



Vision und Umsetzung eines PORT-Gesundheits- zentrums

Vision und Umsetzung eines PORT-Gesundheits- zentrums

Vorwort

Unsere Gesundheitsversorgung ist mehr denn je in Bewegung. Die Zahl der Gesundheitsfachkräfte sinkt, vor allem in ländlichen Regionen. Die Anzahl der älteren Menschen steigt und chronische und Mehrfacherkrankungen nehmen zu. Auch unser Wissen ist gewachsen und damit die Erwartungen an eine qualitativ hochwertige Gesundheitsversorgung. Ihre zukunftsfähige Gestaltung hat sich bei anhaltendem Kostendruck mit verschiedenen Megatrends wie dem demografischen Wandel, der Veränderung des Krankheitsspektrums, der Digitalisierung der Arbeitswelt und Phänomenen wie der aktuellen Corona-Pandemie auseinanderzusetzen. Der Reformdruck steigt.

Mit dem Programm „PORT – Patientenorientierte Zentren zur Primär- und Langzeitversorgung“ fördert die Robert Bosch Stiftung an mittlerweile 13 Standorten in Deutschland die (Weiter-)Entwicklung und Einführung von lokalen, inhaltlich umfassenden und exzellenten Gesundheitszentren, die die Primär- und Langzeitversorgung in einer Region abdecken können.

Mit unserer Förderung wollen wir dazu beitragen, die Gesundheitsversorgung mehr auf die Bedarfe chronisch Erkrankter auszurichten. Dabei geht es uns nicht nur um das Füllen von Lücken, sondern vor allem um eine qualitative Weiterentwicklung und das Setzen neuer Maßstäbe für eine Versorgung, die konsequent bei den Menschen vor Ort ansetzt.

PORT-Gesundheitszentren für die wohnortnahe, ambulante Versorgung unterscheiden sich von hergebrachten Gesundheitszentren wie Ärztehäusern oder MVZs dadurch, dass sie

- auf den regionalen Bedarf abgestimmt sind,
- eine patientenzentrierte, koordinierte und kontinuierliche Versorgung umsetzen,
- die Patienten im Umgang mit ihren Erkrankungen unterstützen,
- multiprofessionelle Teams aus Gesundheits-, Sozial- und anderen Berufen haben, die miteinander auf Augenhöhe arbeiten,
- neue Potenziale wie E-Health nutzen,
- Prävention und Gesundheitsförderung einschließen, sowie
- kommunal gut eingebunden sind.

Die Bündelung dieser Merkmale unter einem Dach oder an einem Standort ist in der deutschen Gesundheitslandschaft innovativ. Es geht darum, vor Ort Zugänge für bedarfsgerechte und zukunftsfähige Versorgungsangebote für alle zu schaffen. Für die Patienten ist eine koordinierte Versorgung entscheidend. Sie gewinnen viel, wenn Fachkräfte miteinander kooperieren und eine umfassende Versorgung aus einer Hand bieten.

Die Autoren der Oberender AG haben für diese Arbeit in unserem Auftrag das PORT-Konzept detailliert dargelegt und beziehen auf Basis der Erfahrungen unserer Förderprojekte auch die Umsetzungspraxis ein. Mit der Veröffentlichung möchten wir den Wissenstransfer anstoßen und allen Interessierten eine Handreichung für den Aufbau von Gesundheitszentren nach dem PORT-Modell an die Hand geben.

Wir wünschen Ihnen eine inspirierende Lektüre!

Robert Bosch Stiftung

Stuttgart, im Oktober 2020

Inhalt

10	1 Die Zielvision – was ist ein PORT-Zentrum?
16	2 Analyse von Bedarf und Angebot als Grundlage
16	2.1 Hintergrund
19	2.2 Definition der Region
19	2.3 Analyse des Bedarfs
19	2.3.1 Grundlagen
22	2.3.2 Demografisches Profil und Gesundheitszustand
22	2.3.3 Sozioökonomische Faktoren
23	2.3.4 Gesundheitsverhalten
24	2.3.5 Umwelteinflüsse
24	2.3.6 Verweis auf medizinische Versorgung
26	2.4 Analyse der bestehenden Angebote
27	2.4.1 Angebote der Gesundheitsversorgung
29	2.4.2 Strukturen der Gesundheitsförderung und Prävention
29	2.4.3 Weitere nichtmedizinische Angebote
30	2.5 Abgleich des Versorgungsbedarfs mit dem Versorgungsangebot
31	2.6 Konzeption des PORT-Zentrums
34	3 Die Patient Journey
34	3.1 Grundlagen
37	3.2 Konkretisierung einer Patient Journey
42	3.3 Implikationen für das PORT-Zentrum
42	3.3.1 Gesundheit erhalten
42	3.3.2 Gesundheit wiederherstellen
43	3.3.3 Mit Krankheit und Behinderung gut leben
44	4 Interprofessionelles Arbeiten vor dem Hintergrund etablierter und neuer Rollenbilder
44	4.1 Ausgangssituation
48	4.2 Ausgewählte Rollenbilder
48	4.2.1 Community Health Nursing bzw. die Community Health Nurse
52	4.2.2 Arzt
53	4.2.3 Medizinische Fachangestellte
54	4.2.4 Interprofessionelle Zusammenarbeit und Changemanagement

57	5 Trägerschaft, Gesellschaftsform und Governance-Strukturen
57	5.1 Grundlagen
60	5.2 Formen und Varianten des PORT-Zentrums in der Praxis
68	5.3 Organisationsstruktur
71	5.4 Rolle der Kommune
75	6 Vernetzung
75	6.1 Grundlagen
78	6.2 Identifizierung und Charakterisierung von Vernetzungspartnern
78	6.2.1 Ambulant tätige Fachärzte
79	6.2.2 Krankenhäuser und Rehabilitationseinrichtungen
79	6.2.3 Kommune
80	6.2.4 Wohlfahrtsverbände
80	6.2.5 Nichtärztliche Gesundheitsberufe
80	6.2.6 Apotheken und Sanitätshäuser
80	6.2.7 Pflegeangebote
81	6.2.8 Beratende Angebote
81	6.2.9 Sonstige unterstützende Angebote
81	6.2.10 Krankenkassen
81	6.2.11 Ehrenamtliches Engagement und Vereine
81	6.2.12 Hochschulen und Forschungseinrichtungen
82	6.2.13 Abschließende Hinweise
82	6.3 Digitalisierung
82	6.3.1 Instrument der Vernetzung
83	6.3.2 Telematikinfrastruktur
84	6.3.3 Vorgehen
84	6.4 Fazit
85	7 Kosten und Vergütung
86	7.1 Investitionen
89	7.2 Laufender Betrieb
96	8 Fazit
98	Abbildungsverzeichnis
99	Tabellenverzeichnis
100	Abkürzungsverzeichnis
101	Literaturverzeichnis
108	Anlagen
112	Impressum

Einführung

Der Dreiklang Gesundheit erhalten, Gesundheit wiederherstellen, mit Krankheit und Behinderung gut leben verdeutlicht das Gesundheitsverständnis, das der Arbeit der Robert Bosch Stiftung zugrunde liegt. Um diese Ziele zu erreichen, braucht es gerade in der ambulanten medizinischen Grundversorgung eine Neuausrichtung der Angebote mit neuen Formen der Vernetzung und Verknüpfung. Die von der Robert Bosch Stiftung geförderten Patientenorientierten Zentren zur Primär- und Langzeitversorgung – die sogenannten PORT-Zentren – adressieren diesen Bedarf und helfen damit, die Gesundheitsversorgung zu verbessern und nachhaltig sicherzustellen.

Ziel dieses Beitrags ist es, die Idee der PORT-Gesundheitszentren (nachfolgend kurz PORT-Zentren) für alle diejenigen zu konkretisieren und greifbar zu machen, die für eine Umsetzung des Gedankens unverzichtbar sind. Hierzu zählen Bürgermeister und Landräte, Ärzte und Pflegekräfte, Betreiber von Pflegediensten und Einrichtungen der Wohlfahrtsverbände, Bürgerinitiativen, die sich für die Gesundheitsversorgung ihrer Region engagieren, Vertreter von Verbänden und Institutionen der Selbstverwaltung sowie der Kostenträger, um nur einige zu nennen.

PORT-Zentren sollen den Einwohnerinnen und Einwohnern¹ einer Region als erste Anlaufstelle für alle ihre grundlegenden gesundheitlichen Belange dienen. Entsprechend sind die Zentren genau am Bedarf vor Ort auszurichten. Ganz explizit sollen dabei Angebote der Gesundheitsförderung und Prävention, aber auch der Unterstützung und Begleitung chronisch kranker Menschen integriert und mit der medizinisch-pflegerischen Versorgung verzahnt werden.

Dies kann nur gelingen, wenn viele Berufsgruppen ihre spezifischen Kompetenzen bestmöglich in die Versorgung der Patienten einbringen. Im PORT-Zentrum genießt deshalb eine interprofessionelle, teamorientierte Zusammenarbeit einen sehr hohen Stellenwert. Neue Berufsbilder, wie das der akademisch ausgebildeten Community Health Nurse (CHN), ergänzen dabei das bekannte Spektrum der Gesundheitsberufe und die in jedem PORT-Zentrum vorzufindende hausärztliche Grundversorgung. Letztlich kann aber auch das PORT-Zentrum nur einen Ausschnitt der umfassenden gesundheitsbezogenen Bedarfe einer Region abbilden. Deshalb gehört zu einem PORT-Zentrum auch eine intensive Vernetzung mit anderen an der Gesundheitsversorgung Beteiligten sowie mit den Kommunen und ihren Einrichtungen.

¹ Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird im Folgenden bei Personenbezeichnungen mal nur die männliche, mal die weibliche Form verwendet. Entsprechende Begriffe gelten grundsätzlich für alle Geschlechter und beinhalten keine Wertung.

Der vorliegende Text skizziert zunächst die Vision sowie die Werte und Merkmale, die den PORT-Zentren zugrunde liegen. Im Anschluss werden zentrale Eckpunkte für die Analyse von Bedarf und Angebot erläutert. Diese Analyse ist die notwendige Voraussetzung für die passgenaue Ausgestaltung eines PORT-Zentrums. Ergänzt wird dies durch die Auseinandersetzung mit der Patient Journey, also mit dem Weg, den Patienten gehen, um ihre gesundheitsbezogenen Bedürfnisse zu erfüllen. Diese Journey geht über die reine Behandlung einer Erkrankung hinaus und betrifft auch Bedarfe, die nichts mit Medizin im engeren Sinne zu tun haben, aber sich erheblich auf die Krankheitsbewältigung auswirken. Dieser breite Ansatz hilft, die Versorgung aus der Perspektive des Patienten zu sehen, und für seine Belange sensibilisiert zu werden. Einen zentralen Teil nimmt dann die Darstellung ausgewählter im PORT-Zentrum angelegter Rollenbilder ein, die im Zuge einer interprofessionellen Zusammenarbeit zum Tragen kommen. Die Herausforderungen, die sich daraus für die Governance- und Organisationsstruktur eines PORT-Zentrums ergeben, werden anschließend dargestellt. Konkrete Beispiele zeigen Umsetzungsoptionen auf. Auch auf die besondere Rolle der Kommunen wird eingegangen. Im nächsten Schritt werden verschiedene Vernetzungspartner sowie der Nutzen einer entsprechenden digitalen Infrastruktur beschrieben. Eine Diskussion der Kosten und Erlöspotenziale, die mit der Gründung und dem Betrieb eines PORT-Zentrums einhergehen, schließt die Ausführungen.

Es zeigt sich, dass PORT-Zentren einerseits ein visionäres und zukunftsorientiertes Modell der Gesundheitsversorgung verfolgen, andererseits aber schon heute gelebte Praxis sein können. Der Weg dahin birgt zwar Herausforderungen, ist aber durchaus zu bewältigen und wird mit dem Wissen belohnt, einen wertvollen Beitrag zur Verbesserung der Gesundheitsversorgung zu leisten. Änderungen in den Vergütungsstrukturen und den im Sozialgesetzbuch definierten Voraussetzungen können den Prozess deutlich erleichtern.

Auch wenn der Ansatz der PORT-Zentren als Gegenentwurf zu den etablierten Versorgungsstrukturen verstanden werden kann, ist dieses Konzept auch gut als Ergänzung und Erweiterung des Bestehenden nutzbar. Viele Potenziale, die sich beispielsweise aus der engen Abstimmung und Vernetzung mit anderen Leistungserbringern, dem öffentlichen Gesundheitsdienst oder den Kommunen ergeben, können im Status quo bereits genutzt werden.

Für die Erstellung dieses Textes wurde auf verschiedene Quellen zurückgegriffen. Neben der Auswertung einschlägiger Literatur und der Bezugnahme auf Erfahrungen in der Konzeptionierung und dem Betrieb von Gesundheitseinrichtungen waren dies insbesondere Informationen aus den existierenden PORT-Zentren, deren Aufbau in den vergangenen Jahren bereits durch die Robert Bosch Stiftung gefördert wurden. Die Darstellung orientiert sich dabei klar an der Zielvision, greift jedoch praktische Erfahrungen auf und lässt sie entsprechend einfließen.

1

Die Zielvision – was ist ein PORT-Zentrum?

