bürokratie bei uns auch entsteht, weil die Krankenkasse Nachfragen zu der einen oder anderen Verordnung hat. Das hat sich ganz klar reduziert.

Welche Visionen haben Sie für die weitere Zukunft? Was würden Sie sich wünschen?

Klaus Beese:

Ich würde mir wünschen, dass die Patienten über die Rolle und die Funktionen, die wir als Hausärzte haben, und die die Fachärzte haben, besser informiert, besser aufgeklärt sind. Nicht nur von uns. Hier könnten wir mehr Unterstützung brauchen, von der AOK, auch von der Politik. Dann würde sich die Wartezeitenproblematik auf einen Termin beim Facharzt, über die jetzt so viel gesprochen wird, wahrscheinlich zum Großteil von alleine lösen. Und ich würde mir wünschen, dass wir es als Netz schaffen, Überflüssiges auch dadurch zu vermeiden, dass die spezialisierteren Kollegen hinzugezogen werden können, ohne dass der Patient dazu jedes Mal bei ihnen selbst vorstellig werden muss.

Ludwig Schaffner-Kubicki:

Meine Vision wäre eine Gruppe von 50 bis 80 motivierten Hausärzten, hier aus den Bezirken, die sich regelmäßig fortbilden und austauschen, mit allen Medien. Dazu Fachärzte aller wichtigen Disziplinen, die im Sinne einer rationellen Diagnostik und Therapie mit uns zusammenarbeiten. Die Einbindung von Fachärzten ist allerdings schwer. Alle haben volle Praxen, für das ganze nächste halbe Jahr. Und dabei sind dann eben auch viele Patienten, die gehören da gar nicht hin. Dass die Ressourcen, die dann da wären, systematisch untereinander genutzt werden. Mein Traum wäre zum Beispiel auch, dass es gelingt, einen konservativ ausgerichteten Orthopäden in das Netz einzubinden. Ein eigener Pflegedienst, mit dem

man vertrauensvoll zusammen arbeitet, und mit dem der Informationsaustausch, die Abstimmung reibungslos läuft. Was auch hier in der Großstadt sinnvoll wäre, wäre eine netzeigene Case Managerin, die sich um ausgesuchte Patienten kümmert, z. B. um solche, die von Krankenhausaufhalten bedroht sind.

Eine „Gesundheitsmanagerin“ also, die sich über die Wundversorgung durch die Pflegedienste kundig macht, die Hilfsmittelversorgung vor Ort sichtet oder einzelne Patienten auch schon einmal vor der Krankenhauserlassung aufsucht, um den Übergang gezielt vorzubereiten, die das mit uns abstimmt. Die uns Dinge abnimmt, die wichtig sind, um die wir uns aber nicht so kümmern können, wie das eigentlich sein sollte. Und was die Krankenhäuser anbetrifft: Mit einem Krankenhaus hat gut funktioniert, dass der Hausarzt aus dem Netz per Fax informiert wurde, wenn ein Netzpatient aufgenommen worden ist, und es wurden gezielt Vorbefunde und die Medikation abgefragt. Am Tag der Entlassung hatten wir ein Entlassungsfax auf dem Tisch. Das hilft letztlich allen. Aber solche Absprachen zu treffen, ist aufwändig. Und wechselt das Personal im Krankenhaus, bleibt die Information dann wieder aus. Das müsste regelhaft etabliert werden und nicht nur dann, wenn sich ein paar engagierte Ärzte darum bemühen.

Andreas Hagenow:

Die AOK arbeitet gemeinsam mit uns nun seit Jahren bei dem Aufbau eines richtungweisenden und nach meiner festen Überzeugung zukunftsstragenden Versorgungssystems zusammen. Die Versorgungssituation hat sich für die Patienten ganz klar und in vielerlei Hinsicht stark verbessert. Nach meiner Einschätzung ist die AOK bei dem Verfahren zur Messung auch der wirtschaftlichen Seite unserer Arbeit weit vorangeschritten. Das ist für uns natürlich auch wichtig. Es erlaubt uns, weiter in die Entwicklung der Strukturen zu investieren. Ich würde mir wünschen, dass wir gemeinsam damit offensiver in der Öffentlichkeit auftreten. Und ich würde mir auch wünschen, dass es uns in der Zukunft gelingt, intensiver mit dem Landkreis zusammen zu arbeiten als das bislang möglich war. Und noch eines: Ich denke schon, dass die elektronische Vernetzung ein extrem hilfreiches Instrument ist. Die EDV-Umgebungen in den Praxen sind unterschiedlich. Bislang scheitert vieles, weil Kommunikationsschnittstellen seitens der Softwarehersteller fehlen. Ich würde mir wünschen, dass die Politik hier endlich klare Verpflichtungen schafft.

Beitrag 3

Zusammenarbeit in einem AOK-Gesundheitsnetz: Die Perspektive des Netzmanagements



**Dr. Carsten Jäger und
Dr. Jürgen Oldenburg**



Ausgangssituation für das Netzmanagement

Die Mitwirkung an einem Arztnetz ist für den einzelnen teilnehmenden Arzt in der Regel nicht essenziell für den erfolgreichen Betrieb der eigenen Praxis. Die Motivation, trotzdem an einem Arztnetz teilzunehmen, gründet sich deshalb eher auf „weiche Faktoren“. Hierunter fallen vor allem

- der Wunsch nach kollegialem Austausch mit ähnlich interessierten, qualitativ ausgerichteten und strukturiert arbeitenden Ärzten
- die Entwicklung und Umsetzung von Versorgungsprojekten und -strukturen, die eine Praxis allein nicht aufbauen oder unterhalten kann (z. B. Betrieb einer Anlaufpraxis, regionale Präventionsprogramme, gemeinsames Case Management)
- die Arbeitsteilung bei Aufgaben, die nicht primär ärztliche Leistungen sind (z. B. Bereitstellung von Informationen und themenspezifischen Ausarbeitungen, Schaffung der Möglichkeiten für den netzinternen Informationsaustausch und die Kommunikation)

- die Abstimmung zu gemeinsamem Handeln und die bessere Vertretung gemeinsamer Interessen nach außen (z. B. gegenüber anderen Leistungserbringern)
- Steigerung der Attraktivität der Praxis für Nachfolger

Das Arztnetz-Management hat die Aufgabe, konkrete Lösungen und Angebote bereitzustellen, die für möglichst viele Netzärzte von großem Interesse sind.

Das Arztnetz-Management hat die Aufgabe, entsprechende konkrete Lösungen und Angebote bereitzustellen, die für möglichst viele Netzärzte von großem Interesse sind. Dies umfasst die Planung und Organisation der Entwicklung und die Schaffung stabiler Strukturen für die anschließende Umsetzung. Die Realisierung und Vorhaltung derartiger Angebote bringt erhebliche finanzielle Aufwendungen mit sich. Das Arztnetz benötigt daher Mittel zur Finanzierung der Angebote (Investitionen). Es ergibt sich zwangsläufig, dass sich das Arztnetz auch als eine wirtschaftliche Unternehmung verstehen und Einnahmen erwirtschaften muss. Diese stammen entweder aus den Beiträgen der Mitglieder für Leistungen des Arztnetzes zur Erfüllung der oben genannten weichen Faktoren oder aus Verträgen, die das Arztnetz schließt.

Das Netzmanagement agiert dabei als „Verband“ im Spannungsfeld ganz unterschiedlicher Interessen seiner Mitglieder. Es hat aber auch die Leitungs- und Führungsfunktion des „Unternehmens Arztnetz“ am Gesundheitsmarkt, das die Interessen seiner Vertragskunden bedient.

Daraus leiten sich für die langfristig erfolgreiche Umsetzung eines Vertrags zur integrierten Versorgung, der auch die Grundlage der Zusammenarbeit mit der AOK Nordost in *Mein AOK-Gesundheitsnetz*[®] ist, besondere Aufgaben ab.

Die fünf wesentlichen Kernaufgaben des Netzmanagements bei der Umsetzung von *Mein AOK-Gesundheitsnetz*®

1. Gewinnung von Ärzten

Ärzte sehen sich einer Vielzahl bürokratischer Vorgänge ausgesetzt. Jeder Zusatzvertrag bedeutet primär auch hier mehr Aufwand, auch wenn dieser, wie beim Vertrag mit der AOK Nordost, gering ist. Damit der Entscheidungsprozess des Arztes zu seiner Teilnahme positiv verläuft, müssen klare Vorteile für ihn erkennbar sein. Dies umfasst beim Vertrag mit der AOK Nordost u. a.

- Möglichkeiten der eigenen Weiterentwicklung durch die mit der Vertragsumsetzung verbundenen interkollegialen Diskussionen
- Zugang zu den von Ärzten des Netzes selbst entwickelten Handlungsempfehlungen – auch zur Absicherung; keine zusätzlichen Vorschriften vom „grünen Tisch“
- Nutzung spezifischer Serviceangebote, u. a. schnelle Facharzttermine im medizinisch notwendigen Fall, schnelle Bearbeitung von Anträgen bei der AOK Nordost
- Erhalt besonderer Versorgungsdaten und damit verbunden eines besseren Überblicks, z. B. alle Patienten mit Polymedikation – mit den verordneten Arzneimitteln der mit behandelnden Ärzte
- Vergütung für den mit der Teilnahme am Vertrag verbundenen zusätzlichen zeitlichen Aufwand
- Keine zusätzlichen Anforderungen an die Abrechnung: Patienten und Praxis verbleiben im System der Regelversorgung und rechnen den Patienten wie gewohnt über die Kassenärztliche Vereinigung (KV) ab
- Keine wirtschaftlichen Risiken für den Arzt, kostenfreie Teilnahme am Vertrag

Diese Argumente sind zu transportieren. Dazu konzipiert und koordiniert das Netzmanagement entsprechende Maßnahmen und Aktivitäten, vor allem:

- Kurz und bündig gefasste Informationsmaterialien und Verträge
- Organisation von persönlichen Gesprächen von teilnehmenden Ärzten mit neuen, interessierten Ärzten
- Informationsveranstaltungen in der Region

Selbst bei einem relativ einfachen Vertrag bedarf es oft zahlreicher Anläufe, bis ein neuer Teilnehmer gewonnen werden kann. Der neue Arzt muss in der Regel „sanft“ an die Themen herangeführt werden. Dazu erfolgt eine schrittweise Einarbeitung in die diversen Themenbereiche, was unter Umständen bis zu zwei Jahre dauern kann. Folgende Abfolge der Themen hat sich bewährt:

- Einschreibung von Patienten: Patientengespräch und Ablauf
- Netzinterne Regelung der Kooperation zwischen Hausarzt und Facharzt
- Verfahrensabläufe bei der Bewilligung von Leistungsanträgen in der AOK Nordost
- Zwei bis drei Regelungen mit hoher medizinischer Relevanz für den Arzt (z. B. Arzneiverordnungen, Polymedikation)
- Zwei bis drei Regelungen mit hoher organisatorischer Relevanz für den Arzt (z. B. Krankentransport, Heilmittelverordnungen)

2. Sicherung einer dauerhaften, nachhaltigen Mitwirkung der teilnehmenden Ärzte

Inhaltlich, ökonomisch und für den Zusammenhalt ist es für das Arztnetz wichtig, dass die beteiligten Ärzte langfristig aktiv dabei bleiben. Dies gilt umso mehr für den Vertrag mit der AOK Nordost, der dauerhaft angelegt ist. Um die dauerhaft aktive Mitwirkung der Ärzte zu gewährleisten, ist es Aufgabe des Netzmana-

gements eine Reihe von Aktivitäten und Maßnahmen zu planen, zu organisieren und sicherzustellen. Dazu gehören insbesondere:

- Die Zielsetzungen des Vertrages mit der AOK Nordost werden für ein Jahr zu Jahresbeginn festgelegt, ggf. auf die einzelnen Teilnehmer herunter gebrochen und besprochen
- Regelmäßige (mindestens quartalsweise) Durchführung von Netzveranstaltungen mit Themen, die den Vertrag mit der AOK Nordost betreffen (z. B. erzielte Ergebnisse, neue Regelungen) sowie Diskussion, Mehrheitsfindung und Abstimmung von Vorschlägen aus den Arbeitsgruppen
- Dokumentation aller wichtigen Inhalte (Protokolle, Regelungen, Vorlagen) und Bereitstellung, so weit als möglich in einem eigenem, geschützten Bereich des Auftritts im Internet
- Schnelle Reaktion seitens der Geschäftsstelle des Managements auf alle Fragen, die sich bei der Durchführung des Vertrages im Praxisalltag stellen
- Erarbeitung von Inhalten durch und (freiwillige) Einbindung über Projektgruppen (Themen sind überschaubar zu halten, z. B. die Erarbeitung von Grundsätzen zur Arzneimittelverordnung)
- Regelmäßige Versorgung mit Daten aus dem Vertrag (Einschreibungen, neue Ärzte, Ergebnisse, Verordnungsdaten, Qualitätsdaten), Offenlegung der Daten mit Ranking der einzelnen Ärzte, Diskussion und Festlegung von allgemeinen Ableitungen („Handlungsempfehlungen“)
- Persönliche Gespräche zwischen einem Vertreter des Arztnetzes oder des Managements mit einzelnen Teilnehmern bei dringend gebotenen Änderungen des Verhaltens, Problemen, Konflikten oder „einfach nur so“

Das Netzmanagement muss bei allen Aktivitäten mit den zeitlich begrenzten Kapazitäten der Ärzte umgehen und dazu Themen inhaltlich gut vorbereiten, die Anzahl der mitarbeitenden Ärzte jeweils auf das notwendigste Minimum beschränken und protokollarische Aufgaben übernehmen. Das Netzmanagement muss sich durch die gründliche Einarbeitung in die Themen auch die erforderli-

che Fachkompetenz aneignen, die für die zu treffenden Entscheidungen unabdingbar ist.

Das Netzanagement erfolgt hauptamtlich. Die Leitung wird operativ durch weitere Mitarbeiter unterstützt. Das Management seinerseits wird durch eine Vertretung der teilnehmenden Ärzte strategisch und inhaltlich überwacht und unterstützt (durch den Vorstand oder einen Beirat), die auch die Funktion der ärztlichen Leitung übernimmt. Dies sichert die Akzeptanz der Entscheidungen und erhöht die Effizienz bei der Umsetzung des Vertrages mit der AOK Nordost.

3. Vermittlungs- und Filterfunktion

Die im Vertrag formulierten wie auch die mit seiner Umsetzung verbundenen Anforderungen sind vereinzelt für Ärzte nur schwer verständlich („Juristendeutsch“, Fachsprache des Sozialversicherungsrechts und formelle Anforderungen, die sich aus den sozialversicherungsrechtlichen Bestimmungen ergeben) oder gelegentlich auch schwer nachvollziehbar (z. B. Funktionsweise des Budgetmodells, Formalien, die bei der Einschreibung von Versicherten einzuhalten sind). Seitens der Ärzte entstehen durch die Kooperation und Erfahrungen in der Versorgung der Patienten oft Erwartungen an die AOK Nordost, die bedingt durch den Rahmen, der ihr gesetzt ist, von ihr nicht erfüllt werden können (z. B. Änderung von als „bürokratisch“ empfundenen Regeln).

In gemeinsamen Gesprächen greift das Netzmanagement aktiv moderierend und vermittelnd ein ...

Das Netzmanagement hat hier die Aufgabe, die Meinungen zu sortieren und „das Machbare“ vorab auszuloten, oder ggf. auch nur um Verständnis für die Sicht der anderen Partei zu werben. In gemeinsamen Gesprächen (Lenkungsgruppen, Projekt- und Arbeitsgruppen, Einzelgespräche) greift das Netzmanagement aktiv „zwischen den Welten“ moderierend und vermittelnd ein und hat die Aufgabe, für alle Beteiligten tragbare Lösungen zu finden. Im Laufe der Zeit trägt das entscheidend dazu bei, „Gräben zu überbrücken“ und Denkmuster zu verändern.

4. Entlastung der Ärzte

Die Ärzte sollen sich primär der verbesserten Versorgung der eingeschriebenen Patienten widmen. Das Netzmanagement hält seinerseits alle Arbeiten von den teilnehmenden Ärzten fern, die nicht unbedingt von ihnen selbst erledigt werden müssen. Dazu zählen inhaltliche, koordinative und administrative Tätigkeiten verschiedenster Art:

Die Ärzte sollen sich primär der verbesserten Versorgung der Patienten widmen.

- Primärer Ansprechpartner für die AOK Nordost, insbesondere zur direkten Klärung aller Fragen (ohne Rückgriff auf den einzelnen Arzt)
- Vorbereitung, Organisation, Durchführung und inhaltliche Überwachung aller Vorstands- und Beiratssitzungen, Versammlungen, Treffen von Projekt- und Arbeitsgruppen und Zusammenkünften mit der AOK Nordost im Lenkungsgremium
- Entwürfe für alle Materialien, Produktion nach Freigabe und Versand
- Verarbeitung der Einschreibungen, Erstellung von Patientenlisten
- Entwicklung von Regeln für die Verteilung der Einnahmen, Abstimmung mit dem Vorstand, Umsetzung der Regelungen
- Aufarbeitung von Datenlieferungen (Darstellung und Interpretation)

5. Weiterentwicklung

Durch die langjährige Tätigkeit wächst dem Netzmanagement immer stärker auch die Funktion zu, den Vertrag (aus der Perspektive des Arztnetzes) strategisch weiter zu entwickeln, insbesondere auch bezogen auf Maßnahmen, die zu einer verbesserten Patientenversorgung beitragen. Aktuell befasst sich das Netzmanagement dazu unter anderem mit folgenden Themen:

- Einsatz netzeigener nicht-ärztlicher Mitarbeiter in der Versorgung (Übernahme arztentlastender delegationsfähiger Leistungen durch entsprechend ausgebildete Medizinische Fachgestellte nach dem Vorbild der agnes^{zwei}-Fachkräfte)

- Einführung von Qualitätsindikatoren
- Weiterentwicklung der Netzstrukturen über den Ausbau von Kooperationen mit anderen Leistungserbringern (Fachärzte, Krankenhäuser, ambulante Pflegedienste und Pflegeheime)
- Analysen zur Patientenstruktur im Netz
- Vermeidung von Risiken für die Patienten (Stichwort: Polymedikation)
- Weitere Entwicklung und Implementierung von Maßnahmen, die einen zielgerichteteren und besser strukturierten Zugang zur fachärztlichen und zur stationären Versorgung gewährleisten

Schlussbemerkungen

Der Vertrag mit der AOK Nordost hat die Entwicklung der Arztnetze enorm unterstützt. Die teilnehmenden Ärzte haben sich in den Jahren seit Vertragsabschluss intensiv mit Versorgungsfragen auseinander gesetzt. Es besteht eine beständig wachsende Bereitschaft, aktiv an Verbesserungen in der Gestaltung der Versorgungsabläufe zu arbeiten. Der Vertrag hat einerseits dabei sinnstiftend gewirkt und den Teilnehmern zugleich mögliche Handlungsfelder aufgezeigt. Er hat andererseits durch den Zufluss von Erträgen aus positiven Ergebnissen des Vergütungsmodells die strukturelle und inhaltliche Aufbauarbeit des Netzes entscheidend beschleunigt.

Die Arztnetz-Manager blicken auf eine achtjährige erfolgreiche, sehr vertrauensvolle Zusammenarbeit zwischen Arztnetz und AOK Nordost zurück.

Die Arztnetz-Manager blicken nunmehr auf eine achtjährige erfolgreiche, sehr vertrauensvolle Zusammenarbeit zwischen Arztnetz und AOK Nordost zurück. Sie hat das Verständnis für die Herausforderungen der Patientenversorgung nachhaltig verbessert. Sie zeigt uns aber auch, dass bis zu einer vollständigen „sektorenübergreifenden Integration“ noch eine gute Strecke Weg vor uns liegt. Gleichzeitig bestehen viele Rahmenvorgaben, die es schwierig machen, dieses Ziel zu erreichen. Dazu gehören auch „konkurrierende“ Verträge mit Lukrativität für die Ärzte, aber nur begrenzter Steuerungswirkung. Aber trotz aller Schwierigkeiten: Wir sind davon überzeugt, dass wir auf dem richtigen Weg sind.

Beitrag 4

Qualitätsmanagement und Stärkung der hausärztlichen Steuerungsfunktion in Berliner Arztnetzen



Dr. Jürgen Oldenburg

Aufbau und Weiterentwicklung von Leistungen und Angeboten eines Arztnetzes bedürfen geregelter Abläufe und spezifischer Strukturen. Darüber hinaus kann und sollte ein Arztnetz den Nutzen seiner Aktivitäten mit Ergebnissen belegen. Um eine hohe Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität zu erzielen, werden dazu verschiedene Instrumente des Qualitätsmanagements eingesetzt, und es werden die Kriterien der Rahmenvorgabe der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) für die Anerkennung von Praxisnetzen zur finanziellen Förderung im Rahmen der Honorarverteilung der Kassenärztlichen Vereinigungen (gem. § 87b SGB V) berücksichtigt. In Zukunft werden zusätzlich netzinterne Maßnahmen eine größere Rolle spielen, die direkt auf die Ergebnisqualität abzielen. Im Folgenden werden Aktivitäten von fünf Berliner Arztnetzen beschrieben, die einen Vertrag *Mein AOK-Gesundheitsnetz*® mit der AOK Nordost abgeschlossen haben. Sie sind bereits in allen Netzen umgesetzt.

1. Zielgerichtete Abstimmungsprozesse zwischen Netzärzten und weiteren Leistungserbringern, Einbindung weiterer Partner

Jedes Arztnetz ist regional in einem Bereich tätig, der ungefähr der Größe eines Berliner Stadtbezirks (zwischen 200.000 und 300.000 Einwohner) entspricht. Aufgrund der Vielzahl der Leistungserbringer in der Region, ist es ein wichtiges Ziel des jeweiligen Netzes, sich zumindest mit möglichst vielen an der Versorgung der eingeschriebenen Patienten beteiligten Leistungserbringern abzustimmen, um

ein möglichst reibungsarmes Hand-in-Hand zu sichern. Dazu werden als Maßnahmen ergriffen:

- Schaffung von Transparenz unter den Netzpraxen durch eine Liste in der alle besonderen diagnostischen Angebote, alle Behandlungs- und alle Serviceangebote der beteiligten Netzpraxen verzeichnet sind
- Einbindung vor allem der nicht-hausärztlich tätigen Fachärzte durch den Abschluss von Kooperationsvereinbarungen (u. a. mit dem Ziel, bei Bedarf medizinische Fragen rasch abklären zu können)
- Fortbildung der Hausärzte durch die eingebundenen Fachärzte
- Klärung und Abstimmung besonders gravierender Fälle in interdisziplinären Fallkonferenzen, Einbezug von Krankenhausärzten
- Persönliche und intensivierete Absprachen zwischen Hausarzt und nicht-ärztlichen Leistungserbringern, insbesondere mit ambulanten Pflegediensten
- Gespräche mit Fachabteilungen von Krankenhäusern zur Erleichterung der Arbeit der Netzärzte (z. B. frühzeitige Information bei stationärer Aufnahme, Abstimmung der Arzneimittelversorgung)
- Umsetzung von Verfahrensregelungen, die mit der AOK Nordost im Rahmen des Vertrags erarbeitet wurden (z. B. zur Krankenförderung, zu Hilfsmittelverordnungen), unterstützt durch entsprechende Schulungen für Netzärzte und Praxismitarbeiter/innen

2. Festlegung und Beschreibung netzinterner Regelungen

Einheitliche Regelungen sind für eine erfolgreiche Umsetzung aller Projekte und Verträge eines Netzes von essenzieller Bedeutung. Über den Vertrag *Mein AOK-Gesundheitsnetz*[®] werden von den verschiedenen Arztnetzen vom Grundsatz her zwar die gleichen Ziele verfolgt. Die konkreten Inhalte und auch der jeweilige Grad der Verbindlichkeit sind allerdings stark von regionalen Gegebenheiten und der Bereitschaft der Netzärzte abhängig, sich an Veränderungen in den Abläufen anzupassen und sich, beispielsweise bei der weiteren Veranlassung von Leistungen,

stärker auf die Kooperationspartner des Netzes zu konzentrieren. Die Erarbeitung erfolgt unter Moderation des Netzmanagements durch die Ärzte selbst. Zwei Aspekte stehen dabei in der Regel im Vordergrund: Welche Regelungen sind sinnvoll, insbesondere um die Arbeits- und Versorgungsabläufe „zu glätten“? Und: Sind sie mit vertretbarem Aufwand umsetzbar? Es darf nicht übersehen werden, dass jeder Arzt in der Regel eine eigene Praxis in freier Niederlassung betreibt und an dem Netz freiwillig teilnimmt. Eine wirtschaftliche Notwendigkeit dazu besteht nicht. Alle verbindlichen und somit „angeordneten“ Regelungen beschränken sich deshalb auf wenige, aus dem Vertrag resultierende Verpflichtungen (z. B. zum Einschreibeverfahren, zur Beachtung von Datenschutzregelungen). Die Erarbeitung weiterer Regelung ist stärker darauf ausgerichtet, zuvor eine möglichst hohe Übereinstimmung herzustellen, die nicht notwendigerweise von Beginn an alle Netzärzte umfassen muss. Dieses Vorgehen schafft langfristig eine höhere Akzeptanz und folglich auch eine bessere Durchdringung im Alltag der Netzärzte.

Eine Evaluierung der Umsetzung (z. B. Erhebung was bei welchem Patienten angewandt wurde) erfolgt zeitweise. Teilweise wird die Umsetzung einer Regelung auch finanziell honoriert.

Es haben sich u. a. folgende Regelungen bewährt:

- Erreichbarkeit außerhalb der Sprechstunde für Patienten und auch für die betreuenden ambulanten Pflegedienste
- Überprüfung und Anpassung des gesamten Medikamentenplans bei ausgewählten Patientengruppen (z. B. nach einer Entlassung aus dem Krankenhaus, bei chronisch kranken Patienten)
- Aktives Nachfassen bei Patienten, die von Dekompensation oder anderen Zustandsverschlechterungen akut bedroht sind
- Festlegung von Grundsätzen für die Verordnung von Arzneimitteln (z. B. Umgang mit der Aut idem-Regelung, Ausstellung von Wiederholungsrezepten)
- Dringlichkeitsorientiertes Terminmanagement

Die Versorgungsabläufe und ihre Organisation werden für ausgewählte medizinische Themenkomplexe in kurzen Behandlungspfaden dargestellt, z. B. Festlegung von Therapieschemen sowie von Art und Umfang notwendiger (Kontroll-) Untersuchungen. Hinsichtlich der medizinischen Fragestellungen wird dabei immer auf Leitlinien und Empfehlungen der Fachgesellschaften Bezug genommen.

3. Qualitätsziele, Qualitätsdaten

Die Qualität der Versorgung ist eines der zentralen Regelungsfelder des Vertrages *Mein AOK-Gesundheitsnetz*®. Für jedes Netz wird jährlich ein Qualitätsplan erstellt, der konkrete Maßnahmen beschreibt, z. B.

Die Qualität
der Versorgung
ist eines der
zentralen
Regelungsfelder
des Vertrages
*Mein AOK-Ge-
sundheitsnetz*®

- Erstellung oder Aktualisierung von Regelungen
- Plan der Fortbildungsmaßnahmen
- Einführung von Leitlinien
(z. B. hausärztliche Polymedikation)
- Durchführung von strukturierten Patientenbefragungen
- Weitere Maßnahmen der Qualitätssicherung und des Qualitätsmanagements, die sich aus Datenauswertungen ableiten lassen

Auswertungsergebnisse zu ausgewählten Qualitätsparametern werden den Netzärzten zur Verfügung gestellt und in den Gremien und Versammlungen des Netzes hinsichtlich möglicher Konsequenzen (für den einzelnen Arzt/das Netz) diskutiert. Als besonders geeignet haben sich für dieses Verfahren erwiesen:

- Auswertungsergebnisse zur Arzneimittelversorgung

Sie werden von der AOK Nordost quartalsweise für eingeschriebene Versicherte

in pseudonymisierter Form⁷ zur Verfügung gestellt. Sie umfassen auch Auswertungen zur Polymedikation. Außerdem werden auf Arzzebene aggregierte Kennzahlen bereitgestellt (z. B. Anzahl von Verordnungen pro eingeschriebenem Versicherten nach Altersgruppen, Anteil der Patienten mit Polymedikation, Anteil der Durchschnittskosten pro Verordnung). Die so aufbereiteten Daten werden in Versammlungen besprochen und Maßnahmen abgeleitet.