Die medizinische und pflegerische Versorgung der Bevölkerung sicherzustellen und zu verbessern ist ein fortlaufender Prozess, der stets auf neue Rahmenbedingungen und Gegebenheiten reagieren muss. Um dabei bestmögliche Ergebnisse erzielen zu können, müssen auch bestehende Strukturen hinterfragt und bei Bedarf angepasst werden. Die Robert Bosch Stiftung fördert seit vielen Jahren Projekte mit dem Ziel, genau dies zu tun: Stärken und Schwächen des aktuellen Systems zu erkennen, von den Erfahrungen anderer Länder zu profitieren, wissenschaftliche Evidenz zu generieren und gezielt Initiativen anzustoßen, um die gesammelten Erkenntnisse in die Praxis zu überführen. Die von der Robert Bosch Stiftung geförderten PORT-Zentren sind ein solcher Versuch, die gesundheitliche Versorgung in Deutschland neu auszurichten, dadurch eine bessere Qualität zu erreichen und die medizinische Versorgung in Zukunft sicherzustellen. Wo nötig, sollen bestehende Paradigmen aufgebrochen werden.

Hierzu gehört ein ganzheitlicher Ansatz, bei dem das Gesundheitswesen nicht als Reparaturbetrieb für Kranke verstanden wird. Natürlich sollen die Zentren auch ihren Beitrag leisten, **Gesundheit wiederherzustellen**. Sie sollen sich jedoch auch engagieren, die **Gesundheit zu erhalten**, und – wenn beispielsweise chronische Krankheiten bestehen – helfen, **mit Krankheit und Behinderung gut leben** zu können.



Damit wird auch der soziale Kontext wichtig, was alle Einwohner – nicht nur Kranke und einzelne Menschen – zu Adressaten eines PORT-Zentrums macht.² Vor diesem Hintergrund steht die Bezeichnung PORT-Zentrum für patientenorientiertes Zentrum zur Primär- und Langzeitversorgung und enthält bereits zentrale Inhalte des Konzepts:

- Die Zentren sollen allen Einwohnern einer Region einen „Hafen“ – also eine Anlaufstelle – für ihre gesundheitlichen Belange bieten.
- Die Angebote der Zentren sind auf die konkreten Bedarfe der Patienten ausgerichtet und werden so erbracht, dass sie den für die Patienten optimalen Behandlungspfad ermöglichen.
- Die Primärversorgung dient dem Erstzugang zu Gesundheitsleistungen und beinhaltet auch niederschwellige Angebote aus den Bereichen Gesundheitsförderung, Prävention und Gesundheitsversorgung.
- Die langfristige Koordinierung der Versorgung – gerade auch bei chronischen Erkrankungen – sorgt ebenfalls für einen optimalen und möglichst stabilen Behandlungsverlauf und ein möglichst gutes Leben auch mit Krankheit.
- Die basalen und sozialen Bedarfe werden dabei als integraler Bestandteil eines ganzheitlichen Ansatzes zur Gesundheitsversorgung verstanden und mit einem bevölkerungsbezogenen Public-Health-Ansatz verknüpft, der den spezifischen regionalen Bedarf adressiert.

Soll eine optimale Versorgung sichergestellt werden, sind weitere Aspekte zu berücksichtigen. So sind interprofessionelle Teams eine zentrale Säule des Konzepts. Die Verpflichtung, die Bevölkerung in ihrer Gesamtheit im Blick zu haben, verdeutlicht den ganzheitlichen Ansatz.

Die aufgezeigten Bestandteile des PORT-Konzeptes richten sich an dem im internationalen Raum etablierten umfassenden und neuen Verständnis von Primärversorgung aus. Primärversorgungskonzepte nach internationalem Vorbild zeigen innovative Ansätze zur Umgestaltung der tradierten ambulanten Versorgungsstrukturen in Deutschland auf, bei der die hausärztliche Versorgung weitestgehend medizinisch geprägt und auf Krankheitsbehandlung ausgerichtet ist. Das Modell der Primärversorgung im PORT-Zentrum soll neben der Krankheitsbehandlung ein deutlich umfangreicheres Versorgungsspektrum bieten und auf unterschiedlichen Ebenen wirken: Angefangen von Angeboten der Prävention und Gesundheitsförderung über die vorausschauende Betreuung von Menschen mit chronischen Erkrankungen bis zur Intervention bei akuten medizinischen Handlungsbedarfen durch den Hausarzt. Es handelt sich jedoch nicht lediglich um Ergänzungen oder Erweiterungen des bestehenden Systems, sondern einen grundlegend alternativen Blick auf die Gesundheit (siehe auch BOX 1, Primärversorgung). Somit greift das PORT-Konzept auch die Empfehlungen des Expertenausschusses der Europäischen Kommission auf, die eine Stärkung der Primärversorgung sowie eine Ausrichtung auf die lokale Bevölkerung mit besonderem Schwerpunkt auf Gesundheitsförderung und Prävention vorsieht (Europäische Kommission 2014; SVR Gesundheit 2014; Völkel und Weidner 2020).

² Damit gründet das PORT-Konzept auf international etablierten und bekannten Grundlagen wie der Deklaration von Alma-Ata (WHO 1978) und der Erkenntnis, dass soziale Determinanten einen erheblichen Einfluss auf den Gesundheitszustand haben (Marmot 2005; WHO 2008).

BOX 1: Primärversorgung

Begriffsbestimmung

Der Begriff der Primärversorgung wurde stark durch die Erklärung von Alma-Ata (WHO 1978) geprägt: „Unter primärer Gesundheitsversorgung ist eine grundlegende Gesundheitsversorgung zu verstehen, [...] die für Einzelpersonen und Familien [...] flächendeckend bereitgestellt wird. Sie bildet einen integralen Bestandteil sowohl im Gesundheitssystem eines Landes, dessen zentrale Aufgabe und hauptsächlichen Schwerpunkt sie darstellt, als auch in der sozialen und wirtschaftlichen Entwicklung der Bevölkerung insgesamt. Sie ist die erste Ebene, auf der Einzelpersonen, Familien und die Gemeinschaft in Kontakt mit dem nationalen Gesundheitssystem treten, so dass die Gesundheitsversorgung so nahe wie möglich an Wohnort und Arbeitsplatz der Menschen gerückt wird, und stellt das erste Element eines kontinuierlichen Prozesses der Gesundheitsversorgung dar.“ (Nr. VI)

Bereits hier deutet sich an, dass es sich bei der Primärversorgung nicht einfach um einen in jedem Gesundheitssystem vorfindbaren Teil der Gesundheitsversorgung handelt und beispielsweise in Deutschland nicht mit der hausärztlichen Versorgung gleichgesetzt werden kann. Vielmehr handelt es sich um einen grundlegenden konzeptionellen Ansatz, der deutlich weiter greift und ein breites Spektrum von Inhalten abdeckt – beginnend bei Angeboten zur sozialen Teilhabe über die akute Behandlung von Erkrankungen bis hin zu einer Langzeitversorgung chronisch Erkrankter. Zentren der Primärversorgung sind damit erste Anlaufstelle in gesundheitsbezogenen Fragen für Einzelpersonen ebenso wie für Familien und über alle Altersgruppen und Lebensphasen hinweg. Die Primärversorgung versteht sich als erste Ebene des Gesundheitssystems. Dabei „umfasst Primärversorgung gesundheitsfördernde, präventive, kurative, pflegerische, rehabilitative und palliative Maßnahmen und bringt – einem gemeinde-nahen Ansatz folgend – eine multiprofessionelle und integrative Versorgung so nahe wie möglich an den Wohnort und Arbeitsplatz der Menschen“ (Klapper 2018b, S. 3).

Primärversorgung in der Praxis

Ist in Deutschland von Primärversorgung die Rede, wird damit bisher häufig die hausärztliche Versorgung gemeint (AOK-Bundesverband 2019; AOLG 2008). Zwar stellt der Hausarzt meist die erste Anlaufstelle bei gesundheitsbezogenen Problemen dar, es handelt sich damit jedoch um eine extreme Verengung des Konzepts auf eine vorrangig ärztliche und zumeist stark medizinisch ausgerichtete Versorgung. Wesentliche Elemente des geschilderten Verständnisses fehlen. Ausgelöst nicht zuletzt durch die aus dem demografischen Wandel entstehenden Veränderungen der Versorgungsbedarfe stößt dieser verengte Versorgungsansatz jedoch zunehmend an Grenzen und entspricht auch nicht dem Stand der Wissenschaft (SVR Gesundheit 2018, 2014, 2009).

Auch international fand in den vergangenen Jahren eine **Entwicklung und Etablierung von neuen Primärversorgungsmodellen** statt. Beispielsweise wurden in Finnland und Kanada lokale Gesundheitszentren mit einer starken Ausrichtung an der Erklärung von Alma-Ata etabliert (SVR Gesundheit 2014).

Um die ambulante Versorgung in Deutschland am Konzept der Primärversorgung auszurichten, bedarf es eines konsequenten Paradigmenwechsels, beispielsweise durch eine grundlegende Veränderung des Denkens über berufliche Rollenbilder und Verantwortungsbereiche (Miller et al. 2018) und auch durch die Entwicklung eines umfassenden Gesundheitsverständnisses, das die sozialen Determinanten von Gesundheit mitberücksichtigt (WHO 2008; Marmot et al. 2020; Marmot 2005).

Ziel dieses Gutachtens ist es, diese abstrakten Ideen greifbar zu machen und zu erläutern, was es bedeutet, wenn in einem PORT-Zentrum Ärzte, Pflegekräfte wie akademisch ausgebildete CHN, Medizinische Fachangestellte (MFA) und weitere Berufsgruppen wie Physio- oder Psychotherapeuten gemeinsam Versorgung gestalten sollen. Doch schon die klare Ausrichtung eines PORT-Zentrums am Bedarf der Region führt dazu, dass im Detail jedes PORT-Zentrum anders ausgestaltet ist. Gewisse Grundsätze wie die Mission, die Vision und die Werte des Konzepts sind jedoch wesentliche Kernbestandteile (siehe Abbildung 1).

Die Vision steht für den größeren Rahmen und das langfristige Ziel, das mit dem Konzept verfolgt wird. Dieses ist bewusst ambitioniert formuliert, unterstreicht aber auch die Tragweite, die eine Entscheidung für ein solches Modell mit sich bringt. Festgewachsene Denk- und Handlungsmuster müssen aufgebrochen werden, beginnend bei der Aus- und Weiterbildung für Gesundheitsberufe über die Wertschätzung und Vergütung von Tätigkeiten bis hin zu

der Frage, was Gesundheitsversorgung im Kontext eines gegliederten Sozialversicherungssystems leisten soll. Es zeugt aber auch vom Selbstbewusstsein, dass diese Vision in Wissenschaft und (internationaler) Praxis solide verankert ist und mit gesicherten Argumenten eingefordert werden kann. Die Mission beschreibt das konkrete Tun und die Zielstellung für die tägliche Arbeit aller Beteiligten. Hierzu gehört ein Rollenverständnis aller Mitwirkenden, welches nicht von historisch gewachsenen Strukturen geformt wird, sondern von dem Bestreben, das für die Bevölkerung der Region und für den einzelnen Patienten bestmögliche Ergebnis zu erzielen. Entsprechend muss sich das PORT-Zentrum am Erreichten messen lassen und kontinuierlich an einer Verbesserung der Qualität arbeiten. Seine Grenzen findet der Ansatz in der Beschränkung auf die grundlegenden gesundheitlichen Bedürfnisse im Sinne einer Primär- und Langzeitversorgung. Ein darüber hinausgehendes Portfolio an fachärztlichen Leistungen gehört ebenso wenig zum Kern des Konzepts wie die Erbringung von Krankenhausleistungen (kann je nach Bedarf aber ergänzt werden).

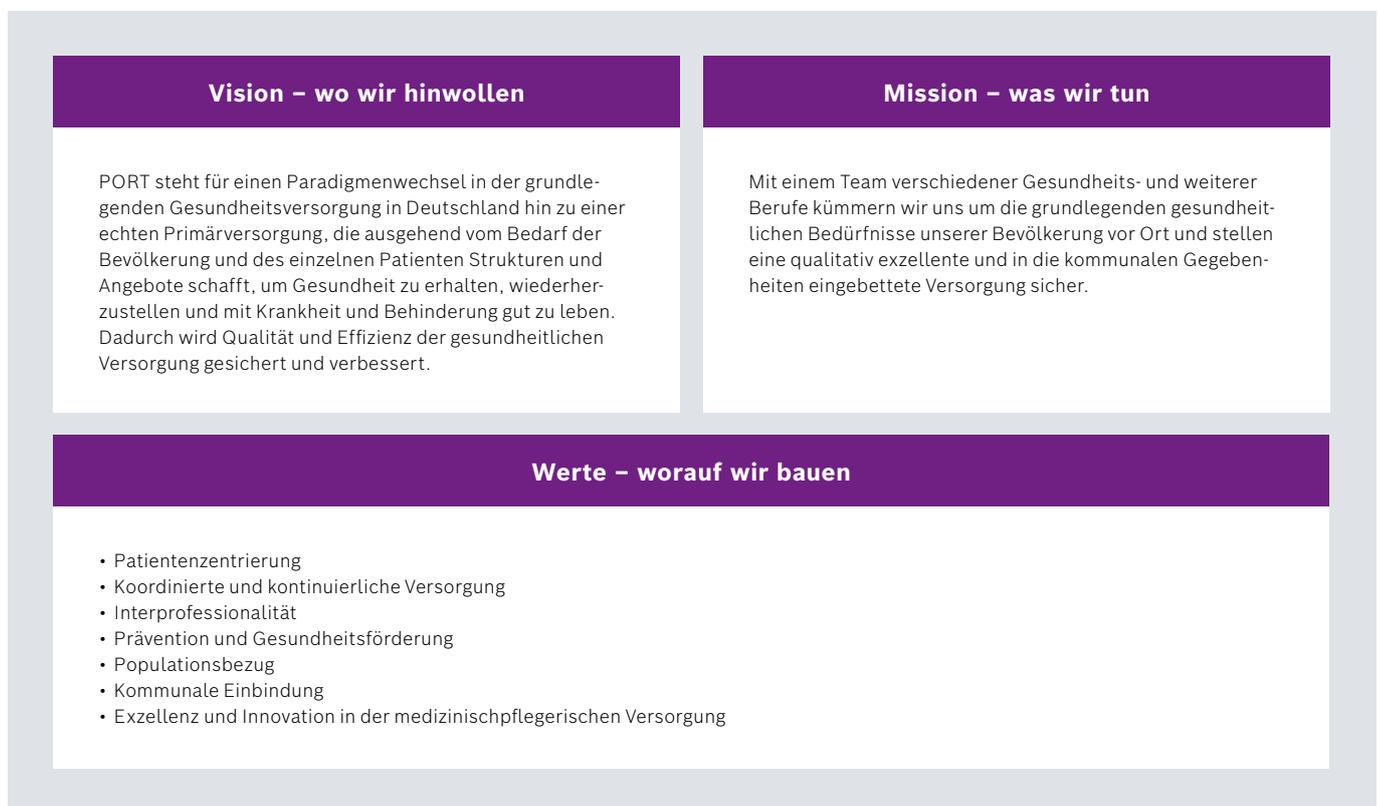


Abbildung 1: Exemplarische Formulierung von Vision, Mission und Werten eines PORT-Zentrums

Quelle: Eigene Darstellung

Die Formulierung von Vision, Mission und Werten eines PORT-Zentrums ist unbedingt ein Teamprojekt. Eine Anpassung an die konkreten lokalen Gegebenheiten ist immer notwendig, der PORT-Ansatz lebt jedoch von den vorangehend in Vision, Mission und Werten beschriebenen Kerninhalten, die in ihrer Substanz erhalten bleiben müssen und sich auch in den an anderer Stelle beschriebenen PORT-Merkmalen niederschlagen (Klapper 2018a, 2018b).

Mission und Vision gründen auf zentralen Werten. Diese Werte bieten bei alltäglichen wie bei grundsätzlichen Entscheidungen Orientierung. Dies gilt sowohl für die Entwicklung der Organisation als auch für die Tätigkeit jedes Einzelnen. Damit sie glaubhaft sind, müssen die Werte auf allen Ebenen der Organisation konsequent und glaubhaft gelebt werden.

Um das an dieser Stelle nach wie vor abstrakte Konzept mit Leben zu füllen, müssen die Vorüberlegungen weiter konkretisiert werden. Hierzu wurden sechs Bereiche identifiziert, die in den folgenden Kapiteln näher ausgeführt werden:

- **Analyse von Bedarf und Angebot:** Nur nach einer genauen Analyse des Bedarfs kann ein zielgenaues und auf die bereits existierenden Strukturen der Gesundheitsversorgung und regionalen Gegebenheiten abgestimmtes Angebot erstellt werden.
- **Patient Journey:** Um die Patient Journey sollen sich alle Angebote möglichst optimal gruppieren. Somit muss früh Klarheit herrschen, wie eine typische Patient Journey aussieht.
- **Rollenbilder und Zusammenarbeit:** Es gilt zu verstehen, was eine interprofessionelle Zusammenarbeit (IPZ) in der Praxis bedeutet und welche Berufs- und Rollenbilder für das PORT-Zentrum von besonderer Bedeutung sind.
- **Trägerschaft und Governance:** Neben der Frage der Trägerschaft ist auch eine klare Struktur der Verantwortung und Organisation zu definieren.

- **Vernetzung:** Um seine Koordinationsfunktion und die optimale Versorgung der Patienten über die selbst erbrachten Angebote sicherstellen zu können, muss eine umfassende Vernetzung des PORT-Zentrums mit allen relevanten Stakeholdern erfolgen, insbesondere mit der Kommune sowie den anderen an der medizinischen Versorgung Teilnehmenden.
- **Kosten und Vergütung:** Die wirtschaftliche Tragfähigkeit ist Voraussetzung für die langfristige Sicherstellung des Angebots. Hierzu ist ein klares Verständnis der zu erwartenden Kosten und der möglichen Erlösquellen notwendig.

Abbildung 2 fasst diese Bausteine zusammen und verdeutlicht die zentrale Rolle der Patient Journey. Dabei umfasst die Patient Journey mehr als den klassischen „Behandlungspfad“, da die lokale Bevölkerung in ihrer Gesamtheit eine Anspruchsgruppe darstellt und der Behandlungspfad eine über den akuten Behandlungsfall hinausgehende Dimension erhält. Der Fokus auf die Patient Journey sorgt unmittelbar dafür, dass sich die anderen Bausteine um diese zu gruppieren haben. Das Fundament für die an den Bedarfen einer Region ausgerichteten Gestaltung eines PORT-Zentrums bildet eine umfassende Analyse. Es gilt zu klären, welche Bedarfe vorhanden sind, welche Angebote diesen gegenüberstehen und wie ein PORT-Zentrum auszugestalten ist, sodass es den maximalen Beitrag zur Verbesserung der Versorgungssituation leisten kann. Neben der inhaltlichen Ausrichtung lässt dies auch erste Schlüsse auf die personelle Ausstattung zu.

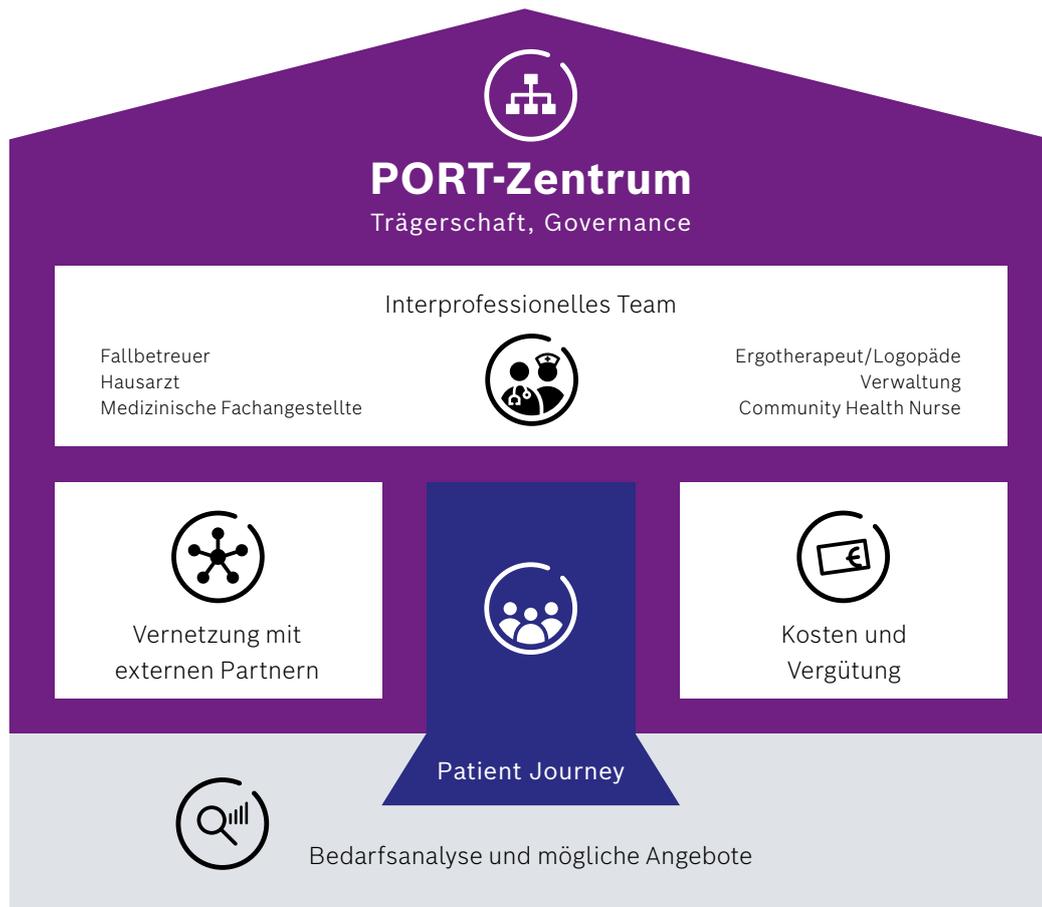


Abbildung 2: Das PORT-Zentrum
Quelle: Eigene Darstellung

Ein interprofessionelles Team steht bewusst im Zentrum der Abbildung. Es ist der logische Partner der Bürger und Patienten mit ihren komplexen Gesundheitsbedarfen. Ausgehend von der Vision und den Werten des PORT-Zentrums ist es aber nicht damit getan, bekannte Berufsbilder im PORT-Zentrum zu replizieren. Vielmehr gilt es, einen Konsens herzustellen, wie ärztliche und nicht ärztliche Berufsgruppen auf Augenhöhe im besten Sinne des Patienten zusammenwirken können. Auch muss deutlich werden, welche Qualifikationen benötigt werden, um Aufgaben ausfüllen zu können, die in der aktuell praktizierten Grundversorgung weniger stark ausgeprägt sind. Den Rahmen für das Tätigwerden der einzelnen Beteiligten bildet die Governance-Struktur, die Verantwortungsbereiche und Entscheidungsbefugnisse formalisiert und transparent macht. Eine Ebene darüber ist zu klären, wer Eigentümer dieser Organisation ist und in welcher Beziehung die einzelnen Akteure zueinander stehen. Dieses leitet über zur Vernetzung mit Partnern, die für eine optimale Versorgung notwendig, aber nicht Teil des PORT-Zentrums sind. Auch hier gilt es, die Art der Kooperation zu definieren und technische sowie rechtliche

Fragen der Kommunikation und der Zusammenarbeit zu klären. Eine flankierende Restriktion ist die Wirtschaftlichkeit der Organisation. Denn nur wenn ein wirtschaftlicher Betrieb sichergestellt werden kann – und sei es durch öffentliche Zuschüsse zur Defizitdeckung in anderweitig nicht versorgbaren Regionen –, können die in Mission und Vision formulierten Ziele nachhaltig erreicht werden.

Im Sinne des hier skizzierten Gedankengangs bauen die folgenden Kapitel aufeinander auf. Eine lineare Lektüre ist allerdings nicht zwingend erforderlich, die Kapitel sind in sich geschlossen und können auch in anderer Reihenfolge gelesen werden. Insgesamt soll vermittelt werden, wie ein PORT-Zentrum in der Praxis aussehen kann. Die Betonung liegt auf „kann“ – im Detail unterscheiden sich die existierenden PORT-Zentren deutlich, spiegeln sie doch den konkreten Bedarf ihres Umfelds wider.

2

Analyse von Bedarf und Angebot als Grundlage

2.1 Hintergrund

Das Angebot des PORT-Zentrums soll genau auf die Situation vor Ort zugeschnitten sein: In welchen Bereichen besteht der größte Bedarf, welche Bedarfe werden durch bestehende Angebote nur unzureichend erfüllt und welche der sich möglicherweise abzeichnenden Lücken lassen sich durch ein PORT-Zentrum adressieren? Diese Fragen sind in einem frühen Stadium der Planungen eines PORT-Zentrums zu klären. Durch die Ausrichtung des PORT-Zentrums an der spezifischen Situation vor Ort wird jedes PORT-Zentrum sein eigenes Profil entwickeln. Das heißt auch: Die eingangs beschriebenen PORT-Werte sind zentraler Bestandteil aller Einrichtungen, aber PORT-Zentrum ist nicht gleich PORT-Zentrum.

Im Folgenden wird knapp umrissen, welche Punkte eine Bedarfsanalyse abdecken muss und wie durch einen Abgleich mit bestehenden Angeboten ein zur Region passendes PORT-Zentrum konzipiert werden kann. Neben der Auswertung von Daten sind dabei Gespräche mit einem möglichst breiten Querschnitt relevanter gesellschaftlicher Gruppen und Institutionen eine wertvolle Informationsquelle. Dies umso mehr, als nicht nur medizinische Bedarfe und Angebote im engeren Sinn zu erheben sind (Abbildung 3). Die Vision des PORT-Zentrums setzt auch an den sozialen Determinanten von Gesundheit (siehe Abbildung 5, S. 21) an, was impliziert, dass Aspekte wie soziale Teilhabe bzw. Isolation und Health Literacy (die Fähigkeit, gesundheitsrelevante



Informationen zu verarbeiten) ebenso relevant sind. Derartige Faktoren sind jedoch nur eingeschränkt aus Statistiken ableitbar, sodass ein direkter Austausch mit relevanten örtlichen Vertretern aus Vereinen, Schulen, Kindertagesstätten, Seniorenvertretungen und Verbänden unerlässlich ist. Auch für die Kommunalpolitik ist Gesundheit ein relevantes Themenfeld geworden, da es Fragen zur wohnortnahen und qualitativ hochwertigen Gesundheitsversorgung vor Ort auch auf kommunaler Ebene zu beantworten gilt. So sind Landkreise, Städte und Kommunen in die Versorgungsplanung stärker einzubeziehen (Roller und Wuthe 2014).