- Auswertungsergebnisse zu Krankenhausaufenthalten eingeschriebener Versicherter

Auswertungsergebnisse zu den Krankenhausaufenthalten eingeschriebener Versicherter werden in pseudonymisierter Form von der AOK Nordost ebenfalls turnusmäßig zur Verfügung gestellt. Auf eine Sichtung und Analyse durch das Netzmanagement folgt eine strukturierte Analyse durch den Arzt, bei dem die Patienten eingeschrieben sind. Die Analysen haben teilweise große Informationsdefizite aufgedeckt: Bis zu 20 Prozent der Klinikfälle waren den Ärzten nicht bekannt. Die Ergebnisse liefern außerdem wertvolle Informationen für zielgerichtete Abstimmungen mit den behandelnden Kliniken. Gleichzeitig bilden sie Grundlage dafür, die Notwendigkeit einer stationären Behandlung kritisch zu hinterfragen und ambulante Behandlungsalternativen zu prüfen.

- Informationen zur Patientenzufriedenheit

Um eine Rückmeldung zur Wahrnehmung der Patienten zu erhalten, haben Netzpraxen gezielt bei „ihren“ Patienten um eine Bewertung im AOK-Arztnavigator⁸ nachgesucht. Bei einer Analyse von drei Netzen im Juli 2013 waren

⁷ Alle übermittelten Einzeldaten unterliegen einem Pseudonymisierungsverfahren, sodass ein Rückschluss auf konkrete Personen nicht möglich ist. Das Verfahren entspricht den Regelungen des Datenschutzes. Im Rahmen seiner Teilnahmeerklärung erklärt sich der Versicherte dazu bereit, dass die für ihn bei der Kasse gespeicherten Routinedaten (nach Pseudonymisierung) für den oben genannten Zweck genutzt werden können.

⁸ Der AOK-Arztnavigator (www.aok-arztnavi.de) ist eine Online-Arztsuche und Versichertenbefragung, die gemeinsam von der AOK, der BARMER GEK und der Weissen Liste, ein Projekt der Bertelsmann Stiftung und der Dachverbände der größten Patienten- und Verbraucherorganisationen, entwickelt wurde. Ein weiterer Partner ist die Techniker Krankenkasse.

über 50 Prozent der Hausärzte der Netze im AOK-Arztnavigator freigeschaltet. Bei über 80 Prozent der Netzärzte lag die Weiterempfehlungsquote über dem Bundesdurchschnitt. An strukturierten Patientenzufriedenheitsbefragungen haben im Jahr 2013 in drei Netzen insgesamt ca. 40 Prozent der Hausarztpraxen teilgenommen. Dabei wurden bis zu 125 Patienten befragt. Den teilnehmenden Praxen wurden ihre individuellen Ergebnisse und ihr Ergebnis im Vergleich zum Gesamtergebnis im Rahmen sogenannter „Praxisreports“ mitgeteilt. Die Ergebnisse wurden schließlich allen Netzärzten vorgestellt und diskutiert. In Folgeversammlungen findet ein Austausch über ergriffene Maßnahmen und die dabei gesammelten Erfahrungen statt. Best-Practice-Ansätze werden identifiziert.

- Ergänzende Auswertungen

Ergänzend zu den genannten regelmäßigen Datenanalysen werden durch die AOK Nordost bei Bedarf Sonderauswertungen bereit gestellt, z. B. zum Anteil der Patienten, die in ein Disease-Management-Programm (DMP) eingeschrieben sind, zu Aut-idem Quoten, zu Heilmittelverordnungen nach Leistungsgruppen oder stärker indikationsbezogenen Fragestellungen (Diabetes).

- Qualitätsindikatoren

In Kooperation mit der AOK Nordost und dem AOK-Bundesverband ist im Rahmen des Projektes „Qualität in Arztnetzen – Transparenz mit Routinedaten“ (QuATRo) in den Arztnetzen die Auseinandersetzung mit den spezifisch für diesen Zweck entwickelten Qualitätsindikatoren angelaufen. Diese Qualitätsindikatoren werden aus Routinedaten gewonnen und werden dann in ihrer Entwicklung über die Zeit beobachtet (vgl. dazu Beitrag 8). Nach einer Priorisierung werden die Ärztenetze zu den ausgewählten Indikatoren Handlungsempfehlungen ausarbeiten, deren Umsetzung überprüft werden wird.

4. Zertifizierung der teilnehmenden Praxen

Eine strategische Zielsetzung der Arztnetze ist es, dass alle teilnehmenden Praxen konsequent die Richtlinie zum Qualitätsmanagement von Arztpraxen (Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses) umsetzen und mittelfristig auch zertifizierungsreif sind (nach QEP – Qualität und Entwicklung in Praxen). Analysen zum Stand der Umsetzung (auf Basis einer Selbstbewertung) und zum Bedarf (Abfragen) wurden dazu durchgeführt. Daraus abgeleitet wurden bisher folgende Maßnahmen umgesetzt:

- Regelmäßige Schulungen und Qualifikationsmaßnahmen für Ärzte und Praxismitarbeiter zu ausgewählten wichtigen, aktuellen oder auch von ihnen selbst gewünschten Themen (z. B. Patientenrechte, Datenschutz, Hygiene, Praxis-Qualitätsziele)
- Bereitstellung aller entwickelten Regelungen, Dokumente, Protokolle und Mustertexte (verfügbar auf den internen Bereichen der Homepages)
- Individuelle Unterstützung in Form von Audits

Es versteht sich von selbst, dass das Thema „Versorgungsqualität“ ein zentrales Thema für die Arztnetze ist. Damit verbunden sind viele Aktivitäten des Netzes zur Verbesserung der Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität, die im Versorgungssystem auf anderen Wegen bislang nicht in zufriedenstellender Weise zu Stande gekommen sind. Arztnetze bereichern die bestehenden Versorgungsangebote damit um ein wichtiges Element. Wir sind zuversichtlich: Es wird sich zeigen, dass die Arztnetze regional nachweisbar höchste Qualität darstellen können.

Es versteht sich von selbst, dass das Thema „Versorgungsqualität“ ein zentrales Thema für die Arztnetze ist.

Beitrag 5

Qualitätsmanagement und Versorgungssicherung in strukturell schwächeren Regionen am Beispiel des Ärztenetz Südbrandenburg (ANSB)



Dr. Carsten Jäger

Versorgungsregion und Versorgungssituation

Bedingt durch die Abwanderung junger Menschen in Ballungsgebiete ist die Versorgungssituation im ländlichen Gebiet Südbrandenburgs gekennzeichnet von einem überdurchschnittlichen Alter der Bevölkerung.

Dies gilt auch und insbesondere für den Nachwuchs an jungen Medizinerinnen mit der Folge, dass sich die Schere zwischen Versorgungsbedarf und Versorgungsangebot immer weiter öffnet.

Das Ärztenetz Südbrandenburg (ANSB) engagiert sich als Zusammenschluss von über 60 ambulant tätigen Ärzten bereits seit seiner Gründung 2004 mit dem Ziel, eine qualitativ hochwertige Versorgung in den beiden Lausitzer Landkreisen Elbe-Elster und Oberspreewald-Lausitz sicherzustellen.

Zwei Strategien werden konsequent und parallel verfolgt:

- Neustrukturierung der Versorgung durch abgestimmte Behandlungspfade und Entlastung der Praxen durch speziell qualifiziertes nicht-ärztliches Fachpersonal

- Schaffung attraktiver Angebote, um Ärzte in der Region zu halten und jungen Ärzten Anreize zu bieten, sich in der Region neu niederzulassen

Beide Strategien konnten durch das Ärztenetz Südbrandenburg bisher sehr erfolgreich umgesetzt werden. Beispielsweise wurden unsere Bemühungen um die Neuansiedlung von Ärzten belohnt: Allein im ersten Quartal 2013 haben zwei neue Hausärzte ihre Tätigkeit in der Region aufgenommen⁹.

Seit dem Jahr 2008 besteht zwischen dem Ärztenetz Südbrandenburg und der AOK Nordost ein populationsbezogener Vollversorgungsvertrag zur Integrierten Versorgung nach § 140a ff. SGB V. In dem Vertrag sind mittlerweile knapp 6.000 Versicherte der AOK Nordost eingeschrieben.

Das technische Kernstück des Versorgungsansatzes bildet die eigens für das Ärztenetz entwickelte Softwarelösung „Curanet Managed Care Solution“. Neben einer zentralen Patientenakte sind hier verschiedene Behandlungspfade elektronisch hinterlegt.

In unterversorgten ländlichen Gebieten ist es unter sich verschlechternden Rahmenbedingungen erstens notwendig, nach Mitteln und Wegen zu suchen, um einem möglichst breiten Patientenkreis den Zugang zur ambulanten fachärztlichen Versorgung zu ermöglichen. Zweitens stehen die Zukunftssicherung und der Erhalt ambulanter, freiberuflicher ärztlicher Fachkompetenz im Mittelpunkt der Bestrebungen des Ärztenetz Südbrandenburg.

Um diese Ziele zu erreichen, arbeitet das Ärztenetz Südbrandenburg mit zahlreichen regionalen Partnern zusammen. Dazu zählen insbesondere:

- das Klinikum Niederlausitz (kommunales Klinikum der Grund- und Regelversorgung)

⁹ Die Dramatik zeigt sich in den Arztzahlen, die der Bedarfsplanung zugrunde liegen: Zum 01.01.2013 waren allein im Landkreis Elbe-Elster neun hausärztliche Vertragsarztsitze vakant; vgl. <http://www.kvbb.de/praxis/zulassung/bedarfsplanung/>

- die Fontana-Klinik Bad Liebenwerda (Rehabilitationsklinik für Erkrankungen des muskuloskelettalen Systems)
- ca. 20 ambulante Pflegedienste der Region
- verschiedene stationäre Pflegeeinrichtungen der Region
- die Kommunen
- Anbieter von Rehabilitationssport, Funktionstraining, Physiotherapie, Logopädie, Ergotherapie, Podologie, etc.

Die Versorgungslösungen des Ärztenetz Südbrandenburg haben mehrfach öffentliche Anerkennung erhalten, im Jahr 2013 durch gleich zwei bedeutende Auszeichnungen des deutschen Gesundheitswesens: Mit der Verleihung des Gesundheitsnetzwerkerpreises würdigten die Juroren vor allem die Innovationskraft des ANSB und den Einsatz des Netzes für die Sicherstellung einer umfassenden und qualitativ hochwertigen medizinischen Versorgung sowie die Koordination einer pflegerischen und betreuenden Versorgung in der Region trotz Überalterung und Ärztemangels. Mit dem MSD-Gesundheitspreis 2013 unter der Schirmherrschaft des Bundesministers für Gesundheit wurde das Ärztenetz ANSB für seinen Beitrag zur Sicherung der medizinischen Versorgung in der ländlichen Region ausgezeichnet.

Konzept, Maßnahmen und Versorgungsmehrwert für die Versicherten

Dadurch werden die knappen fachlichen Ressourcen für die "richtigen" Patienten geschont.

Das Gesamtziel der verschiedenen Teilprojekte besteht in der Sicherung und Aufrechterhaltung einer umfassenden und qualitativ hochwertigen medizinischen, pflegerischen und betreuenden Versorgung in der Region unter den eingangs beschriebenen Bedingungen. Dazu wurden (und werden) Konzepte entwickelt und umgesetzt, über die gestützt auf die zentrale Patientenakte und die strukturierten Behandlungspfade ein großer Teil der erforderlichen Differenzialdiagnostik und Vorbefundung durch den

Hausarzt erfolgt. Dadurch werden die knappen fachärztlichen Ressourcen für die „richtigen“ Patienten geschont. Der damit verbundene erhöhte Aufwand in den Hausarztpraxen wird durch netzeigene Vorhaltungen bzw. Unterstützungsangebote, wie z. B. agnes^{zwei}-Fachkräfte, speziell ausgebildete Pflegekräfte für die Palliativversorgung und die aufgebauten Strukturen zur Demenzversorgung aufgefangen.

CASE MANAGEMENT:

1. Versorgungssituation: Ohne Unterstützung durch Case Management

Frau B. wird nicht in einem Arztnetz betreut. Sie ist 85 Jahre alt. Seitdem ihr Ehemann verstorben ist, wohnt sie bei ihrer Tochter, die sie bei der Bewältigung des Alltages unterstützt. Sie leidet unter Herzrhythmusstörungen, Herzinsuffizienz, rheumatischen Beschwerden sowie leichter Inkontinenz. Ihre Tochter hat Hilfe von einem ambulanten Pflegedienst, der Frau B. bei der morgendlichen Grundpflege hilft und sie mobilisiert. In der Mittagspause und nach der Arbeit wird sie durch ihre Tochter betreut. Zweimal wöchentlich führt eine Physiotherapeutin Übungen zur Erhaltung der Gelenkbeweglichkeit mit Frau B. durch. Eines Tages muss sie jedoch wegen eines gynäkologischen Eingriffs ins Krankenhaus. Der Pflegedienst der Station holt keine Informationen über die bisherige Versorgung von Frau B. ein. Die krankengymnastische Behandlung wird nicht fortgeführt und durch den veränderten Tagesablauf wird Frau B. vollständig inkontinent. Dank größter Bemühungen gelingt es der Tochter nach dem Krankenhausaufenthalt die Mobilität und Kontinenz ihrer Mutter ähnlich dem Ausgangszustand wieder herzustellen. Aufgrund der eigenen physischen und psychischen Belastung muss sie jedoch einen Kurzzeitpflegeplatz für Frau B. besorgen. Wieder werden nur unzureichend Informationen über die bisherige Pflege berücksichtigt. Trotz ständiger Schmerzen wird keine adäquate Schmerztherapie eingeleitet. Frau B. ist kaum zum Essen und Trinken zu bewegen. Zwei Wochen nach der Rückkehr aus der Kurzzeitpflege erfolgt

aufgrund wiederholter Krampfanfälle eine erneute Einweisung in ein Krankenhaus. Die Diagnose lautet Elektrolytentgleisung durch mangelnde Flüssigkeitszufuhr. Frau B. erreicht ihre anfängliche Mobilität nicht zurück, verhält sich passiv und macht den Eindruck, mit dem Leben abgeschlossen zu haben. Ihre Tochter traut sich die häusliche Pflege nicht mehr zu und entscheidet sich für die weitere Versorgung ihrer Mutter in einem Pflegeheim. Das Pflegeteam wird nur über die klinischen Diagnosen informiert und kann ebenfalls nicht auf die individuellen Bedürfnisse der Patientin eingehen. Nach drei Monaten verstirbt Frau B..