Vorteilhaft ist auch bereits in diesem frühen Stadium eine akademische Anbindung, etwa zu Forschungseinrichtungen und Hochschulen, die über einschlägige Kompetenzen im Bereich Public Health, Gesundheits- und Sozialwissenschaften, Versorgungsforschung oder Gesundheitsökonomie verfügen und so zur Bedarfsanalyse beitragen können. Oft lassen sich hier Win-Win-Situationen erzeugen: Die Einrichtungen profitieren von einem umfassenden Zugriff auf Forschungsdaten und dem engen Kontakt zur Praxis, die PORT-Zentren erhalten Zugriff auf methodisches und inhaltliches Know-how und können möglicherweise sogar auf Mittel der Forschungsförderung zugreifen.

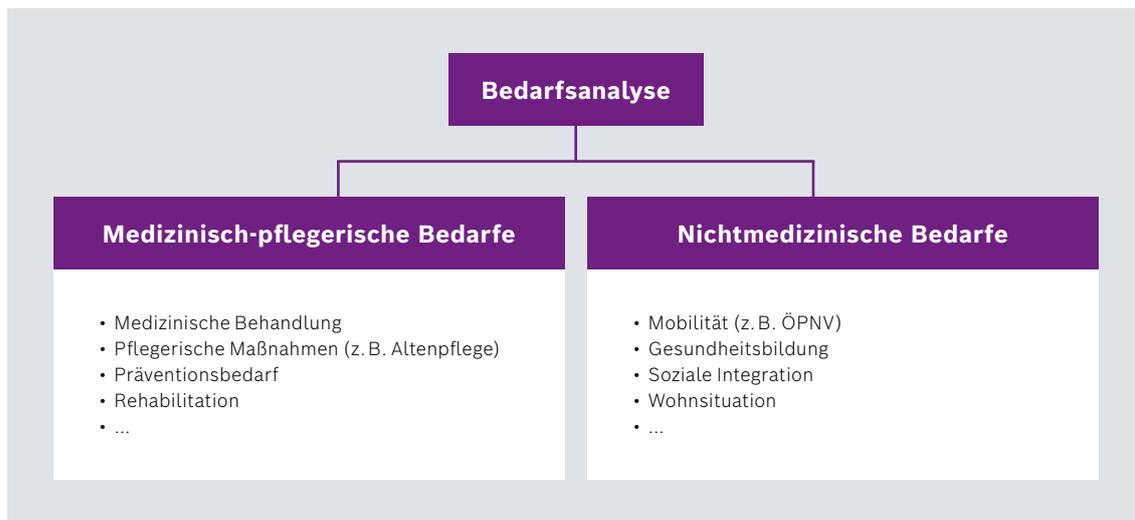


Abbildung 3: Medizinisch-pflegerische und nichtmedizinische Bedarfe
Quelle: Eigene Darstellung

Abbildung 4 illustriert das entsprechende Vorgehen. Dabei wird deutlich, dass das Ergebnis möglicherweise nicht nur Versorgungslücken zutage bringen kann. Für viele Bereiche wird sich auch eine bedarfsgerechte Versorgung abzeichnen. In diesem Fall kann geprüft werden, inwiefern durch

eine Bündelung von Angeboten im PORT-Zentrum oder eine gute Vernetzung eine weitere Verbesserung erreicht werden kann. Wird hingegen eine Überversorgung festgestellt, sollte diese durch das neu zu schaffende PORT-Zentrum nicht weiter verschärft werden.

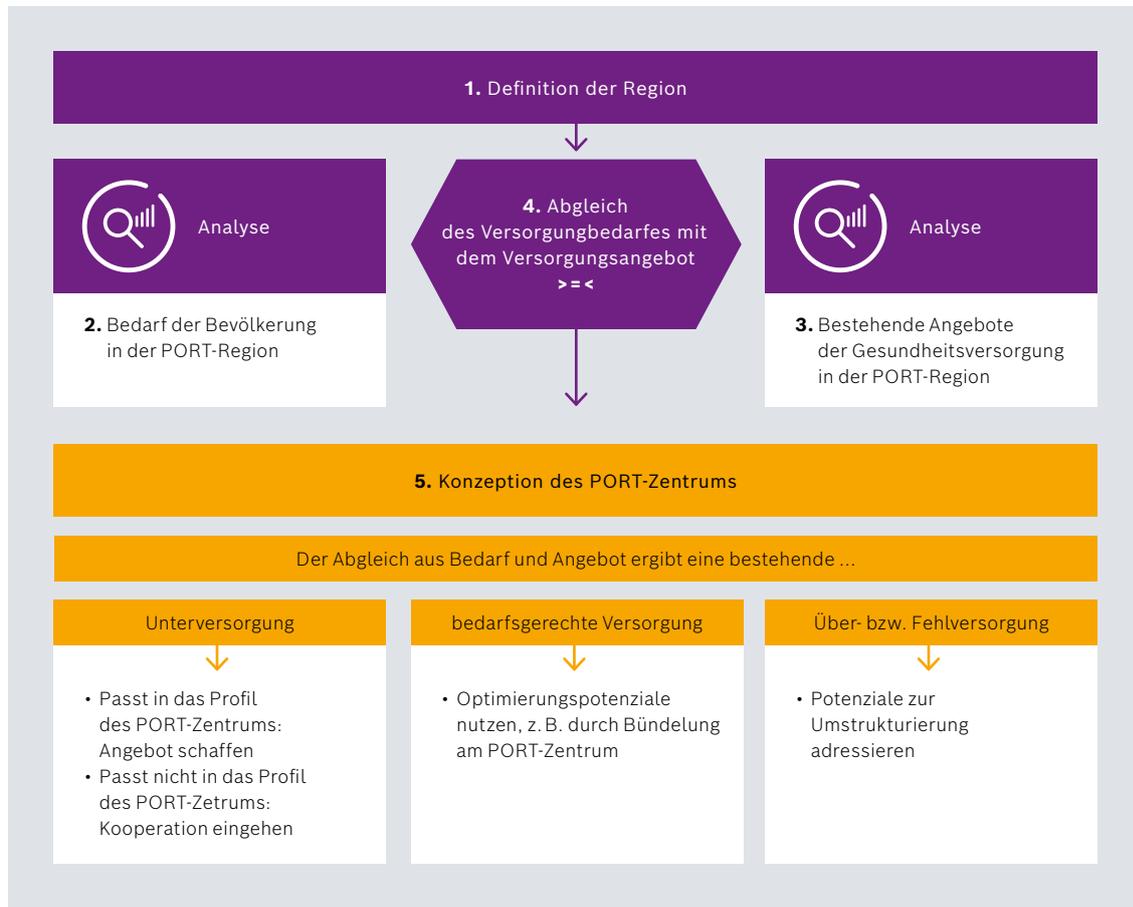


Abbildung 4: Vorgehen zur bedarfsorientierten Konzeption eines PORT-Zentrums

Quelle: Eigene Darstellung

Soweit möglich, kann die Gelegenheit genutzt werden, durch die Neustrukturierung der Versorgung entstehende Überkapazitäten in der Region abzubauen oder umzuwidmen. Dies ist jedoch keine vorrangige Aufgabe für die Planer eines PORT-Zentrums.

Wichtig ist die genaue Bestandsaufnahme auch für die Bildung von Prioritäten. Ein PORT-Zentrum kann nicht – und schon gar nicht in einer Aufbauphase – alle möglicherweise wichtigen und richtigen Themen zugleich adressieren. Auch wenn das PORT-Zentrum als Zentrum der Primärversorgung allen offensteht, gilt es zu klären, ob es Zielgruppen gibt, bei denen ein besonders dringlicher Handlungsbedarf besteht und die entsprechend zunächst bei den weitergehenden Planungen vorrangig adressiert werden.

Dies hat unter anderem Auswirkungen auf die vorzuhaltenden fachlichen Kompetenzen, die personellen Kapazitäten und die korrespondierende räumliche Infrastruktur. Es lässt sich im Idealfall auch bereits abschätzen, inwiefern für künftige Erweiterungen bestimmte räumliche Optionen offengehalten werden sollten.

Es empfiehlt sich zudem, neben einer kleingliedrigen Projektplanung auch einen langfristigen Zeitplan aufzustellen. Dieser kann auch dabei helfen, sich nicht zu sehr im Kleinklein zu verlieren und die grundlegende Vision im Blick zu behalten.

2.2 Definition der Region

Zu Beginn ist zu definieren, für welche Region, d. h. für welches geografische Einzugsgebiet, das PORT-Zentrum einen Beitrag zur Primär- und Langzeitversorgung der Bevölkerung leisten soll. Dieser erste Schritt ist wichtig, da mit der Region – sei es eine wenig besiedelte ländliche Struktur, ein Vorort oder ein Stadtviertel in einer Großstadt mit hohem Migrationsanteil – auch die Zusammensetzung und die (Lebens-)Bedingungen der Bevölkerung stark variieren. Die Bevölkerungsstruktur bestimmt wiederum maßgeblich die regionalen Bedarfe und stellt somit das Rahmengerüst für die Ausrichtung des PORT-Zentrums.

Das PORT-Einzugsgebiet kann anhand verschiedener Kriterien festgelegt werden. Zum einen kann dieses entlang von politischen Grenzen geschehen. Je nach Bevölkerungsstruktur kann das Einzugsgebiet enger oder weiter gefasst sein. So kann es in einer dicht besiedelten Region sinnvoll sein, die Grenze entlang eines einzelnen Stadtviertels zu ziehen. In einer ländlichen Region hingegen bietet es sich an, die Grenzziehung entlang der Gemeinde- oder Landkreisgrenzen vorzunehmen. Insbesondere wenn eine starke Verankerung eines PORT-Zentrums in einer Kommune angestrebt wird, ist eine Annäherung über Gebietskörperschaften bzw. administrative Gebietseinheiten zielführend.

Zum anderen ist es jedoch zwingend notwendig, einen Abgleich mit dem realen Verhalten der Bevölkerung vorzunehmen. Nicht immer korrespondieren administrative Gebietseinheiten mit der Wahrnehmung der Bevölkerung. Hierzu können Analysen der Wege zum Arbeitsplatz, das Einkaufsverhalten oder im vorliegenden Fall primär von Patientenströmen helfen. Hierfür könnten beispielsweise Daten zum Einzugsgebiet einer lokalen Arztpraxis – z. B. eines Hausarztes, der ohnehin die Absicht hat, sich im PORT-Zentrum zu engagieren – herangezogen werden. So kann vollständig anonymisiert die Herkunft der Patienten je Postleitzahlbezirk ausgewertet und darauf basierend ein Kerneinzugsgebiet abgeleitet werden. Bei der Interpretation der Daten hilft der persönliche Austausch mit Vertretern der Bevölkerung wie auch der Leistungserbringer in der Regel sehr. Es wird jedoch dringend zu einer Datenanalyse geraten, da subjektive Wahrnehmungen aus dem persönlichen Austausch die Realität nur bedingt widerspiegeln.

Häufig wurden im Zuge staatlicher und kommunaler Initiativen auch bereits gebietskörperschaftenübergreifende Regionen definiert, die sinnvolle Planungseinheiten darstellen und auf die aufgebaut werden kann.³ Oftmals wurden vor Etablierung derartiger Einheiten bereits umfangreiche Analysen durchgeführt, die verwendet werden können.

Ein Einzugsgebiet soll dabei nicht den Charakter eines starren oder exklusiven Bereiches bekommen, außerhalb dessen Grenzen keine Patienten adressiert werden. Vielmehr dient dieser Schritt einer ersten regionalen Fokussierung, anhand derer die Bedarfsanalyse vorgenommen wird. Auch für die darauf aufbauende wirtschaftliche Planung ist es notwendig zu wissen, mit welchem Fallaufkommen in einer Region gerechnet werden kann und ob dieses ausreicht, um das geplante Angebot wirtschaftlich zu betreiben. Es gilt somit stets die Balance zu halten zwischen einer Abgrenzung, die zu klein ist, und einer Abgrenzung, die zu weit ist. Während im ersten Fall die Zielpopulation möglicherweise nicht groß genug ist, kann ein zu weit gefasstes Gebiet dazu führen, dass die Zielpopulation räumlich nicht erreicht werden kann oder das PORT-Zentrum mit der Ausdehnung aufgrund einer zu hohen Patientenzahl überfordert ist.

Ist die Zielregion abgegrenzt, erfolgt für diese Region die Analyse des Bedarfs und des existierenden Angebots.