2. Versorgungssituation: Mit Unterstützung durch Case Management

Herr X. ist 67 Jahre alt, allein stehend und lebt in einer Wohnung im 2. Stock zur Miete. Nach einem Schlaganfall neigt er zu Stürzen und hat zunehmend Probleme beim Treppensteigen. Er bräuchte einen Rollator, den er jedoch nicht die Treppe nach oben und wieder hinunter tragen kann. Weitere Hilfsmittel wurden nicht beantragt. Eine Pflegeeinstufung wurde abgelehnt. Die Wohnung hat Schwellen und zu schmale Türrahmen zum Bad und zur Toilette. Eine Putzhilfe hält seine Wohnung in Schuss, er kann selbst einkaufen und erledigt Besorgungen. Ab und zu bekommt er „Essen auf Rädern“. Herr X. denkt über einen Umzug ins Pflegeheim nach und erhofft sich dort eine höhere Mobilität. Die Finanzierung ist schwierig, da keine Pflegestufe vorliegt. Die Körperpflege bereitet ihm zunehmend Probleme. Ein Pflegedienst wurde noch nicht eingeschaltet. Gemeinsam mit dem am Ärztenetz Südbrandenburg teilnehmenden Hausarzt nimmt Herr X. Kontakt mit einem Case Manager des Servicezentrum Gesundheit Südbrandenburg auf. Dieser plant gemeinsam mit Herrn X., dessen Sohn und dem Hausarzt Maßnahmen, um ein selbstbestimmtes Leben im Alltag ohne Heimeinzug zu ermöglichen.

Das Ergebnis: Herr X. hat gemeinsam mit seinem Sohn den Umzug in eine behindertengerechte Erdgeschosswohnung realisiert. Der Case Manager hat die notwendigen Pflegehilfsmittel (Sitzerhöhung, Wannenlift) und die

Unterstützung durch einen Pflegedienst organisiert (hilft einmal wöchentlich beim Duschen). Familie und Freunde halfen bei der Renovierung und Möblierung. Herr X. wohnt in seinem alten Bezirk und führt ein selbstbestimmtes Leben. Die Compliance zum Hausarzt wie auch zum Case Manager ist entsprechend hoch. Insgesamt investierte der Case Manager für den Fall 220 Minuten, davon zwei Hausbesuche und 23 Telefonkontakte.

Mit dem netzeigenen Medizinischen Versorgungszentrum (MVZ) forciert das Ärztenetz außerdem die Bemühungen, neue Ärzte mit attraktiven Arbeitszeitmodellen in die Region zu „locken“. Zwei neue Ärzte konnten bereits für eine Niederlassung im Rahmen eines Vertragsarztsitzes des MVZ gewonnen werden.

Zentrale Netzakte, Behandlungspfade, Case Management, agnes^{zwei}-Fachkräfte, Neustrukturierung, Delegation

Besonders problematisch hat sich die ambulante fachärztliche Versorgung in den zurückliegenden Jahren entwickelt. Ressourcen wurden knapper, während sich gleichzeitig die Inanspruchnahme aufgrund der mit der demografischen Entwicklung in der Region assoziierten Morbiditätsentwicklung stetig erhöht hat.

In den vergangenen Jahren wurden in Arbeitsgruppen unter Leitung der jeweiligen Fachärzte und unter Beteiligung der niedergelassenen Hausärzte Behandlungspfade entwickelt und in die Software integriert. Den Hausärzten werden darüber IT-gestützt Informations- und Entscheidungsgrundlagen zur Verfügung gestellt (Stichwort: entscheidungsunterstützende Systeme), um beispielsweise differenzialdiagnostische Untersuchungen gezielt vorzunehmen. Die Ergebnisse, einschließlich der relevanten Vorbefunde, Labordaten und anamnestischer Daten, werden direkt elektronisch an den Facharzt übermittelt. Allzu undifferenzierte Überweisungen konnten so sukzessive abgebaut werden.

Dieses Vorgehen führte dazu, dass fachärztliche Kapazitäten für die ambulante Behandlung frei wurden. Es führte allerdings auch zu einem erhöhten Arbeits-

aufwand in den ebenfalls stark ausgelasteten Hausarztpraxen. Hier wurden verschiedene Entlastungs- und Unterstützungsinstrumente implementiert, die es den niedergelassenen Hausärzten nun ermöglichen, nichtärztliche Leistungen an netzeigenes Personal – darunter agnes^{zwei}-Fachkräfte und Palliativ-Care-Koordinatoren – und an ehrenamtliche Betreuer zu delegieren.

Die Notwendigkeit, die Zusammenarbeit der medizinischen Professionen in der Behandlung mit moderner Informations- und Kommunikationstechnologie zu unterstützen, hat das Ärztenetz Südbrandenburg frühzeitig erkannt. Mangels Verfügbarkeit geeigneter Softwarelösungen wurde im Jahr 2006 die Entwicklung einer eigenen Software in Auftrag gegeben. Dabei wurde von Anfang an der Datensicherheit höchste Aufmerksamkeit geschenkt:

- Einsatz von Hochsicherheitsservern in zertifizierten Servercentern
- KV Safenet-Zertifizierung aller Praxisanschlüsse
- Georedundanz der Datenhaltung
- Biometrische Autorisationsverfahren für Patienten (elektronischer Fingerabdruck)
- Qualifiziertes Personenzertifikat, sog. „SMART CARD“ zur Autorisierung der Ärzte

Basierend auf einer elektronischen Patientenakte können acht verschiedene Praxisverwaltungssysteme (PVS) elektronisch vernetzt werden. Die Behandlungspfade sind interaktiv abgebildet, und die Abrechnung selektivvertraglicher Leistungen erfolgt automatisiert.

Demenzversorgung Lebensfreude

Aktuell setzt das Ärztenetz Südbrandenburg einen besonderen Schwerpunkt bei der Versorgung demenzkranker Patienten und hat hierzu ein sechsstufiges Betreuungssystem mit dem Namen „Lebensfreude“ entwickelt:

- Stufe 1: Ärzte des Ärztenetz Südbrandenburg diagnostizieren die Demenz und leiten neben der medizinischen Therapie die Betreuung im Rahmen des Projektes ein. Zur Demenzfachkraft (DeFa) spezialisiert ausgebildete Schwestern des ANSB unterstützen die Praxen dabei.
- Stufe 2: agnes^{zwei}-Fachkräfte des Ärztenetz Südbrandenburg suchen die Patienten in deren Häuslichkeit auf, sprechen mit Angehörigen, klären auf, koordinieren Termine und die Versorgung mit Hilfsmitteln und bieten die Möglichkeit der Betreuung im Rahmen des Projektes Lebensfreude an.
- Stufe 3: Insgesamt 62 ehrenamtliche und durch die Alzheimer Gesellschaft geschulte Helfer (Ehrenamtskreis) können von agnes^{zwei}-Fachkräften in die Demenzbetreuung einbezogen werden.
- Stufe 4: Die Angehörigen haben zusätzlich die Möglichkeit, die erkrankten Patienten stundenweise in einer Betreuungsgruppe für Demenzkranke (ebenfalls ehrenamtlich 1:1) betreuen zu lassen.
- Stufe 5: Seit dem 1. September 2013 betreibt das Ärztenetz Südbrandenburg eine Tagespflege für Demenzkranke für insgesamt 12 Gäste. Dieser Struktur- aufbau in eigener Trägerschaft war notwendig, da es keine weiteren Tagespflegeeinrichtungen in und um Elsterwerda herum gibt.
- Stufe 6: Ein neuer Gebäudekomplex mit drei abgestuften alternativen Wohnformen, darunter eine Demenz-Wohngemeinschaft mit acht Zimmern, befindet sich im Bau und wird zum 31. Oktober 2014 bezugsfertig sein. Alle Rahmenbedingungen des Wohnens sind darauf ausgerichtet, Fähigkeiten so lange wie möglich zu erhalten und Hilfe anzubieten, wenn sie benötigt wird. Das Ärztenetz Südbrandenburg ist Betreiber dieser Immobilie und koordiniert sämtliche Unterstützungsleistungen. Zwei weitere Demenz-Wohngemeinschaften sind aktuell für das Jahr 2015 geplant.

Spezialisierte ambulante Palliativversorgung (SAPV)

Seit dem Jahr 2012 ist das Ärztenetz Südbrandenburg darüber hinaus Träger der Spezialisierten ambulanten Palliativversorgung (SAPV). Die SAPV ist darauf ausgerichtet, durch das enge Zusammenwirken von Haus- und Fachärzten, Palliativmedizinern, spezialisierten Pflegekräften, ambulanten Hospizdiensten und psychoonkologischen Betreuungsdiensten die Lebensqualität und Selbstbestimmung unheilbar kranker Menschen mit nur noch geringer Lebenserwartung von Tagen, Wochen oder Monaten zu verbessern. Damit wird die Voraussetzung für ein menschenwürdiges Leben bis zum Versterben in der häuslichen Umgebung geschaffen.

Eine Analyse (...) hat ergeben, dass mehr als 90 Prozent der Patienten bis zu ihrem Tod in ihrer vertrauten häuslichen Umgebung verbleiben konnten.

Nach Abschluss der Vorbereitungsmaßnahmen, einschließlich der Durchführung von zwei Kursen für Palliativ Care-Pflegekräfte, konnten insgesamt mehr als 50 Pflegekräfte durch das Ärztenetz Südbrandenburg ausgebildet und in das Palliativ Care-Team integriert werden. Durch das Palliativ Care-Team in Trägerschaft des Ärztenetzes Südbrandenburg wird auf der Grundlage einer multiprofessionellen, sektorenübergreifenden Zusammenarbeit die ärztliche und pflegerische Komplexleistung sichergestellt und beinhaltet die in diesem Zusammenhang notwendigen Beratungs- und Koordinationsleistungen. Die SAPV dient ebenfalls der Vermeidung von nicht notwendigen Krankenhausaufenthalten und ergänzt das allgemeine Angebot der palliativmedizinischen

und -pflegerischen Versorgung in der Region. Eine Analyse von 148 zwischen Mai 2012 und März 2013 durch das Palliativ Care-Team des ANSB betreuten SAPV-Patienten hat ergeben, dass mehr als 90 Prozent der Patienten bis zu ihrem Tod in ihrer vertrauten häuslichen Umgebung verbleiben konnten.



Das Team des Ärztenetz Südbrandenburg (ANSB)

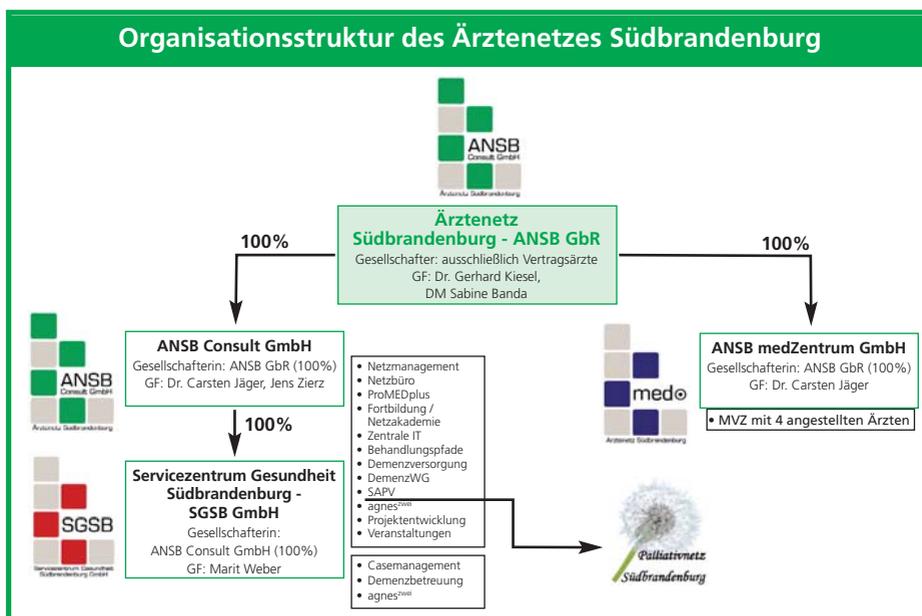
MVZ ANSB med Zentrum GmbH

Neben dieser Neustrukturierung der Aufgabenverteilung innerhalb der vorhandenen medizinischen Versorgungskapazitäten lag der Fokus parallel immer auf der Gewinnung neuer Ärzte in der Region. Vor diesem Hintergrund wurde am 1. Juli 2012 das bundesweit erste (und bislang einzige) Medizinische Versorgungszentrum (MVZ) in Trägerschaft eines Ärztenetzes gegründet. Die ANSB med Zentrum GmbH befindet sich zu 100 Prozent in Trägerschaft der ANSB GbR. Innerhalb der ersten neun Monate des Betriebs konnte bereits eine aus Altersgründen ausscheidende Hausarztstelle nahtlos nachbesetzt und eine weitere (neue, bis dato vakante) Hausarztstelle besetzt werden.