2.3 Analyse des Bedarfs

2.3.1 Grundlagen

Der Bedarf an Einrichtungen und Dienstleistungen zur Sicherstellung der medizinisch-pflegerischen Grundversorgung ergibt sich im Kern aus dem Gesundheitszustand der Bevölkerung sowie aus den bereits angesprochenen sozioökonomischen Kontextfaktoren. Dies ist methodisch nicht trivial und ein wissenschaftlich nach wie vor schwer fassbares Feld (BOX 2, methodische Herausforderungen). Man kann sich der Aufgabe – wie im Folgenden dargestellt – jedoch auch pragmatisch nähern, sollte sich aber immer bewusst machen, dass es sich um eine vereinfachte Herangehensweise handelt, die zwangsweise an einigen Stellen unscharfe Ergebnisse produziert, die regelmäßig auf Plausibilität geprüft werden müssen.

3 Stichworte hierzu sind beispielsweise Kommunale Gesundheitskonferenzen oder Gesundheitsregionen. Siehe hierzu auch Kapitel 5.4.

BOX 2: Methodische Herausforderungen bei der Ermittlung des Behandlungsbedarfs

Die methodischen Herausforderungen einer objektiven Ermittlung des Behandlungsbedarfs und der Ableitung dafür notwendiger Kapazitäten zeigte sich zuletzt bei der Erstellung des Gutachtens zur Reform der Bedarfsplanung für die ambulante ärztliche Versorgung (G-BA 2018). Insbesondere zwei Punkte sind dabei nach wie vor nicht zufriedenstellend zu lösen.

Erstens muss der Gesundheitszustand ermittelt werden. Der Begriff „Gesundheit“ wird jedoch je nach Kontext sehr unterschiedlich definiert (z. B. Vitalparameter in einem statistischen Normbereich versus Fähigkeit zur Teilhabe am gesellschaftlichen Leben) und ist zudem nur komplex zu erheben. Selbstauskünfte im Kontext von (aufwendigen und teuren) Befragungen sind häufig unzuverlässig und Statistiken, die auf Behandlungsdaten beruhen, berücksichtigen nur behandelte Patienten. Kranke, die keinen Zugang zur Versorgung haben, fallen durch das Raster – dies wird häufig als verborgener Bedarf bezeichnet. Erschwerend kommt hinzu, dass neben dem reinen Gesundheitszustand weitere Faktoren, wie die Verfügbarkeit familiärer und weiterer sozialer Strukturen, Auswirkungen auf den Bedarf haben. Entsprechend muss eine Annäherung an den Gesundheitszustand der Bevölkerung erfolgen, die verschiedene relevante Dimensionen abdeckt und eine möglichst umfassende Einschätzung erlaubt.

Zweitens muss diese Zustandsbeschreibung in einen Bedarf an Einrichtungen und pflegerischen und medizinischen Kapazitäten überführt werden: Wie viele Hausärzte werden für eine Bevölkerung mit einem bestimmten Gesundheitszustand benötigt? Wie viele Pflegekräfte mit und ohne akademische Ausbildung werden benötigt? Wie weit können die Einrichtungen von den Patienten entfernt sein? Für diese Fragen gibt es keine objektiv richtigen Antworten, sondern bestenfalls qualifizierte Einschätzungen. Vergleicht man beispielsweise Kennzahlen wie Hausärzte pro 100.000 Einwohner zwischen verschiedenen Ländern, sieht man häufig trotz vergleichbarer Ergebnisse in der Versorgungsqualität gravierende Unterschiede. Die Arbeitsteilung zwischen den beteiligten Berufsgruppen, Zugangswege zur Versorgung, aber auch Faktoren wie Gewohnheiten der Bevölkerung bzgl. der Inanspruchnahme wirken sich hier stark aus. Um die benötigten Kapazitäten zu ermitteln, orientiert man sich deshalb häufig an etablierten Maßzahlen, die beispielsweise im Bereich der ambulanten ärztlichen Versorgung in die bekannten Versorgungsgrade münden, auf Basis derer die Zulassungsausschüsse die Versorgung mit Ärzten planen (G-BA 2019a). Derartige etablierte Kennzahlen können eine Richtgröße bilden, sind jedoch immer mit den realen Erfahrungen vor Ort abzugleichen.

In einem ersten Schritt ist die Bevölkerung der Region demografisch differenziert zu erfassen. Im zweiten Schritt sind in Anlehnung an das Konzept der sozialen Determinanten von Gesundheit die in Abbildung 5 dargestellten Gesundheitsfaktoren, z. B. das Gesundheitsverhalten und

sozioökonomische Faktoren zu erheben. Zusammen erlauben die beiden Schritte eine quantitative und qualitative Abschätzung der Bedarfe der Bevölkerung. Wichtige Datenquellen sowie Hinweise zu eigenen Datenerhebungen sind in BOX 3 (Datengrundlage, S. 25) zusammengefasst.

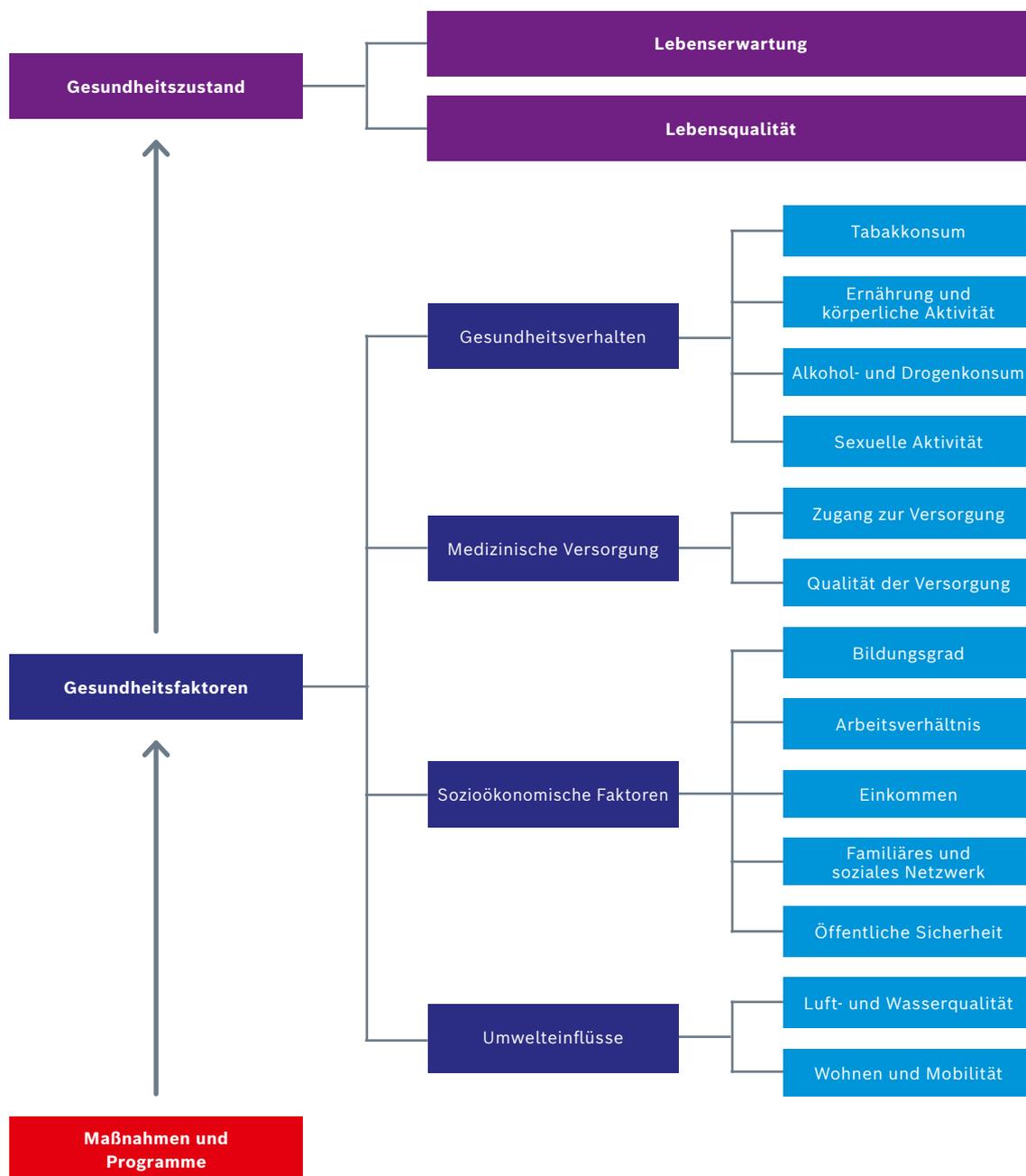


Abbildung 5: Soziale Determinanten von Gesundheit

Quelle: Abbildung in Anlehnung an UWPPI und Robert Wood Johnson Foundation o.J.

2.3.2 Demografisches Profil und Gesundheitszustand

Neben der Erfassung der Bevölkerungszahl in der Zielregion und den einzelnen Teilgebieten ist die Altersstruktur ein zentraler Faktor (AOLG 2003). Über die Altersstruktur einer Bevölkerung lässt sich bereits viel über die typischerweise vorzufindende Morbiditätsstruktur aussagen. Beispielsweise geht ein hohes durchschnittliches Alter mit mehr chronischen Erkrankungen, stärkerer Multimorbidität und höherer Pflegebedürftigkeit einher (Tesch-Römer und Wurm 2009). Diese altersspezifischen Herausforderungen führen zu anderen inhaltlichen und personellen Ausrichtungen eines PORT-Zentrums als etwa eine überwiegend junge und kinderreiche Bevölkerung. Neben den Auswirkungen auf medizinische Bedarfe im engeren Sinne geht dies auch mit abweichenden Anforderungen an Öffnungszeiten oder nicht-medizinischen Leistungsangeboten einher. Um ein Gefühl für die eigene Bevölkerungsstruktur zu erhalten, sind auch Abgleiche mit der demografischen Struktur benachbarter Regionen sowie des Bundeslandes sinnvoll.

Um das PORT-Zentrum auch an zukünftigen Bedarfen auszurichten und langfristig aufzustellen, sind neben der Analyse der aktuellen demografischen Situation auch entsprechende Bevölkerungsvorausrechnungen von Interesse. Dies kann in beide Richtungen wirken: Einerseits lassen sich möglicherweise wachsende Bedarfe für bestimmte Indikationen frühzeitig erkennen, andererseits kann die Kenntnis einer aufgrund von Abwanderung und hohem Durchschnittsalter sinkenden Bevölkerungszahl helfen, die Schaffung von Überkapazitäten zu vermeiden. In manchen Regionen sind auch Effekte von Migration, also Zu- oder Abwanderung, zu beachten.

Ferner lassen sich anhand von Statistiken des Statistischen Bundesamtes auf Anfrage auch in relativ kleiner regionaler Auflösung Hinweise auf den Gesundheitszustand der Bevölkerung ableiten. In der Regel basieren diese Daten auf Abrechnungsdaten beispielsweise der Krankenkassen mit den Krankenhäusern. Diese Daten eignen sich nur bedingt für eine exakte Erfassung des Gesundheitszustands (siehe BOX 3 Datengrundlage, S. 25), können jedoch einen guten Eindruck über die dominanten Indikationsbereiche geben. Auch hier kann ein Abgleich mit anderen Regionen zeigen, inwiefern möglicherweise ein überdurchschnittlicher Bedarf besteht.

2.3.3 Sozioökonomische Faktoren

Folgt man dem Konzept der sozialen Determinanten der Gesundheit, haben sozioökonomische Faktoren nach Merkmalen wie Alter und Geschlecht relativ gesehen den größten Einfluss. Diese Faktoren fassen die sozialen Bedingungen, in denen Menschen aufwachsen, leben und arbeiten, zusammen (Dahlgren und Whitehead 2007).

Der Begriff sozioökonomischer Status beschreibt zusammenfassend die Stellung einer Person innerhalb einer Bevölkerung (RKI 2015a). Für die Konzeptionierung eines PORT-Zentrums kommt der sozioökonomischen Lage der Bevölkerung im Einzugsgebiet eine besondere Bedeutung zu, da Gesundheitschancen und Krankheitsrisiken sozial ungleich verteilt sind. Personen mit einem niedrigen sozioökonomischen Status sind gegenüber besser gestellten Personen häufig auch gesundheitlich benachteiligt. So zeigt sich für eine Vielzahl chronischer Krankheiten, z. B. Herz-Kreislauf-Erkrankungen, bestimmte Krebsarten wie Lungen- und Magenkrebs, Stoffwechselstörungen wie Diabetes mellitus sowie degenerative Erkrankungen des Muskel- und Skelettsystems, ein steigendes Erkrankungsrisiko bei sinkendem sozioökonomischem Status (Lampert et al. 2005; Geyer 2008).

Von den in Abbildung 5 aufgeführten sozioökonomischen Faktoren zählt Bildung zu den bedeutendsten und übersteigt beispielsweise auch die Relevanz des Einkommens. Die Hintergründe hierfür sind facettenreich. So erschwert ein niedriger Bildungsstand die Aufnahme und Bewertung von gesundheitsrelevanten Informationen und wirkt sich häufig direkt auf gesundheitsrelevantes Verhalten wie den Konsum von Tabak o. Ä. aus. Als zweiter Faktor sei noch das familiäre und soziale Netz herausgegriffen. Dieses ist in allen Lebensphasen relevant. Bei alleinstehenden Älteren kann soziale Isolation medizinische Indikationen wie Demenz oder Depressionen direkt beeinflussen. Sie nehmen ferner existierende Angebote häufig deutlich weniger wahr, wenn sie nicht aus dem familiären oder sozialen Umfeld dazu angeregt werden oder im Sinne eines familiären Hol- und Bring-Dienstes der Transport gewährleistet wird. Alleinerziehende Mütter wiederum sind einem deutlich erhöhten Stress ausgesetzt, insbesondere wenn vor Ort darüber hinaus kein weiteres familiäres Netz zur Unterstützung existiert. Neben der psychischen Belastung ist regelmäßig zu beobachten, wie eigene gesundheitsrelevante Bedürfnisse zurückgestellt werden, was das Risiko für negative gesundheitliche Konsequenzen erhöht.