Die ANSB med Zentrum GmbH wurde im Selbstverständnis eines attraktiven Arbeitgebers für junge Ärzte mit geänderten Berufsvorstellungen gegründet. Insbesondere der steigenden Anzahl weiblicher Medizinabsolventen wird hier eine attraktive Möglichkeit der ambulanten Tätigkeit in der Region ohne wirtschaftlichen Druck und mit geregelten (Teilzeit-) Arbeitszeiten geboten. Bewusst wird seitens des ANSB die Option eröffnet, zu einem späteren Zeitpunkt mit der Zulassung der ANSB med Zentrum GmbH in die eigene Niederlassung zu wechseln.

Abbildung 1 gibt einen zusammenfassenden Überblick über die Organisationsstruktur des ANSB und die bestehenden Leistungs- und Betreuungsangebote.

Abbildung 1: Überblick Ärztenetz Südbrandenburg



Die Besonderheit des Gesamtprojektes besteht darin, dass es gelungen ist, regional stark vorhandenen Versorgungsdruck durch den Aufbau passender Strukturen als Chance zu nutzen und so trotz der im Vergleich hohen Morbiditätslast und der geringen Anzahl niedergelassener Ärzte eine qualitativ hochwertige und umfassende Versorgung aufzubauen und dauerhaft zu sichern.

Alle Teilprojekte, Ansätze, Ideen und Konzepte sind dabei „bottom up“ – also aus einem konkreten Bedarf innerhalb der Region – entstanden und mit dieser Ausrichtung konsequent umgesetzt worden.

Beitrag 6

Die Vergütung folgt einem sektorenübergreifenden Ansatz – Methodik der Budgetkalkulation

**Dr. Stephanie Sehlen und
Wilhelm F. Schröder**

Ausgangspunkt

Ein wesentlicher Kern des Konzepts von *Mein AOK-Gesundheitsnetz*® ist die Übernahme von Budgetverantwortung durch das Arztnetz bezogen auf sämtliche verordnete und veranlasste Leistungen für die eingeschriebenen Versicherten. Das Budgetmodell wurde bereits 2009 vertraglich aufgenommen. Fünf Arztnetze, die zu diesem Zeitpunkt unter Vertrag waren, werden damit seitdem turnusmäßig für jedes Vertragsjahr an den empirisch nachgewiesenen Minderausgaben beteiligt.

Kalkuliert wird ein sogenanntes fiktives Budget, in dem (retrospektiv) für ein abgeschlossenes Vertragsjahr das „Budget“ berechnet und mit den tatsächlichen Ausgaben der teilnehmenden Versicherten verglichen wird. Im Falle einer Unterschreitung des fiktiven Budgets und bei nachweislich besserer Versorgungsqualität wird das Arztnetz an den Minderausgaben der Kasse beteiligt; die interne Verteilung dieser Vergütung an das Arztnetz auf den einzelnen Arzt regelt jedes Arztnetz für sich im Innenverhältnis.

Aus dem Budgetvergleich wird ein wirtschaftlicher Erfolg der Versorgung des Arztnetzes abgeleitet. Der Erfolg in Bezug auf



Aus dem Budgetvergleich wird ein wirtschaftlicher Erfolg der Versorgung des Arztnetzes abgeleitet.

die Qualität der Versorgung wird dadurch gewährleistet, dass die AOK gerade solche Versorgungsanbieter auswählt, die sich in Bezug auf die Qualität der Versorgung nachweislich besonders engagieren.

Die „richtige“ Bemessung eines Budgets stellt hohe Anforderungen zum einen an die Qualität, Verfüg- und Verwendbarkeit von Daten, zum anderen in methodischer Hinsicht: Für das eingeschriebene Versichertenkollektiv ist der Ausgabenbetrag zu ermitteln, der entsprechend der Alters-/Geschlechts- und Morbiditätsstruktur dieser Versicherten angefallen wäre, wenn diese Versicherten nicht an dem Arztnetz-Vertrag teilgenommen hätten. Vergleichsmaßstab ist das regional-durchschnittliche Ausgabenniveau der AOK Nordost.¹⁰

Sämtliche Analysen und Auswertungen werden durch die AOK Nordost selbst auf Basis der Routinedaten der Krankenversicherung durchgeführt. Damit das Berechnungsverfahren eine hohe Transparenz erreicht und folglich die Berechnungsergebnisse eine hohe Akzeptanz der Leistungserbringer erhalten, werden die einzelnen Berechnungsschritte in einer Vertragsanlage im Detail beschrieben. Jede Änderung im Verfahren ist dem Arztnetz mitzuteilen und bedarf ggf. (im Falle relevanter Änderungen) der Zustimmung des Vertragspartners.

Grundprinzipien des Berechnungsverfahrens für hausarztzentrierte Netze

Budgetrelevante Ausgaben

Das Budget eines Arztnetzes umfasst die Gesamtausgaben seiner eingeschriebenen Versicherten. Dazu werden die Ausgaben für folgende Bereiche herangezogen: Stationäre Versorgung, Arzneimittel, Heil- und Hilfsmittel, Häusliche Krankenpflege und Fahrkosten. Seit 2013 sind auch die ärztlichen Leistungen enthalten.

¹⁰ Vgl. Schröder / Ryll: Pauschalierende Vergütungssysteme in der integrierten Versorgung; in: Christina Tophoven, Lothar Lieschke (Hrsg.): Integrierte Versorgung; Deutscher Ärzteverlag Köln 2003, S. 131-169.

Diese „Erweiterung“ der Budgetverantwortung um ärztliche Leistungen steht in einem engen inhaltlichen Zusammenhang mit der Reform des kassenärztlichen Vergütungssystems mit Wirkung für das Jahr 2013: War vor 2013 nur bei den extrabudgetären, d.h. außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung vergüteten Leistungen, eine Mengenvariation ausgabenvariant für die Kasse, so gilt dies nun auch für die Leistungen innerhalb des Budgets der Kassenärztlichen Vereinigungen.¹¹

Berücksichtigte Morbiditätsinformationen

Das Budget eines Arztnetzes leitet sich aus den Durchschnittsausgaben aller Versicherten der Kasse ab. Damit im Vergleich mit dem Budget auf Unterschiede in der Wirtschaftlichkeit des Netzes geschlossen werden kann, müssen für die Berechnung des Budgets die Morbiditätsstrukturunterschiede der Versicherten des jeweiligen Netzes im Vergleich zum Gesamtbestand der AOK möglichst exakt „kontrolliert“ (heraus gerechnet) werden.¹²

Erfahrungsgemäß weicht die Struktur der eingeschriebenen Versicherten in einem Arztnetz relativ stark von der Struktur der Versicherten der jeweiligen Krankenkasse insgesamt ab. Eingeschrieben sind primär chronisch kranke Versicherte, für die gerade eine bessere Koordination in der Versorgung wünschenswert ist. Für Zwecke der Budgetverantwortung und damit für die Vergütung von Arztnetzen sollte das Berechnungsmodell also möglichst morbiditätsvollständig sein, d.h. das gesamte Krankheitsspektrum umfassen, um die netzspezifischen Teilnehmer-

11 In der Analogie zum Grundsatz der Beitragssatzstabilität gem. § 71 Abs. 1 SGB V werden ärztliche Leistungen für Vorsorge- und Früherkennungsmaßnahmen sowie ärztliche Leistungen im Rahmen zugelassener strukturierter Behandlungsprogramme bei der Budgetberechnung nicht berücksichtigt.

12 Das gewählte Berechnungsverfahren orientiert sich damit am Verfahren des Morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs (Morbi-RSA), über das einer Krankenkasse in Abhängigkeit von der Morbiditätsstruktur ihrer Versicherten risikoäquivalente Prämien berechnet und aus dem Gesundheitsfonds zugewiesen werden. Das Morbi-RSA-Verfahren kann allerdings nicht 1:1 für Zwecke der Budgetverantwortung von Arztnetzen übernommen werden. Der wichtigste Grund dafür ist, dass einem Versorgungsmodell nicht der Ausgabenunterschied der Kasse gegenüber dem GKV-Durchschnitt angelastet werden kann. Systematische Mengen- und Preisunterschiede der Versorgung zwischen Kasse und GKV sind nur bedingt durch ein einzelnes Versorgungsprogramm beeinflussbar.

strukturen so differenziert wie möglich abzubilden. Neben Alter und Geschlecht werden der Erwerbsminderungsrentnerstatus, ambulant verordnete Arzneimittelwirkstoffe und stationäre Diagnosen sowie die Pflegestufe zur Beschreibung der Morbiditätsstruktur herangezogen. Aus Gründen der Anreizneutralität werden die aus den Abrechnungsdaten stammenden Informationen zu den Arzneimittelwirkstoffen und Diagnosen aus dem Vorjahr des Berichtsjahres herangezogen (prospektives Modell)¹³.

Weil sich ein Arztnetz nur auf eine kleine Teilregion der AOK Nordost erstreckt, müssen zudem die regionalen Unterschiede im Ausgabenniveau, soweit sie nicht auf Morbiditätsstrukturunterschiede zurückgeführt werden können, kontrolliert werden.

Berücksichtigung von Hochrisiken und Hochkosten

Mit der Übernahme von Budgetverantwortung wird faktisch das Krankheitsrisiko auf das Netz übertragen. Anders als im Gesamtbestand einer Krankenversicherung ist insbesondere für Großrisiken ein Risikoausgleich im Netzkollektiv kaum möglich, deshalb sollten diese Risiken nicht vom Netz, sondern weiterhin von der Kasse bewältigt werden. Im Rahmen der Abgrenzung der Budgetverantwortung der Arztnetze werden deshalb bestimmte Festlegungen zum Umgang mit Hochrisiken bzw. Hochkosten getroffen:

Versicherte mit Ausgaben über 100.000 Euro pro Jahr werden gänzlich aus den Betrachtungen ausgeschlossen. In ausgewählten Leistungsbereichen, in denen das Ausgabenrisiko besonders hoch ist (Krankenhaus, Arzneimittel und Häusliche Krankenpflege), werden Ausgabenhöchstgrenzen festgelegt. Außerdem erfolgt eine Begrenzung zufälliger Ausgabenvariationen des Netzes durch einen kalkulierten Sicherheitszuschlag auf das berechnete Budget.

¹³ Vgl. Reschke / Sehlen: Methoden der Morbiditätsadjustierung, in: Gesundheits- und Sozialpolitik, 1-2/2005

Berechnung der (Risiko-)Zuschläge

Ein Versicherter wird (in pseudonymisierter Form) auf Grundlage seiner Morbiditätsinformationen (vgl. oben) kategorisiert, d.h. ihm werden nach einem definierten Regelwerk Morbiditätskategorien bzw. Risikokategorien zugeordnet. Im Detail sind dies eine Alters-/Geschlechtsgruppe und die ggf. vorliegenden Diagnosekategorien, Arzneimittelwirkstoffkategorien sowie Kategorien entsprechend des Erwerbsminderungsrentnerstatus, der Pflegestufe und der Wohnortregion des Versicherten.

Auf Basis aller Versicherten der AOK Nordost (als großer Personengesamtheit) werden den einzelnen Morbiditätskategorien mit Hilfe einer Regressionsrechnung¹⁴ Ressourcenverbräuche bzw. „mittlere Ausgaben“ zugerechnet. Im Ergebnis wird für jede Morbiditätskategorie ein Ausgaben-Zuschlag (bzw. ggfs. ein Ausgaben-Abschlag) ermittelt.¹⁵

Um anschließend die morbiditätsadjustierten Ausgaben jedes eingeschriebenen Versicherten zu bestimmen, werden die Zuschläge der für ihn relevanten Morbiditätskategorien aggregiert. In der Summe über alle Netzteilnehmer eines Netzes ergeben sich für das Netzkollektiv insgesamt die entsprechend der Morbiditätsstruktur des Netzes morbiditätsadjustierten Vergleichsausgaben der AOK-Versicherten.

Die Vergleichsausgaben werden mit den tatsächlichen Ausgaben der Netzteilnehmer verglichen. Minder- bzw. Mehrausgaben des Netzes stellen ein positives bzw. negatives Netzergebnis dar. Sind die Ausgaben für die Netzteilnehmer nied-

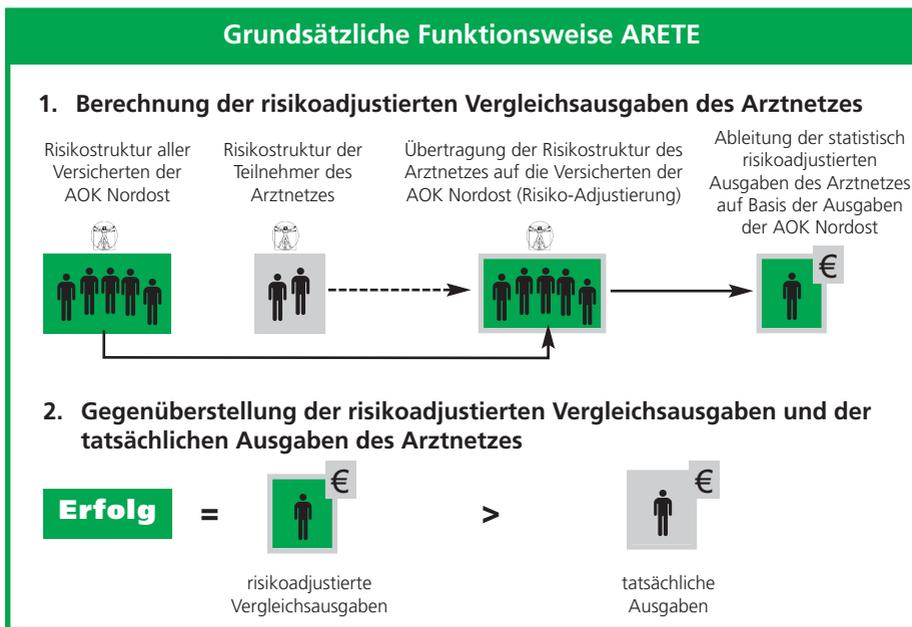
¹⁴ Die lineare Regressionsrechnung hat sich in diesem Anwendungskontext durchgesetzt (international und national, z.B. die Berechnungen des BVA für den Morbi-RSA oder die Berechnungen des Instituts des Bewertungsausschusses für die morbiditätsbedingte Fortschreibung der Gesamtvergütung der Kassenärztlichen Vereinigungen). Für den Anwendungskontext der Budgetkalkulation bezogen auf Arztnetze hat sich der Regressionsansatz wegen der eingängigen Logik und der Transparenz der ermittelten „Risikozuschläge“ für den Vertragspartner bewährt.

¹⁵ Insgesamt werden bei der Regressionsrechnung etwa 400 Merkmalskategorien berücksichtigt.

riger als die morbiditätsadjustierten Vergleichsausgaben der Krankenkasse insgesamt, erhält das Netz eine Vergütung, deren Höhe vom Grad der Zielerreichung abhängig ist.

Das Budgetmodell ist in der folgenden Abbildung grafisch dargestellt.

Abbildung 1: Ermittlung der risikoadjustierten Vergleichsausgaben (Budget) des Arztnetzes



Ergebnisse

Die Berechnungen zur Erfolgsbewertung werden nach dem oben beschriebenen Verfahren für jedes Vertragsjahr im September des Folgejahres zum Vertragsjahr durchgeführt, zu diesem Zeitpunkt liegen sämtliche Berechnungsgrundlagen (Ausgaben, Morbiditätsinformationen und Versicherten- bzw. Einschreibeinformationen) vollständig vor.

Im Jahr 2013 wurde für das Vertragsjahr 2012 für die Gesamtheit der Arztnetze des Jahres folgendes Ergebnis berechnet: Pro Teilnehmer wurden risikoadjustierte Ausgaben in Höhe von 3.023 Euro ermittelt. Diese stehen einem tatsächlichen Ausgabenbetrag der Netzteilnehmer in Höhe von 2.918 Euro gegenüber. Es ergibt sich mithin eine Differenz von 105 Euro je Teilnehmer. Diese Differenz bildet den gemessenen Erfolg ab, der aus der netzspezifischen Versorgung resultiert. Entsprechend der vertraglichen Regelung zur Erfolgsbeteiligung wird dieser Erfolg zwischen AOK und Arztnetz aufgeteilt.

Berücksichtigung von Verbesserungen des Gesundheitszustands – ein Ausblick

Nach dem oben beschriebenen Verfahren der Budgetkalkulation liegen für fünf Arztnetze Datengrundlagen und Berechnungsergebnisse aus fünf Jahren (2009 bis 2013) vor. Damit liegt ein hinreichend langer Beobachtungszeitraum vor, für den in der nahen Perspektive über personenbezogene Längsschnittanalysen geprüft werden kann, inwieweit sich der Gesundheitszustand und die Überlebenswahrscheinlichkeit der Arztnetz-Teilnehmer besser entwickelt haben als bei Nicht-Teilnehmern einer geeignet gewählten Vergleichsgruppe. Für die Vergleichsgruppe sind Versicherte auszuwählen, die sich im gesamten Zeitverlauf nicht in einem Arztnetzmodell eingeschrieben haben und die im Vorjahr vor dem Modell-Eintritt der Teilnehmer die gleiche Alters-/Geschlechtsgruppe und eine vergleichbarer Morbidität aufweisen wie die Teilnehmer. Die beiden Gruppen (Kohorten) werden bezogen auf die Entwicklung der Indikatoren Gesundheitszustand und Sterblichkeit in den vorliegenden fünf Jahren miteinander verglichen.

Beitrag 7

Exkurs – Das Centrum für Gesundheit der AOK Nordost

Beatrix Thomas und Rainer Schmidt



Das Centrum für Gesundheit (CfG) ist eine bundesweit einmalige AOK-eigene Einrichtung. Sein Bestehen ist durch das Fünfte Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) geregelt. Darin heißt es über die Eigeneinrichtungen:

Das heutige CfG kann als Urtyp der heutigen Medizinischen Versorgungszentren (MVZ) gesehen werden.

Krankenkassen dürfen der Versorgung der Versicherten dienende Eigeneinrichtungen, die am 1. Januar 1989 bestehen, weiter betreiben (§ 140 SGB V).

Das heutige CfG kann als Urtyp der heutigen Medizinischen Versorgungszentren (MVZ) gesehen werden. Unter dem Namen „Ambulatorium“ hat es seit 1961 seinen Sitz im Berliner Wedding (Berlin-Mitte) in der Müllerstraße 143. Erst nach dem Mauerfall 1990 wurde es in "Centrum für Gesundheit" umbenannt. Seine historischen Wurzeln reichen jedoch fast 100 Jahre zurück.

Die historischen Wurzeln¹⁶

Die AOK Berlin (und als ihre Nachfolgerin die AOK Nordost) ist seit ihrer Entstehung im Jahr 1884 darum bemüht, eine effektive Versorgungslandschaft und eine sozial ausgeglichene Betreuung aller Versicherten und ihrer Familienangehörigen zu gewährleisten. Auf dem medizinischen Fortschritt basierend suchte sie unablässig Wege zur Prävention und Heilung der großen Volkskrankheiten. Dabei ging sie oft neue Wege in der Lösung von nachgewiesenen Defiziten in der Versorgung.

Ein Weg war die Errichtung kasseneigener Ambulatorien. Im Oktober 1924 fand im Berliner Roten Rathaus die feierliche Eröffnung der Ambulatorien als moderne gesundheitliche Versorgungszentren statt.

Für die Berliner Krankenkassen waren die Ambulatorien eine Möglichkeit, Einfluss auf die Qualität und Ausgabenstruktur der Versorgung zu nehmen. Den Patienten boten sie eine vernetzte Versorgung mit kurzen Wegen. In den Ambulatorien arbeiteten verschiedene, bei der AOK angestellte Fachärzte kostengünstig zusammen, da sie sich teure medizinische Technik und Räume teilen konnten.

Wie in den heutigen MVZ ermöglichte dies den Austausch mit Fachkollegen, eine integrierte Behandlung und die Etablierung von Qualitätsmaßstäben. Dadurch konnte man sich an den Behandlungsbedürfnissen der Versicherten orientieren und doppelte Untersuchungen vermeiden.

Nach einer Zeit der Auseinandersetzung mit den Versorgungspartnern wurde in Berlin Einvernehmen darüber erzielt, dass die AOK Berlin 38 Ambulatorien mit eigenen Kassenärzten im Gebiet von Groß-Berlin betreiben darf.

¹⁶ In Auszügen entnommen von Jörg Becken in „AOK Berlin - Von der Ortskrankenkasse zur Gesundheitskasse – Ein Stück gelebte Sozialgeschichte“, Berlin 2009.

Die Machtübernahme der Nationalsozialisten 1933 markiert einen radikalen Bruch mit der Tradition der Weimarer Republik. Alle 38 Ambulatorien des Berliner Kassenverbandes wurden zum 1. Januar 1934 geschlossen. Dies bedeutete die Zerstörung eines sozial engagierten Netzwerkes in der Stadt Berlin. Die Patientenakten, die erstmals eine moderne Dokumentation und Statistik für eine auf wissenschaftlicher Diagnostik beruhende Behandlung boten, wurden für Zwecke der Rassenpolitik missbraucht.

Im Sommer 1945 wurde durch die Alliierten ein neuer einheitlicher Versicherungsträger – die Versicherungsanstalt Berlin (VAB) – gegründet. Aus ihr ging 1958 die AOK Berlin hervor, einer der Vorgänger der heutigen AOK Nordost. Die VAB knüpfte ganz bewusst an die Tradition der medizinisch-technischen Einrichtungen der 1920er Jahre an. Es entstanden drei große ärztliche Eigeneinrichtungen:

- das Ambulatorium (heute CfG)
- das Institut für psychogene Erkrankungen
- das Institut für Atmungstherapie

Diese drei Einrichtungen hatten jeweils Pilotfunktion für Diagnostik und Therapie und eine richtungsweisende Aufgabe in der medizinischen Versorgungslandschaft. Es gelang, den Fortbestand dieser Eigeneinrichtungen im Jahre 1955 im Gesetz über das Kassenarztrecht und die jeweilige Sozialgesetzgebung dauerhaft zu sichern.

Um die gigantischen Probleme der Nachkriegszeit und der geteilten Stadt Berlin bewältigen zu können, waren effektive und einfache Lösungen gefragt.

Um die gigantischen Probleme der Nachkriegszeit und der geteilten Stadt Berlin bewältigen zu können, waren effektive und einfache Lösungen gefragt.

Nach der faktischen Teilung der Stadt musste das Ambulatorium in Wedding laut Kassenarztgesetz von 1955 das einzige in Berlin bleiben. Im Jahr 1960 wurde ein neues Ambulatorium in einem Neubau in der Müllerstraße 143 bezogen. Gesetzlich festgelegt

wurden hier zeitweise bis zu 19 Arztpraxen untergebracht: vier internistische, eine allgemeinärztliche Praxis, zwei gynäkologische, zwei urologische und zwei orthopädische Abteilungen, eine chirurgische, eine Augen-, HNO- und eine Hautabteilung sowie eine neurologische und eine Kinderabteilung. Angeschlossen war ein Röntgeninstitut mit zwei Röntgenologen und sieben Röntgenassistentinnen. Zusätzlich gab es eine Abteilung für physikalische und Elektrotherapie, für Heilmassagen und Krankengymnastik.

Mit der Gründung des „Instituts für psychogene Erkrankungen“ griff die VAB 1945 ihre Tradition der innovativen Versorgungsformen psychoneurotischer Erkrankungen aus der Weimarer Republik wieder auf. Nach 1945 war das eine vorausschauende und mutige Entscheidung. Noch stand psychotherapeutische Behandlung nur einem kleinen Kreis der Bevölkerung zu. Nur in Berlin wurde so die „große Psychotherapie“ erstmals eine allen Versicherten zugängliche Leistung der gesetzlichen Krankenversicherung. Eine von der langjährigen Institutsdirektorin Annemarie Dührssen im Jahr 1965 durchgeführte Studie wies nach, dass diese langwierige und kostenintensive Behandlung durchaus erfolgreich war. Mit diesem bundesweiten Durchbruch wurde die tiefenpsychologisch orientierte Therapie auf Bundesebene als Pflichtleistung der gesetzlichen Krankenversicherung geregelt.

Diese Tradition einer bedarfsgerechten Psychotherapie wird auch heute fortgesetzt. Unter anderem bietet das Institut dynamische Psychotherapie und Psychosomatik an. Mit einer türkischen Therapeutin können zudem sprachliche Barrieren bei der Behandlung überwunden werden.

Das Ambulatorium, das nach dem Mauerfall 1989 in vielfältigen Fach- bzw. Arztpraxen ca. 20.000 Patienten aus Ost und West behandelte, wurde in Centrum für Gesundheit umbenannt. Die bisher unter eigenem Namen geführten Eigeneinrichtungen, z. B. Institut für Atemtherapie und Geschwulstberatung, wurden unter dem Dach des CfG zusammengefasst. Es beschränkte sich fortan nicht nur auf Krankheitsbehandlung „aus einer Hand“. Zunehmend wurde die Gesundheitsförderung in den Mittelpunkt gestellt.

Zunehmend wurde die Gesundheitsförderung in den Mittelpunkt gestellt

Dazu zählten medizinische Vorsorgemaßnahmen, Früherkennungsuntersuchungen und Gesundheits-Check-ups. Die Präventionskonzepte zur Umstellung von Lebens- und Verhaltensweisen zielten auf drei große Bereiche: Ernährung, Stress, Bewegungsmangel.

Ambulante Behandlung im Centrum für Gesundheit heute

Neben einer Kooperation mit Arztnetzen über Selektivverträge stellt die Eigen-einrichtung im Sinne einer „vertikalen Integration“ eine weitere Möglichkeit der Krankenkasse dar, auf die Qualität und Wirtschaftlichkeit der Versorgung hinzuwirken. Anders als z. B. mit den Health Maintenance Organizations (HMOs) in den USA ist diese Unternehmensform in Deutschland nur in Ausnahmefällen rechtlich möglich, was wie beschrieben historisch zu begründen ist: Nach § 140 SGB V ist der Weiterbetrieb von Eigeneinrichtungen der Krankenkassen nur erlaubt, sofern diese bereits am 1. Januar 1989 bestanden haben. Es dürfen auch Maßnahmen zur Sicherung des Leistungsangebotes, zur Modernisierung und zur Qualitätsverbesserung durchgeführt werden.

Der Gesetzgeber hat somit seinen Willen gezeigt, diesen „Urtyp“ des heutigen Medizinischen Versorgungszentrums zu erhalten. Das nimmt die AOK Nordost dankbar auf, arbeitet an der Weiterentwicklung dieses Unikats und nutzt die sich hieraus ergebenden einzigartigen Möglichkeiten für Ihre Kunden.

Die Einflussmöglichkeit der Krankenkasse auf den Eigenbetrieb ist auf die „organisatorische Herrschaft“, d.h. im Kern auf die Managementtätigkeit beschränkt: Eine direkte Einflussnahme auf das Leistungsgeschehen widerspricht dem ärztlichen Standesrecht, damit der medizinische Versorgungsauftrag und die medizinische Unabhängigkeit gegenüber wirtschaftlichen Einflüssen gewährleistet sind. Die hier tätigen Ärzte sind keine niedergelassenen Ärzte im klassischen Sinne. Sie stehen in einem Anstellungsverhältnis mit der AOK Nordost. Auch die Vergütung ist über diese Anstellung geregelt. Sie sind somit unabhängig von eigenen wirtschaftlichen Zwängen und können sich - wie andere angestellte Ärzte - allein auf die medizinischen Aspekte ihrer Tätigkeit konzentrieren.

Heute bietet das CfG unter einem Dach verschiedene Fachgruppen, u. a. Allgemeinmediziner, hausärztlich tätige Internisten, Fachärzte aus den Fachgruppen: Augenheilkunde, Orthopädie, Chirurgie, Gynäkologie, Dermatologie, HNO, Urologie, Neurologie, Psychiatrie und Kinderheilkunde ein umfassendes ambulantes ärztliches Angebot exklusiv für AOK-Versicherte. Durch das Röntgeninstitut werden im CfG auch radiologische Leistungen erbracht.