Entsprechend lassen sich ganze Bevölkerungsgruppen identifizieren, die häufiger gesundheitlich benachteiligt sind als andere. So können auch die mit Arbeitslosigkeit assoziierten Belastungen psychosozialen Stress erzeugen und das Auftreten von Erkrankungen fördern. Gleichfalls geht mit Arbeitslosigkeit häufig ein ungesünderer Lebensstil einher, was sich auch in einer geringeren sportlichen Aktivität und einem höheren Substanzkonsum zeigt (Kroll und Lampert 2012). Auch Menschen mit Migrationshintergrund zeichnen sich häufig durch besondere gesundheitsbezogene Charakteristika aus, die sinnvoll adressiert werden müssen (Universität Bayreuth und EY 2018).

Hieraus können sich beispielsweise Maßnahmen im Bereich der Verhältnisprävention oder der Gesundheitsförderung ergeben, die ganz gezielt die Bedarfe der identifizierten vulnerablen Gruppen adressieren. Eine an der Sozialsituation ausgerichtete Prävention und Gesundheitsförderung hat das Potenzial, gesundheitliche Ungleichheiten abzubauen (RKI 2015b). Außerdem kann die Verbesserung der Gesundheitschancen sozioökonomisch Benachteiligter durch die niedrigschwellige Versorgung in einem PORT-Zentrum langfristig für die Sozialsysteme auch Kosten reduzieren, die im Zusammenhang mit Krankheitsbehandlungen oder Frühberentungen entstehen (Mackenbach et al. 2011; Kroll und Lampert 2013).

2.3.4 Gesundheitsverhalten

Menschen können sich in Bezug auf ihre Gesundheit unterschiedlich verhalten. Das individuelle Gesundheitsverhalten kann sich sowohl positiv als auch negativ auf die eigene Gesundheit auswirken. Positives Gesundheitsverhalten schützt bzw. stärkt die Gesundheit einer Person, etwa durch regelmäßige körperliche Aktivität oder eine ausgewogene Ernährung (Lange und Finger 2017). Von einem gesundheitlichen Risikoverhalten hingegen geht eine erhöhte Gesundheitsgefährdung aus. So zählen beispielsweise Rauchen, gesundheitsriskanter Alkoholkonsum, Fehlernährung und Adipositas zu den wichtigsten Einflussfaktoren auf nichtübertragbare, chronische Krankheiten (Forouzanfar et al. 2015).

Um das Gesundheitsverhalten von Menschen zu analysieren, sind folgende Verhaltensweisen von besonderer Bedeutung:

- Tabakkonsum
- Ernährungsgewohnheiten und körperliche Aktivität
- Alkohol- und Drogenkonsum
- Sexuelle Aktivität (etwa Häufigkeiten von Teenagerschwangerschaften oder sexuell übertragbaren Infektionen)

Sofern Indizien dafür bestehen, dass in der Zielregion diesbezüglich besondere Problemlagen herrschen, kann es sich lohnen, gezielt – ggf. in Kooperation mit dem Gesundheitsamt oder einer wissenschaftlichen Partnerinstitution – Daten zu erheben, damit das PORT-Zentrum im Sinne eines ganzheitlichen Ansatzes beispielsweise auch durch Interventionen im Bereich der Verhaltens- oder Verhältnisprävention gezielt tätig werden kann.

2.3.5 Umwelteinflüsse

Umwelteinflüsse, wie Bedarfe hinsichtlich der Mobilität – sei es, um soziale Teilhabe zu ermöglichen oder konkrete Gesundheitsleistungen in Anspruch zu nehmen – sind ebenfalls zu analysieren. Relevant ist insbesondere die Verfügbarkeit des öffentlichen Personennahverkehrs (ÖPNV). Gerade ältere Menschen und Minderjährige sind auf öffentliche Verkehrsmittel angewiesen. Doch häufig ist die Taktung der Busse und Bahnen im ländlichen Raum eher gering. Dies kann die Mobilität von Patienten und folglich deren Zugang zum PORT-Zentrum stark einschränken oder gar verwehren. Solche Defizite gilt es im Rahmen der Bedarfsanalyse zu identifizieren und in der PORT-Konzeption aufzugreifen, beispielsweise in Form der Etablierung eines Hol- und Bring-Dienstes.

Weitere Risikofaktoren sind Umweltbedingungen wie eine Belastung durch Luftverschmutzung oder Lärm. Auch hier können spezifische Bedarfe sowohl in der Verhältnisprävention (Maßnahmen zur Reduktion der Stressoren) sowie Bedarfe in der Bewältigung mit der Situation bestehen. Die Wohnbedingungen sind dabei ebenfalls zu berücksichtigen, sei es im Sinne eines beispielsweise nicht auf alleinstehende Senioren abgestimmten Settings (Zugang nur über Treppe, mehrere Wohnebenen, zu große Wohneinheiten) oder Risikofaktoren wie Schimmelbildung in alten und feuchten Baubeständen. Während einzelne dieser Beispiele in manchen Regionen nicht anzutreffen sind, können sie in anderen Regionen Risikofaktoren darstellen, die eine relevante Bevölkerungsgruppe betreffen.

2.3.6 Verweis auf medizinische Versorgung

Natürlich hat auch der Zugang zu medizinischer Versorgung und die Qualität der erbrachten Leistung einen relevanten Einfluss auf den Gesundheitszustand der Bevölkerung. Da in Deutschland weitgehend Vollversicherungsschutz herrscht⁴, bleibt hier lediglich der Aspekt der ausreichenden Versorgung mit entsprechenden Leistungserbringern. Diese Frage wird im Zuge der Analyse des vorhandenen Angebots separat im folgenden Kapitel diskutiert.

4 Es gibt jedoch trotz Versicherungspflicht Situationen, in denen einzelne Personen keinen Versicherungsschutz haben und nicht in der Lage sind, sich die notwendige und prinzipiell verfügbare Absicherung zu verschaffen. Auch besondere Gruppen wie Geflüchtete, für die je nach Aufenthaltstitel unterschiedliche Leistungsansprüche gelten, können in manchen Regionen eine relevante Bevölkerungsgruppe darstellen (Universität Bayreuth und EY 2018).

BOX 3: Datengrundlage zur Identifikation des Bedarfs

Grundsätzlich gilt es, die gesundheitsrelevanten Themenbereiche – soweit es die Datengrundlage zulässt – möglichst kleinräumig zu analysieren. Dies ermöglicht eine Analyse, die auch tatsächlich nah an den Bedarfen der betreffenden Bevölkerung ist. Eine geeignete Datengrundlage sind die routinemäßig aufbereiteten Indikatoren der **Gesundheitsberichterstattung** (GBE) auf Landes- und kommunaler Ebene (AOLG 2003).

Viele der in Abbildung 5 aufgeführten Faktoren (und eine Vielzahl weiterer) können bei der GBE der Länder abgerufen werden. Viele Indikatoren liegen nicht nur aggregiert auf Ebene eines Bundeslandes vor, sondern auch auf kleinteiligeren Ebenen der Kreise und kreisfreien Städte in sogenannten Regionaltabellen. Dies ermöglicht die angestrebte regional differenzierte Analyse. Die GBE der Kommunen hat sich in den vergangenen Jahren deutlich weiterentwickelt und trägt so dazu bei, gesundheitsbezogene Problemlagen und Handlungsbedarfe auch auf kommunaler Ebene zu identifizieren. Eine Vielzahl von Bundesländern, Kreisen und Kommunen stellt frei zugängliche, teilweise interaktive und visualisierte Datenbanken zur Verfügung, in denen regionalisierte Ergebnisse abgerufen, Regional- und Zeitvergleiche durchgeführt und Zusammenhänge von Indikatoren betrachtet werden können. Zum Teil kann auch auf Gesundheits-, Umwelt-, Sozial- oder Armutsberichte zurückgegriffen werden. Um die so ermittelten Informationen einordnen zu können – d. h. zu beurteilen, ob beispielsweise die Arbeitslosenquote in einer PORT-Region eher niedrig oder besonders hoch ist –, empfiehlt sich der Vergleich mit anderen kommunalen Gesundheitsdaten aus benachbarten oder strukturell vergleichbaren Kreisen oder Städten. Die amtliche Berichterstattung stellt eine valide und zugleich wichtige Datengrundlage zur Bedarfsermittlung in der PORT-Region dar, wenngleich darauf hinzuweisen ist, dass an dieser Stelle nur jene Daten abgebildet werden können, die auch durch die zugrunde liegenden Instrumente erfasst werden. Daraus folgt, dass latente, d. h. „verborgene“ Bedarfe hier nicht abbildbar sind. Beispielsweise kann der objektiv bestehende Bedarf eines psychisch Kranken nicht über die amtliche Diagnosestatistik erfasst werden, wenn der Kranke aus subjektiven Gründen (z. B. Angst vor Stigmatisierung) keine ärztlichen Leistungen in Anspruch nimmt. Somit lässt möglicherweise die alleinige Betrachtung von quantitativen Kennwerten relevante Aspekte der PORT-Region unbeleuchtet.

Daher ist im Regelfall davon auszugehen, dass **Gespräche, Befragungen oder Interviews** mit Schlüsselakteuren der PORT-Region durchzuführen sind. Dazu zählen zentrale Personen der Kommune (Bürgermeister, Gemeindevertreter etc.), Mitarbeiter des Öffentlichen Gesundheitsdienstes und des Jugendamtes sowie Sozialarbeiter oder Ärzte. Aber auch Kindertagesstätten, Schulen, Sportvereine, Seniorengruppen, regional vertretene Verbände oder Arbeitgeber können wichtige Ansprechpartner darstellen. Auch können Bürger direkt und am besten über verschiedene soziodemografische Gruppen hinweg befragt werden.

Unabhängig von der Methode und dem Grad der Formalisierung erlaubt die frühzeitige Einbeziehung sowohl von Schlüsselakteuren als auch von Bürgern, ein perspektivenreiches und damit möglichst umfängliches Abbild der bestehenden Bedarfe zu generieren. Außerdem entspricht dieses Vorgehen einem partizipativen Ansatz, der die Akzeptanz des PORT-Zentrums durch die Bürger und Leistungserbringer fördern kann.

Jedoch ist die Durchführung eigener Datenerhebungen nicht trivial. Dies beginnt bei der Auswahl und Formulierung von Fragen sowie der Festlegung von Skalen und endet bei der Logistik der Durchführung sowie den zu beachtenden Anforderungen des Datenschutzes. Exemplarisch sei auf die Frage nach der geeigneten Erhebungsform hingewiesen: Eine Befragung kann persönlich durch Interviewer erfolgen. Dies schafft Nähe und bringt eine relativ hohe Rücklaufquote. Der Zeitaufwand und damit die Kosten sind jedoch im Vergleich zu anderen Methoden sehr hoch, zumal möglicherweise Interviewer mit unterschiedlichen Sprachkenntnissen benötigt werden oder längere Wegstrecken zwischen verschiedenen Wohnorten zurückzulegen sind. Auch haben manche Befragte Vorbehalte, Informationen zum persönlichen Gesundheitszustand mit einer fremden Person zu teilen. Dies gilt auch bei der günstigeren Variante per Telefon. Eine postalische Befragung erlaubt hier eine größere Anonymität, allerdings ist der Rücklauf in der Regel deutlich geringer. Onlinebefragungen sind in der Durchführung günstig, allerdings ist es häufig nicht möglich, gerade vulnerable Bevölkerungsgruppen angemessen mit einzubeziehen.

Da viele konzeptionelle Entscheidungen der Gestaltung eines PORT-Zentrum auf der Bedarfsanalyse aufbauen, sollte hier nicht vorschnell gehandelt, sondern ggf. externe Expertise eingeholt werden. Der Prozess kann sich von der Initialisierung über die Durchführung bis zur erfolgten Auswertung über mehrere Monate hinziehen, sollte aber in der Regel bei entsprechend verfügbaren Ressourcen in einem halben Jahr abgeschlossen sein, auch um die weiteren Planungsschritte nicht zu lange zu verzögern.

2.4 Analyse der bestehenden Angebote

Die gesundheitliche Versorgungsstruktur ist ein wesentlicher Baustein einer umfassenden Daseinsvorsorge. Dabei ist die wohnortnahe, bedarfsgerechte und flächendeckende medizinische, pflegerische und therapeutische Versorgung von besonderer Bedeutung, ebenso wie gesundheitsfördernde und niedrighschwellige Angebote. Diese sollen an die demografischen, sozioökonomischen, gesundheitlichen und räumlichen Strukturen der PORT-Region angepasst sein. Damit dies gelingt, ist zu ermitteln, ob und inwiefern eine adäquate Versorgung durch die einzelnen relevanten Leistungserbringer bereits heute als auch zukünftig erbracht wird. Anhand der so festgestellten Versorgungslücken kann dann die Konzeption des PORT-Zentrums erfolgen.