Daneben besteht mit dem Institut für psychogene Erkrankungen bereits eine feste Größe in Berlin in der psychotherapeutischen Behandlung.

Ergänzt wird das ärztliche und psychotherapeutische Angebot durch die eigene Physiotherapieabteilung.

Mit den ärztlichen Expertenberatungen/Zweitmeinungssprechstunden zu verschiedenen Spezialthemen können sich Versicherte im CfG durch renommierte Chef- bzw. Oberärzte aus Berliner Krankenhäusern bei lebensverändernden Erkrankungen kompetent beraten lassen. Auch kurzfristige MRT-Termine sind über das CfG erhältlich. Für Kinder steht darüber hinaus ein bundesweites Expertennetzwerk von hoch-spezialisierten Kinderradiologen bei MRT-Untersuchungen zur Verfügung.

Drei aktuelle Beispiele zeigen, wie die AOK Nordost bereits jetzt schon mit modernen ganzheitlichen Ansätzen medizinischer Behandlung auf den Lebensalltag einer Metropole reagiert:

- **Kinderarztpraxis – Licht, Klang, Duft und Farben:** Ein ganz neues Praxisgefühl vermittelt das raumpsychologische Konzept der neuen Kinderarztpraxis der AOK Nordost. Das Lichtpferd Pegasus ist Symbol der weltweit ersten Kinderarztpraxis, die komplett mit LED ausgeleuchtet ist. Sie vereint Funktionalität, avantgardistisches Design und Edutainment. Als Ort synästhetischer Erfahrung nimmt sie jungen Patienten die Angst und bietet ein kindgerechtes, stressfreies Umfeld. Integriert in die kinderärztliche Versorgung ist auch ein kinder- und jugendpsychotherapeutisches Angebot.

(...) können sich Versicherte im CfG durch renommierte Chef- bzw. Oberärzte (...) bei lebensverändernden Erkrankungen kompetent beraten lassen.



- **Homöopathie für Kinder:** Mit dieser Praxis steht ein innovatives Angebot für die immer häufiger auftretenden Grenzfälle der schulmedizinischen Behandlung zur Verfügung. Beschwerden wie Allergien oder Verhaltensstörungen bei Kindern können durch die Homöopathie wirksam behandelt werden. So wird die Anwendung von chemisch hergestellten Medikamenten bei jungen unbelasteten Organismen der Kinder vermieden.
- **Triggerpunkt-Therapie:** Seit 2012 bietet das Team der Physikalischen Therapie im Centrum für Gesundheit die moderne Triggerpunkt-Therapie an. Triggerpunkte können die Primärursache für die meisten Schmerzen sein, unter denen sehr viele Menschen unnötig leiden. Sie sind oft mitbeteiligt bei zahlreichen körperlichen Schmerzen, chronischer Müdigkeit, Erschöpfung, Angststörungen und Depressionen.

Mit den oben genannten Beispielen ist das CfG auf einem guten Weg, moderne und zukunftsorientierte Behandlung zu etablieren. Dieser Weg soll mit einem ganzheitlichen Behandlungskonzept im gesamten CfG weiter beschrritten werden,

das fängt bei der ärztlichen Behandlung an. Das heißt Behandlungspfade, die die Versorgung zwischen den Haus- und Fachärzten bzw. zwischen den Fachärzten optimieren, werden erarbeitet. Indikationsspezifische Behandlungspfade geben allen an der Versorgung teilnehmenden Fachgruppen eine Orientierung und bewirken damit eine strukturierte Versorgung der Patienten. Unterstützt wird diese dann – wenn es angezeigt ist – durch eine psychotherapeutische Betreuung. Damit wird die Chance genutzt, psychosomatische und somatische Medizin zum Wohle des Patienten miteinander zu verknüpfen. Weiterhin soll ein patientenindividuelles Fallmanagement zum Einsatz kommen. Das Fallmanagement bietet sowohl den Patienten als auch den an der Behandlung Beteiligten einen kompetenten Ansprechpartner für alle Belange im Zusammenhang mit der Versorgung. Die physiotherapeutische Behandlung im CfG ergänzt durch ein ganzheitliches Bewegungskonzept die ärztliche und/oder psychotherapeutische Therapie. Damit soll die Lebensqualität sowie die Compliance der Patienten verbessert werden. Günstigere Heilungsprozesse sind das Ziel, um Komplikationen, Spätfolgen bzw. Chronifizierung zu vermeiden oder zu verzögern. Auf diese Weise erfüllt das CfG die Bedürfnisse der Patienten nach fachgruppenübergreifender integrierter Behandlung. Eine zentrale Terminvergabe und eine zentrale Patientenakte – natürlich unter Berücksichtigung von Datenschutzaspekten – helfen ebenfalls die umfassende Versorgung des Patienten im Blick zu behalten. Ein begleitendes Qualitätsmanagement gibt Ansatzpunkte für weitere Verbesserungen.

Damit wird die Chance genutzt, psychosomatische und somatische Medizin zum Wohle des Patienten miteinander zu verknüpfen.

Mit dem CfG hat die AOK Nordost die bundesweit einzigartige Möglichkeit, Versorgung aktiv unter ihrer Regie zu gestalten. Mit der Umstrukturierung hin zu einem ganzheitlichen Behandlungskonzept kann die AOK Nordost ihren Versicherten eine optimale Versorgung unter einem Dach mit kurzen Wegen und kurzen Wartezeiten bieten.



Beitrag 8 Blick in die Zukunft

Andrea Sitsch und Christian Traupe

Die AOK Nordost blickt nach nunmehr fast zehn Jahren auf eine sehr erfolgreiche Entwicklung des Versorgungskonzepts *Mein AOK-Gesundheitsnetz*[®] zurück. Mit dem Ziel, die Qualität und Wirtschaftlichkeit der Versorgung der Patienten zu verbessern, wurden und werden die vertraglichen Grundlagen stetig weiter entwickelt und an sich verändernde Rahmenbedingungen und Anforderungen angepasst.

Wichtiger als der flächendeckende Ausbau des Versorgungsmodells ist die Qualität der einzelnen Kooperationen...

Mein AOK-Gesundheitsnetz[®] ist zwischenzeitlich in der gesamten AOK Nordost etabliert. Wichtiger als der flächendeckende Ausbau des Versorgungsmodells ist die Qualität der einzelnen Kooperationen, die sich daran misst, dass formulierte Maßnahmen auch tatsächlich ihren Niederschlag in der Versorgungsrealität finden.

Konstituierend ist die enge direkte Zusammenarbeit der Ärzte und des Netzmanagements mit der AOK Nordost. Die vertraglichen Grundlagen werden durch zahlreiche Instrumente und Aktivitäten mit Leben gefüllt, die im gemeinsamen Lern-

prozess identifiziert, operationalisiert und weiterentwickelt werden. Die Beiträge 4 und 5 geben einen Eindruck zu den ganz spezifischen Lösungen, die Netze in ihrer Regionen entwickelt haben. Akteure sind in erster Linie die Ärzte und das Netzmanagement selbst, also die Experten in der Kenntnis der konkreten Behandlungsbedarfe ihrer Patienten sowie in den regionalen Versorgungsbedingungen. Die AOK Nordost versteht sich hier nicht als Dirigent, sondern vielmehr als Begleiter und Unterstützer: Sie bietet den vertraglichen Rahmen, Expertenwissen zu innovativen Versorgungsmodellen und die umfassenden Datengrundlagen und Methoden, mit denen die Qualität und Wirtschaftlichkeit der Versorgung analysiert und evaluiert werden können.

Die AOK Nordost versteht sich hier nicht als Dirigent, sondern vielmehr als Begleiter und Unterstützer

Auch in der Zukunft soll die produktive Zusammenarbeit mit den Arztnetzen genutzt werden, um mit dem Ziel, die Versorgung für die Patienten zu verbessern, eine Plattform für einen stärkeren Austausch zwischen den Ärzten im Hinblick auf Best-Practice-Lösungen zu bilden.

Mein AOK-Gesundheitsnetz® ist ein Baustein für die Organisation der hausärztlichen Versorgung innerhalb der AOK Nordost. Weitere relevante hausärztliche Versorgungsthemen sind die Hausarztzentrierte Versorgung und die Umsetzung der innerärztlichen Förderung von vernetzten Strukturen durch die Kassenärztlichen Vereinigungen gemäß § 87b Absatz 2 bzw. § 87b Absatz 4 SGB V. Für den hier beschriebenen „Blick in die Zukunft“ sind diese weiteren Bausteine insoweit zu berücksichtigen, als sie eine in Teilen große inhaltliche Nähe zum Versorgungsmodell *Mein AOK-Gesundheitsnetz®* aufweisen. Dessen Ausrichtung und Weiterentwicklung kann deshalb nicht losgelöst und nicht ohne Blick auf diese weiteren Bausteine erfolgen.

Welche grundsätzlichen Neuerungen wird es geben?

Höhere Transparenz über die Qualität der Versorgung in Arztnetzen

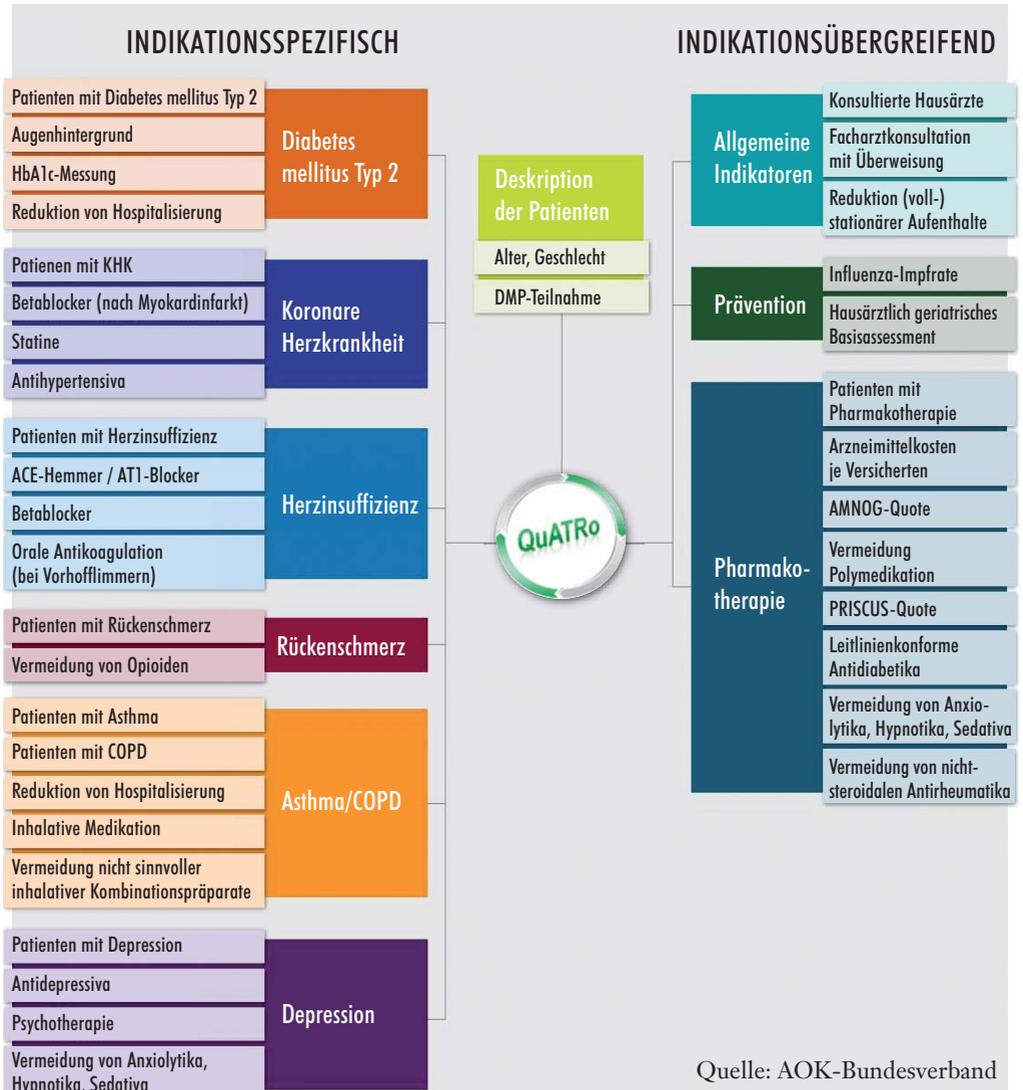
Mit dem Projekt „Qualität in Arztnetzen – Transparenz mit Routinedaten“ (QuATRo) wird in Zusammenarbeit mit dem AOK-Bundesverband und den Arztnetzen ein speziell für Arztnetze entwickeltes Set von Qualitätsindikatoren erprobt und implementiert. Auf Basis von Routinedaten wird dieses Werkzeug mehr Transparenz über die Qualität der Versorgung in Arztnetzen schaffen.

Die methodische Grundlage für QuATRo liefert das Qualitätsindikatorensystem für die ambulante Versorgung (QiSA), das die Qualität in der Arztpraxis auf wissenschaftlich fundierter Basis messbar macht. Die QiSA-Indikatoren sind in mehrjähriger Zusammenarbeit zwischen dem AOK-Bundesverband und dem Göttinger Institut für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen (AQUA) entwickelt worden.¹⁷

QuATRo beinhaltet sowohl indikationsspezifische als auch indikationsübergreifende Indikatoren. Auf dieser Basis kann die Versorgungsqualität in Arztnetzen gemessen und mit anderen Arztnetzen und der Regelversorgung verglichen werden. Indikationsspezifische Indikatoren gibt es für Diabetes, Koronare Herzkrankheit, Herzinsuffizienz, Rückenschmerz, Asthma/COPD und Depression. Bisher fließen mehr als 30 QiSA-Indikatoren in die Analyse ein, die verschiedene Aspekte der Qualität abbilden. Die Analysen basieren auf Routinedaten von AOK-Versicherten. Dazu gehören Abrechnungsdaten der ambulanten ärztlichen und der stationären Versorgung sowie der Arzneimittelversorgung.

¹⁷ Zur Beschreibung des Konzepts vgl. Milde / Arnold (2014): Qualitätsvergleich für Arztnetze, in: Gesundheit und Gesellschaft (3/14), S. 14-15.

Abbildung 1: QuATRo-Qualitätsindikatoren für Arztnetze



In enger Zusammenarbeit mit den Arztnetzen wird das Indikatoren-Set einem ständigen Validierungs- und Optimierungsprozess unterzogen werden. Die Netze können die Berechnungsergebnisse für ein internes Qualitätsmonitoring nutzen. In Qualitätszirkeln der Ärzte untereinander und gemeinsam mit der AOK Nordost können Ansatzpunkte für eine Verbesserung der Versorgung gefunden werden. Durch die mit den QuATRo-Indikatoren höhere Transparenz der Versorgung lässt sich auch gegenüber den Patienten das hohe Niveau in der Versorgungsqualität in Arztnetzen besser veranschaulichen.

Versorgungsoptimierung und Förderung des Zugangs zur Versorgung in strukturschwachen Regionen

Für die Ausweitung des Versorgungskonzepts *Mein AOK-Gesundheitsnetz*[®] durch die Gewinnung von neuen Vertragspartnern sind für die konkrete Ausgestaltung der Zusammenarbeit immer die Besonderheiten der regionalen Versorgungskonstellationen zu beachten. Die etablierten Kooperationen haben spezifische Lösungen gefunden, mit den jeweiligen Versorgungsstrukturen und -bedarfen im Sinne einer patientenorientierten und wirtschaftlichen Versorgung umzugehen.

Im ländlichen Raum geht es häufig darum, den Patienten den Zugang zur Versorgung zu ermöglichen oder ihn zu verbessern: Ein Ansatzpunkt sich dieser Herausforderungen zu stellen ist, für die AOK, als größte Krankenkasse der Region, das in der jüngeren Vergangenheit aufgelegte agnes^{zwei}-Konzept (arztentlastende medizinische Fachkräfte zur Gewährleistung einer nachhaltigen effizienten Patientenbetreuung mit Spezialausbildung in Fallmanagement). Ergänzend zu dem über die Regelversorgung bereitgestellten Angebot einer Delegation hausärztlicher Krankenbesuche und medizinischer Tätigkeiten an qualifizierte Mitarbeiter, kann mit diesem Vertrag zusätzlich ein Fallmanagement (Case Management / Koordinierung) angeboten werden. Dies umfasst u.a. das Schnittstellenmanagement zwischen Haus- und Fachärzten sowie anderen Akteuren im Gesundheitswesen, z.B. Krankenhäuser, Pflegedienste, vollstationäre Pflegeeinrichtungen und Rehabilitationseinrichtungen. Im Rahmen dieses Vertrages ist eine Anstellung der

agnes^{zwei}-Fachkraft nicht nur bei einem Hausarzt, sondern direkt bei einem Arztnetz möglich. Durch dieses Angebot soll der Zugang zur medizinischen Versorgung für mehr Patienten ermöglicht bzw. verbessert werden. Künftige Aktivitäten gehen auch stärker dahin, mit kommunalen Trägern und der Politik in der Region zusammenzuarbeiten.

Auch im Falle nur geringer Angebotskapazitäten gilt das Prinzip, dass durch eine höhere Effizienz letztendlich mehr Patienten von einer optimal auf ihre Belange hin angepassten Versorgung profitieren. Deshalb ist für die AOK Nordost wichtig, auch in diesen Regionen mit geeigneten Arztnetzen eine Kooperation einzugehen. Die AOK Nordost wird sich im Rahmen der Vertragsweiterentwicklung gezielt mit dem Thema „Arztnetze in strukturschwachen Regionen“ auseinandersetzen, um zum einen das Versorgungsmodell in eine regionale Gesamtstrategie der Kasse unter Beteiligung der oben genannten weiteren Partner einzubetten und zum anderen, um die Vertrags- und Vergütungsregeln an den spezifischen Maßnahmen zur Versorgungssicherung auszurichten. Durch die mit den ersten Piloten gewonnenen Erfahrungen sollen Ideen auch in andere Regionen übertragen werden.

Durch die mit den ersten Piloten gewonnenen Erfahrungen sollen Ideen auch in andere Regionen übertragen werden.

Einbindung stationärer Pflegeeinrichtungen in die Vernetzung

Angestrebt wird eine stärkere Verknüpfung des Konzepts *Mein AOK-Gesundheitsnetz*® mit den ebenfalls erfolgreichen Konzepten *care^{plus}* und *Pflegeheim Plus*, d. h. mit Versorgungsverträgen, die auf eine bessere ärztliche Versorgung in stationären Pflegeeinrichtungen abzielen. Die Notwendigkeit der Förderung der ärztlichen Versorgung von Heimbewohnern hat auch der Gesetzgeber erkannt: Durch die Reform des Pflege-Neuausrichtungs-Gesetzes sind seit dem 1. Januar 2014 vollstationäre Pflegeeinrichtungen verpflichtet, die Landesverbände der Pflegekassen unmittelbar nach einer Regelprüfung darüber zu informieren, wie die ärztliche, fachärztliche und zahnärztliche Versorgung sowie die Arzneimittelversorgung in den Einrichtungen geregelt sind. Neben dem Abschluss von Koope-

rationsverträgen mit vertragsärztlichen Leistungserbringern wird explizit auf die Möglichkeit der Einbindung von Arztnetzen in das Pflegeheim verwiesen (§ 114 Abs. 1 SGB XI). Durch eine geeignete, auf die regionalen Versorgungsstrukturen abgestimmte Kooperationen von Pflegeheimen und Arztnetzen können aus beiden Perspektiven „Sicherstellung der ärztlichen Versorgung von Heimbewohnern“ und „Versorgungsoptimierung insbesondere der Versorgung von chronisch Kranken“ Synergien erschlossen werden.

Vorstellung der Autoren



Klaus Beese

Studium der Humanmedizin an der Freien Universität Berlin, Assistent in der Neurochirurgie Westend/Krankenhaus Virchow, Weiterbildung in der Praxis, seit 22 Jahren als praktischer Arzt niedergelassen und in einer großen Praxisgemeinschaft im Märkischen Viertel/Berlin tätig.

Netzaktivitäten: Mitarbeit im Medinet Berlin; Initiator eines Netzes (Allgemein/Fachärzte) auf Computerbasis im Bereich Märkisches Viertel, Initiator des Arztnetz Reinickendorf „ANR GmbH“.



MUDr. (CS) Andreas Hagenow

Facharzt für Innere Medizin. Medizinstudium an der Karlsuniversität Prag, seit 1991 tätig als niedergelassener Internist in Elsterwerda, bis 2007 in kardiologischer Schwerpunktpraxis, seit 2008 als hausärztlich tätiger Internist.

Netz-Aktivitäten: Initiator und von 2004 bis 2011 Geschäftsführer der Ärztenetz Südbrandenburg GbR (ANSB) sowie der ANSB Consult GmbH.



Dr. Carsten Jäger

Studium der Wirtschaftswissenschaften mit Schwerpunkt Gesundheitsökonomie in München und den USA. 2008 Promotion am gesundheitsökonomischen Lehrstuhl von Prof. Braun in München zum Dr. rer. pol. Seit 2008 für die netzeigene Managementgesellschaft des Ärztenetzes Südbrandenburg (ANSB) tätig, seit 2012 in der Funktion des Geschäftsführers der Managementgesellschaft und des netzeigenen MVZ. Daneben: stellvertretender Vorsitzender der Agentur deutscher Ärztnetze e.V. und Lehrbeauftragter an der Fakultät für Gesundheits- und Pflegewissenschaften an der westsächsischen Hochschule Zwickau.



Harald Möhlmann

Geschäftsführer des Bereichs Versorgungsmanagement der AOK Nordost bzw. zuvor der AOK Berlin-Brandenburg. Studium der Wirtschaftswissenschaften an der Universität Hannover, wissenschaftlicher Mitarbeiter am Institut für Soziale Medizin der Freien Universität Berlin. 1990–2009 Mitarbeiter der AOK Berlin u. a. als Dezernent, Unternehmensbereichsleiter, Geschäftsleitung, Beauftragter des Vorstandes der AOK Berlin. Daneben Lehrtätigkeiten an verschiedenen Berliner (Fach-/Hochschul-/Weiterbildungs-) Einrichtungen, Beratungstätigkeiten im Auftrag der Bundesregierung bzw. der Europäischen Union im Hinblick auf das Gesundheitssystem der DDR bzw. in den Gesundheitssystemen der Tschechoslowakei, Rumäniens, Bulgariens.



Dr. med. Jürgen Oldenburg

Managementfunktion in 6 Ärztenetzen, Leiter der Arbeitsgemeinschaft Berliner Ärztenetze, Geschäftsführer der Deltamed Nord GmbH & Co. KG seit 2004 mit Tätigkeitsschwerpunkten: Beratung von Praxen (Praxismanagement, Ärztliche Kooperationen), Aufbau, Begleitung und Management von Ärztenetzen, Umsetzung populationsbezogener IV-Verträge, Qualitätsmanagement und Organisationsberatung im Krankenhaus. Stationen: Studium der Humanmedizin in Hamburg, verschiedene leitende Tätigkeiten von medizinischen Abteilungen/Bereichen in der forschenden Industrie.



Ludwig Schaffner-Kubicki

Allgemeinarzt mit Sitz in Britz/Berlin-Neukölln. Studium der Humanmedizin an der Freien Universität Berlin, danach tätig in der allgemeininternistischen und in der kardiologischen Abteilung des Krankenhauses Neukölln (Vivantes), 1992 Niederlassung als hausärztlicher Internist. Praxisgemeinschaft mit einem weiteren hausärztlichen Internisten, einer Allgemeinmedizinerin und einer Gynäkologin. Netz-Aktivitäten: seit 1998 Gründungsmitglied des Hausärztenetz Neukölln-Tempelhof, Moderation von Qualitätszirkeln.



Rainer Schmidt

Leiter des Centrums für Gesundheit (CfG) (Wedding/Berlin) der AOK Nordost (seit 1.1.2011).

Krankenkassenfachwirt.

Zuvor tätig in verschiedenen Führungspositionen der AOK Brandenburg bzw. der AOK Berlin-Brandenburg als Unternehmensbereichsleiter bzw. Geschäftsführer.

Hierzu zählten u. a. folgende Arbeitsschwerpunkte: interner Service (insbesondere allgemeine Verwaltung, Personalwesen), Vertrags- und Leistungswesen (insbesondere ärztliche Behandlung, Krankenhausbehandlung, Arzneimittel).



Wilhelm F. Schröder

Geschäftsführer der Agenon – Gesellschaft für Unternehmensentwicklung im Gesundheitswesen mbH, Berlin.

Arbeitsschwerpunkte: Gesundheitsberichterstattung, Gesundheitsökonomie, Finanzierung und Vergütung, Krankenhausplanung, Neue Versorgungsformen.



Dr. Stephanie Sehlen

Versicherungsökonomin des GeWINO – Gesundheitswissenschaftliches Institut Nordost der AOK Nordost. Studium der Betriebswirtschaftslehre an der Universität Göttingen, wissenschaftliche Mitarbeiterin für Versicherungsökonomik und Volkswirtschaftslehre und Promotion an der Universität Bamberg. Seit 2012 Mitarbeiterin der AOK Nordost, zuvor beschäftigt beim IGES-Institut für Gesundheits- und Sozialforschung und bei Agenon – Gesellschaft für Unternehmensentwicklung im Gesundheitswesen mbH.

Arbeitsschwerpunkte: Finanzierung in der Krankenversicherung, Vergütung von Leistungserbringern.



Andrea Sitsch

Leiterin des Unternehmensbereichs Versorgung – Verträge der AOK Nordost. Kaufmännische Ausbildung in Stuttgart und Studium der Betriebswirtschaft an der HWR Berlin, danach Innenrevisorin des Krankenhauses Neukölln (Vivantes). Seit 1991 bei der AOK Berlin bzw. der AOK Nordost als deren Nachfolgeorganisation, ab 2000–2012 als Unternehmensbereichsleiterin Krankenhäuser, danach Unternehmensbereichsleiterin Versorgung – Verträge tätig.

Hauptaufgaben: verantwortlich für die Vereinbarung aller Verträge zur integrierten Versorgung und der Disease-Management-Programme sowie für die Umsetzung des Krebsregisters gem. KFRG (Krebsfrüherkennungs- und -registertesetz) in Berlin, Brandenburg und Mecklenburg-Vorpommern.



Beatrix Thomas

Mitarbeiterin des Teams Versorgungsstrukturen des Unternehmensbereichs Versorgung – Strategie und Programme der AOK Nordost. Studium der Rechtswissenschaften mit dem Schwerpunkt des Sozialversicherungsrechts in Göttingen. Seit 1998 in der Gesetzlichen Krankenversicherung tätig, unter anderem beim Verband der Ersatzkassen in Mecklenburg-Vorpommern, dem BKK-Landesverband Ost und seit 2009 bei der AOK Berlin-Brandenburg bzw. der AOK Nordost als deren Nachfolgeorganisation. Tätigkeitsschwerpunkt: ambulante Versorgung und Neue Versorgungsformen.



Christian Traupe

Leiter des Unternehmensbereichs Versorgung – Strategie und Programme der AOK Nordost bzw. zuvor der AOK Berlin-Brandenburg. Diplom-Kaufmann und MBA (Health Management). Hauptaufgaben: Entwicklung von Strategien zur Lösung struktureller Versorgungsprobleme und Gestaltung innovativer Versorgungsangebote für spezifische Indikationen und Zielgruppen. Zuvor Verantwortung des Arzneimittelbereichs der AOK Berlin. Vor seiner Beschäftigung bei der AOK tätig als kaufmännischer Geschäftsführer eines bundesweiten Fachärzteverbandes und als leitender Mitarbeiter eines Landesapothekerverbandes.

Notizen







Herausgegeben von:
AOK Nordost – Die Gesundheitskasse
Behlertstraße 33 A – 14467 Potsdam

© 2014 AOK Nordost – Die Gesundheitskasse

www.aok.de/nordost