Nachfolgend wird erläutert, welche Leistungserbringer und Angebote für die Versorgung der Menschen in der PORT-Region im Einzelnen relevant sind und welche Daten jeweils genutzt werden können, um die Versorgungssituation zu erfassen und zu beurteilen.

2.4.1 Angebote der Gesundheitsversorgung

2.4.1.1 Hausärztliche, fachärztliche und zahnärztliche Versorgung



Informationsportale der kassenärztlichen und kassenzahnärztlichen Vereinigungen sowie (Zahn-)Ärztekammern

Dichte und Verteilung von niedergelassenen Ärzten in einer definierten Region entscheiden maßgeblich über den Zugang der dort lebenden Menschen zur ambulanten ärztlichen Versorgung. Dabei kann sich die **Struktur der verschiedenen Arztgruppen** (z. B. Hausärzte, Augenärzte, Orthopäden und Radiologen) auf regionaler Ebene

deutlich unterscheiden. Die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) stellt freizugänglich ein breites Spektrum an anschaulich dargestellten und mit Erklärungen ergänzten statistischen Informationen zur vertragsärztlichen Versorgung zur Verfügung. So kann zur Bewertung der ärztlichen Versorgungslage in der PORT-Region beispielsweise die regionale Verteilung der vertragsärztlich tätigen Ärzte anhand verschiedener Indikatoren wie Durchschnittsalter, Ärztedichte, Anteil Ärzte in Altersgruppen auf kleinräumiger Ebene und auch überblicksartig für Deutschland differenziert nach Arztgruppe ausgewertet werden.

Die Altersstruktur niedergelassener Ärzte ist im Hinblick auf die zukünftige Sicherstellung der Versorgung besonders zu beachten. Mit der Alterung der Gesellschaft in Deutschland altert auch die Ärzteschaft. Insbesondere bei den Hausärzten ist der Anteil der über 60-Jährigen mit 34,8% besonders hoch (Abbildung 6).

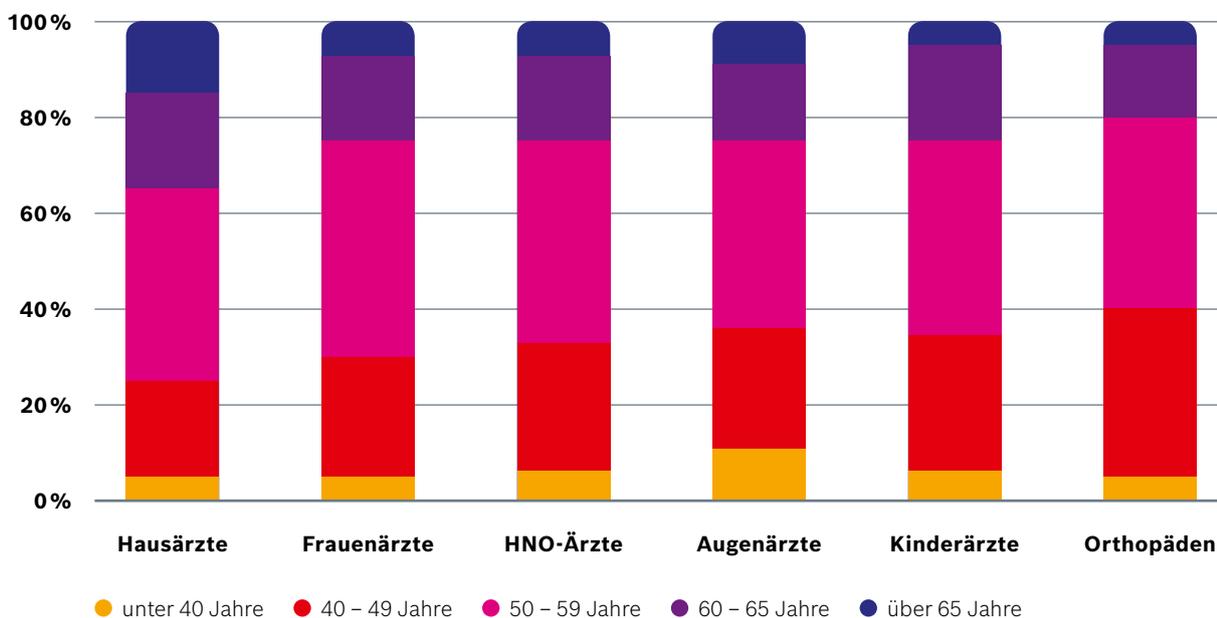


Abbildung 6: Verteilung ausgewählter Arztgruppen in der vertragsärztlichen Versorgung nach Altersgruppen, 2018
Quelle: KBV 2018c

Um konkrete (Standort-)Informationen über die einzelnen niedergelassenen Ärzte in einer Region zu erlangen, können die Verzeichnisse und Suchfunktionen der (Landes-)Ärztekammern bzw. (Landes-)Zahnärztekammern online genutzt werden.

2.4.1.2 Apotheken, Medikamentenversorgung



**Informationsportal der
Bundesvereinigung Deutscher
Apothekerverbände**

Die Apotheken haben den gesetzlichen Auftrag, die Arzneimittelversorgung der Bevölkerung sicherzustellen. Somit sind sie in einer PORT-Region ein wichtiger Baustein der Gesundheitsversorgung. Nach Einschätzungen der Bundesvereinigung Deutscher Apothekerverbände (ABDA) ist die flächendeckende Versorgung der Bevölkerung mit Arzneimitteln derzeit überall gewährleistet (ABDA 2019). Dennoch ist die Apothekenverteilung nicht überall bedarfsgerecht. Aufgrund des demografischen Wandels und schrumpfender Gemeindegrößen bei gleichzeitigem Kostendeckungsdruck liegt das Hauptproblem der Apotheken in den ländlichen Regionen. Informationen zur regionalen Struktur der Apotheken (Anzahl, Flächendeckung u. a.) werden durch die ABDA bereitgestellt.

2.4.1.3 Pflegeeinrichtungen, Betreuungsangebote, Pflegeberatung



Informationsportal Pflegelotse
www.pflegelotse.de

AOK-Pflegenavigator
www.pflege-navigator.de

Um der künftigen Verschiebung des Altersaufbaus in Deutschland in Richtung alter und hochaltriger Bevölkerungsgruppen gerecht zu werden, ist die pflegerische Versorgung und Betreuung von besonderer Relevanz. Informationen zu bestehenden Pflegeangeboten der PORT-Region sind über das Portal „Pflegelotse“ zu finden. Pflegelotse ist ein unabhängiges und kostenloses Informationsportal des Verbandes der Ersatzkassen e. V. (vdek) und informiert über die bundesweit etablierten Pflegeeinrichtungen. Dargestellt sind Informationen über Größe, Kosten, besondere Versorgungsformen sowie Lage und Anschriften der Einrichtungen (ambulanter Pflegedienst, stationäre Pflegeeinrichtungen), Betreuungsangebote (Angebote zur Unterstützung im Alltag, häuslicher Betreuungsdienst) sowie zur Pflegeberatung (vdek o.J.). Ähnliche Suchfunktionen bieten auch Portale einzelner Pflegekassen.

2.4.1.4 Nichtärztliche Heilberufe



**Verzeichnisse
der Berufsverbände**

Auch nichtärztliche Heilberufe (Ergotherapeut, Physiotherapeut, Logopäde, Osteopath) sind fest etabliert in der Prävention (Vorbeugung) und Kuration (Heilung) von Krankheiten wie auch in der Rehabilitation (Wiederherstellung von Funktionen und Leistungen zum Ziel der Teilhabe am alltäglichen Leben). Um das Vorhandensein von präventiven bzw. kurativ-therapeutischen Angeboten abzubilden, sind die lokalen Anbieter zu ermitteln. Dies kann über die Verzeichnisse der Berufsverbände oder über berufsübergreifende Suchmaschinen erfolgen (Anlage 1).

2.4.1.5 Akut- und Rehakliniken



Deutsches Krankenhausverzeichnis Strukturierte Qualitätsberichte der Krankenhäuser

Das Deutsche Krankenhausverzeichnis ist das offizielle Verzeichnis der deutschen Krankenhäuser. Dieses Tool bietet die Möglichkeit, differenziert nach Krankenhäusern in einer PORT-Region zu recherchieren, die spezifische Krankheitsbilder versorgen oder konkrete Strukturen und Leistungen vorhalten. So kann beispielsweise ermittelt werden, welche Krankenhäuser in der Region die Versorgung von chronischen Schmerzpatienten, geriatrischen Patienten oder psychisch Erkrankten gewährleisten können. Grundlage der Suchmaschine sind die strukturierten Qualitätsberichte der Krankenhäuser, die im Einzelnen über eine Referenzdatenbank des Gemeinsamen Bundesausschusses (GBA) abgerufen werden können. Dies kann hilfreich sein, um ausführliche Informationen zu einem konkreten Krankenhaus in einer PORT-Region zu generieren.

2.4.1.6 Palliativ- und Hospizversorgung



Deutscher Hospiz- und Palliativverband: Datenbank „Wegweiser Hospiz und Palliativmedizin Deutschland“

„Menschen mit schweren Erkrankungen, bei denen eine Heilung nicht mehr möglich ist, bedürfen einer palliativen Versorgung, bei der nicht mehr die Heilung und Lebensverlängerung im Vordergrund steht, sondern der bestmögliche Erhalt der Lebensqualität, Nähe, Zuwendung und die Linderung von Schmerzen und anderen Symptomen“ (DHPV o.J.). Der sowohl stationär als auch ambulant organisierten Palliativ- und Hospizversorgung kommt aufgrund der alternden Bevölkerung eine wachsende Bedeutung zu. Der Deutsche Hospiz- und Palliativverband (DHPV) e.V. veröffentlicht in der Datenbank „Wegweiser Hospiz und Palliativmedizin Deutschland“ regelmäßig eine Übersicht über die Adressen und Einrichtungsdaten der ambulanten Hospizdienste, der stationären Hospiz- und Palliativeinrichtungen sowie weiterer Einrichtungen im Hospiz- und Palliativbereich (z. B. Weiterbildungseinrichtungen und Verbände).

2.4.2 Strukturen der Gesundheitsförderung und Prävention

Um dem explizit gesundheitsfördernden und präventiven Charakter eines PORT-Zentrums gerecht zu werden, sind auch bestehende Aktivitäten dieser Bereiche zu erfassen. Hierbei kann zwischen professionellen und nichtprofessionellen Strukturen unterschieden werden. Unter professionellen Strukturen versteht man beispielsweise Arbeitskreise, Netzwerke, Koordinationsstellen, Beratungsstellen, Selbsthilfegruppen und Sportvereine. Darüber hinaus sind bestehende Angebote in spezifischen Lebenswelten wie Schulen, Kitas, Vereinen oder Betrieben von Bedeutung. Solche Angebote können dazu beitragen, dass mehr sozial benachteiligte Zielgruppen bzw. Menschen mit einem erschwerten Zugang zu Präventionsleistungen erreicht werden (RKI 2015b).

Nichtprofessionelle Strukturen der Gesundheitsförderung und Prävention können u. a. soziales Engagement (Ehrenamt), Nachbarschaftshilfen und bürgerschaftliche Hilfesysteme sein. Zur Informationsbeschaffung über bestehende Angebote kann ein besonderes Augenmerk auf den öffentlichen Gesundheitsdienst gelegt werden, der häufig an Gesundheitsämtern institutionalisiert ist. Zum einen haben Gesundheitsämter häufig eine eigene Abteilung für Gesundheitsförderung und Prävention mit gesundheitsfördernden Angeboten, insbesondere für Kinder und Jugendliche. Zum anderen bündeln Gesundheitsämter Informationen über die bestehenden Strukturen in der Region.

2.4.3 Weitere nichtmedizinische Angebote

Anknüpfend an den umfassenden Gesundheitsbegriff und die sozialen Determinanten der Gesundheit sind auch Bereiche wie Arbeitswelt, Familie und Gesellschaft als relevant für die Gesundheit eines Menschen zu sehen. So gilt es für ein PORT-Zentrum, auch Verknüpfungen zu entsprechenden Angeboten – etwa Kinderbetreuung, Seniorenkreise, Sprachförderung und Angebote der Volkshochschule und (Sport-)Vereine – herzustellen.

2.5 Abgleich des Versorgungsbedarfs mit dem Versorgungsangebot

Dieser Schritt hat zum Ziel, etwaige Versorgungslücken bzw. Überangebote zu ermitteln, indem der bevölkerungsbedingte Bedarf mit den vorhandenen Angeboten der Gesundheitsversorgung und Entwicklungsprognosen abgeglichen wird. Dafür werden in einem ersten Schritt anhand der ermittelten spezifischen Charakteristik der Bevölkerung konkrete Zielgruppen definiert und priorisiert. Zeigt die Bedarfsanalyse beispielsweise einen aktuellen sowie auch prognostizierten hohen Anteil an multimorbiden Hochaltrigen und Pflegebedürftigen in der Region, können diese Personengruppen eine relevante Zielgruppe des PORT-Zentrums darstellen. Folgend wird der zielgruppenspezifische Bedarf an medizinischen, nichtmedizinischen sowie präventiven/gesundheitsfördernden Leistungen abgeschätzt und den bestehenden Angeboten der Gesundheitsversorgung gegenübergestellt. Im Hinblick auf Gesundheitsförderung und Prävention sollte grundsätzlich eine gute Abdeckung für die gesamte Bevölkerung vorhanden sein. Für die priorisierten Zielgruppen sollten sodann spezifische Akzente gesetzt werden.

Wie in BOX 3 (Datengrundlage, S. 25) dargestellt, sollte dabei nicht nur auf die quantitative Analyse zur Situation in den einzelnen Versorgungsbereichen zurückgegriffen werden. Vielmehr eignen sich zusätzlich Befragungen mit relevanten Akteuren, da diese verborgene Bedarfe aufzeigen und weitere wichtige regionale Aspekte einbringen können. Explizit zum Abgleich des ärztlichen Bedarfes und dem entsprechend gegenüberstehenden Angebot kann hier in Anlehnung an die KBV-Bedarfsplanung auf eine allgemeine Verhältniszahl, die ausdrückt, wie viele Patienten durch einen Arzt zu versorgen sind, zurückgegriffen werden. Diese liegt für Hausärzte bei 1.609 und bedeutet, dass pro 1.609 Einwohner ein Hausarzt (bei einem vollen Versorgungsauftrag) vorhanden sein sollte (G-BA 2019a). Für andere ärztliche Disziplinen gelten entsprechende eigene Verhältniszahlen. Ein zusätzlicher lokaler Versorgungsbedarf, etwa aufgrund einer erhöhten Morbidität in einer Region, wird durch Korrekturfaktoren berücksichtigt. Durch die Multiplikation des Korrekturfaktors mit der Soll-Verhältniszahl ergibt sich eine (angepasste) Soll-Verhältniszahl, die der Morbiditätsstruktur Rechnung trägt. Wird nun dieser Soll-Verhältniszahl die real ermittelte Verhältniszahl – die Ist-Verhältniszahl – gegenübergestellt,

ergibt sich ein Versorgungsgrad. Aus diesem kann abgeleitet werden, ob eine Unterversorgung oder auch eine Überversorgung besteht, wofür jeweils spezifische Prozent-Grenzen definiert sind. Decken sich Soll-Verhältniszahl und Ist-Verhältniszahl, kann von einer bedarfsgerechten Versorgung ausgegangen werden. Der jeweils ermittelte Versorgungsgrad ist Grundlage dafür, ob sich in einer Region Ärzte (zusätzlich) niederlassen können, und ist daher auch für die PORT-Implementierung von zentraler Bedeutung. Sollten trotz rechnerischer Überversorgung Bedarfe nicht hinreichend adressiert werden, kann das Gespräch mit dem Zulassungsausschuss gesucht bzw. andere Lösungen gefunden werden.

Generell berücksichtigt werden sollte, dass nicht nur die regionale Bevölkerungsstruktur einem gewissen zeitlichen Wandel unterliegt, sondern auch die bestehenden Versorgungsstrukturen. So sollte sowohl der bevölkerungsbedingte Bedarf prognostiziert als auch die Entwicklung des bestehenden Leistungsangebotes eruiert werden. Beispielsweise können Haus- und Fachärzte und andere Akteure (altersbedingt) ausscheiden oder einzelne Fachabteilungen eines Krankenhauses der Region im Zuge von Strukturreformen schließen. Zudem kann sich der Bedarf an Hausärzten durch die fortschreitende Digitalisierung sowie durch die Neuordnung von Zuständigkeiten der Gesundheitsberufe verändern. Letztgenanntes betrifft beispielsweise die Übertragung ärztlicher Tätigkeiten an nichtärztliches Personal und somit eine Ausweitung der Kompetenzen nichtärztlicher Berufsgruppen (Klaes et al. 2013).

2.6 Konzeption des PORT-Zentrums

Nach Abschluss der voranstehend beschriebenen Analyse-schritte existiert ein gutes Verständnis der Bevölkerungsstruktur, der relevanten Risikofaktoren und der besonders wichtigen Versorgungsbedarfe. Ferner ist bekannt, welche Versorgungsstrukturen existieren. Aus dem Abgleich lässt sich – wie vereinfacht in Tabelle 1 dargestellt – ableiten, an welchen Stellen mit dem PORT-Zentrum identifizierte Lücken geschlossen und bestehende Versorgungsbedarfe besonders gut adressiert werden können. In der Konzeption kann grundlegend zwischen jenen Strukturen unterschieden werden, die in das PORT-Zentrum zu integrieren sind, und solchen, für die sich eher kooperative Beziehungen anbieten. Es gibt jedoch auch Bedarfe, die ein PORT-Zentrum nicht selbst abbilden kann und die somit nicht in das Profil passen. Dies betrifft beispielsweise typische (akut)stationäre Leistungen oder anderweitig aus infrastrukturellen Gründen nicht im PORT-Zentrum etablierbare Angebote. Wird für solch eine profilmfremde Leistung eine Unterversorgung festgestellt, kann geprüft werden, ob sie durch zweckmäßige Kooperationen zumindest abgemildert werden kann⁵.

Konnte im Abgleich aus Bedarf und Angebot eine bedarfsgerechte Versorgungssituation ermittelt werden (Leistungen, die zwar für eine bedarfsgerechte Versorgung der Bevölkerung notwendig sind, aber in der Region aktuell und auch prognostisch erbracht werden), sollte geprüft werden, ob diese sinnvoll im PORT-Zentrum gebündelt oder zumindest als Netzwerkpartner eng eingebunden werden können.

5 Für einzelne profilmfremde Leistungen, die zwar eine medizinisch-pflegerische Betreuung voraussetzen, aber nicht der umfassenden infrastrukturellen Voraussetzungen eines Krankenhauses bedürfen, ist auch die Möglichkeit einer räumlichen Angliederung an das PORT-Zentrum denkbar, die es aber immer im Einzelfall zu prüfen gilt. Zu nennen sei hier beispielsweise die Kurzzeitpflege oder Einrichtungen für ambulante Operationen.

Bedarfe und Risikofaktoren	Abgleich mit Angeboten	PORT-Potenzial
Allgemeinmedizinische Versorgung	Versorgungsgrad bei Hausärzten bei 80%, ein weiterer Hausarzt kurz vor Altersgrenze.	Rechnerisch zwei Arztsitze möglich, prüfen, ob Potenzial zur Besetzung im PORT-Zentrum bestehen würde bzw. Interesse an Verlagerung/Übergabe des Sitzes besteht. Kontaktaufnahme mit Zulassungsausschuss.
Kinderärztliche Versorgung	Versorgungsgrad in der Planungsregion bei 120%, allerdings extrem ungleiche Verteilung der Praxen. Alle ca. 30km vom geplanten PORT-Zentrum entfernt.	Zusätzlicher Arztsitz aufgrund von Überversorgung unrealistisch. Prüfen, ob möglicherweise Interesse an einer Verlagerung besteht. Alternativ prüfen, ob im Sinne einer Zweigpraxis z. B. an zwei Tagen pro Woche eine Sprechstunde im PORT-Zentrum angeboten werden kann.
Stationäre Versorgung	Grundversorger mit Fachabteilungen Innere Medizin, Chirurgie und Neurologie/Geriatrie vor Ort. Akuter Engpass in der frauenärztlichen und urologischen stationären Versorgung, da die Abteilungen beim Grundversorger geschlossen wurden, nächstes Krankenhaus 30km entfernt.	Stationäre Versorgung gehört nicht zum Angebotsspektrum eines PORT-Zentrums. Evtl. prüfen, inwiefern Anbindung an nächstgelegenes geeignetes Krankenhaus verbessert werden kann, z. B. mittels einer in das PORT-Zentrum verlagerten Außen-sprechstunde durch das am Krankenhaus angegliederte gynäkologische MVZ. Prüfung der Optionen im Bereich Urologie.
Stark steigender Anteil Hochbetagter über 80 in den nächsten fünf Jahren	Derzeit keine oder wenige altersgerechte Angebote in den Bereichen Sport, Prävention und Soziales.	Wird als eine von drei Zielgruppen mit besonderer Priorität festgelegt. Etablierung entsprechender Angebote im Bereich Gesundheitsförderung/Prävention im PORT-Zentrum, Initiative zur Schaffung sozialer Angebote über lokale Vereine (z. B. Kulturverein, Frauenbund etc.) durch Vernetzungsaktivitäten.
Viele Arbeitnehmer mit langen Distanzen zum Arbeitsplatz (Pendler), tagsüber nicht am Wohnort präsent	Derzeitige Sprechstundenzeiten nicht mit Arbeitszeit kompatibel.	Schaffung einer Spätsprechstunde nach 18:00 Uhr.
Zunehmender Bedarf an Kurzzeitpflege, Tagespflege und ambulanter Pflege	Kurzzeit- und Tagespflege derzeit nur 30km entfernt möglich, ambulanter Pflegedienst mit Engpass und geringer Flexibilität durch lange Anfahrt.	Kontaktaufnahme mit Pflegediensten, Prüfen von Optionen, z. B. Aufbau einer Tagespflege im PORT-Zentrum, angeboten durch externen Pflegedienst. Bessere Abstimmung in den anderen Bereichen. Prüfung, ob mittelfristig Aufbau eines eigenen Pflegedienstes oder enge Einbindung eines externen Partners sinnvoll ist.
Physiotherapie	Etablierte und gut gehende Physiotherapiepraxis in eigenen Räumlichkeiten am Ort.	Gewinnung als Kooperationspartner, enge Abstimmung von Behandlungspfaden
Logopädie	Bedarf sowohl bei Kindern als auch bei Hochbetagten, kein Angebot vor Ort, nur in der weiter entfernten Kreisstadt.	Prüfung, ob Nachfrage für (Voll-) Anstellung eines Logopäden im PORT-Zentrum ausreicht. Andernfalls evtl. Versuch, über Kooperationen einen anderorts tätigen Logopäden an einzelnen Tagen im PORT-Zentrum vorzuhalten.

Tabelle 1: Stilisierte Synopse eines Abgleichs von Bedarfen und Angeboten**Quelle:** Eigene Darstellung

Bei allen guten Ideen und Visionen muss letztlich immer ein Abgleich mit der Realität vor Ort und mit den Interessen aller relevanten Akteure durchgeführt werden. Wenn beispielsweise wie in dem in Tabelle 1 dargestellten Beispiel das Krankenhaus bzw. das zugehörige medizinische Versorgungszentrum (MVZ) nicht kooperieren will, dann kann dies auch nicht erzwungen werden. Wenn man einen Arzt unbedingt zu einer Verlagerung seiner Praxis in das PORT-Zentrum überreden will, der aber nur zu einer Kooperation bereit ist, gilt es auch dies zu akzeptieren und bestmögliche Lösungen zu finden. Es empfiehlt sich jedoch immer, im Dialog zu bleiben und zu versuchen, eine Beziehung aufzubauen, um ggf. zu einem späteren Zeitpunkt den Faden wieder aufnehmen zu können.

Mithilfe der Ergebnisse der Bedarfsanalyse lassen sich nun jedoch erste Schwerpunkte für die Konzeption eines PORT-Zentrums identifizieren. Besonders relevante Stakeholder und potenzielle Partner werden spätestens jetzt deutlich. Aus den avisierten Angeboten und der intendierten Form der Einbindung lassen sich erste Schätzungen zum Raumbedarf ableiten. Um dies weiter zu verfeinern, sollte man sich vor Augen führen, wie der typische Weg eines Patienten durch das Versorgungsangebot eines PORT-Zentrums ausschauen könnte.

3

Die Patient Journey

3.1 Grundlagen

Soll mit dem PORT-Zentrum ein Angebot geschaffen werden, das sich am Bedarf der Patienten orientiert, müssen im ersten Schritt zunächst Bedarf und bestehende Angebote auf Basis von Strukturdaten untersucht und ausgewertet werden. Für eine echte Patientenorientierung ist es in einem zweiten Schritt aber mindestens ebenso wichtig zu verstehen, welche Bedarfe aus Sicht eines Patienten bestehen und entstehen, wenn er sich in einem Behandlungsprozess befindet. Hierzu gehört, dass die richtige Leistung zur richtigen Zeit am richtigen Ort erbracht wird und dass der Patient zur richtigen Zeit alle relevanten Informationen erhält. Wichtig ist dabei, nicht nur an den optimalen Ressourceneinsatz aus Sicht des Anbieters zu denken, sondern ganz explizit die Perspektive des Patienten einzunehmen: Der Patient muss zum Beispiel überhaupt zum Behandlungsort gelangen, etwa mit dem eigenen Fahrzeug, dem ÖPNV oder durch einen Angehörigen. Der Patient muss einen anschließenden Facharzttermin erst vereinbaren können und überhaupt erst wissen, was er zum besseren Umgang mit seiner chronischen Krankheit an seinem Lebensstil noch ändern könnte. Gesundheitsförderung und Prävention können unter Umständen weit im Voraus die gesundheitliche Entwicklung über viele Jahre entscheidend beeinflussen.

Will man die Perspektive des Patienten verstehen, lohnt es sich, sich näher mit der sogenannten Patient Journey (übersetzt etwa: Reise des Patienten durch das Gesundheitssystem) auseinanderzusetzen und zu prüfen, wie das PORT-Zentrum auszugestalten ist, um den Patienten dabei bestmöglich zu unterstützen.



Der Anspruch des PORT-Zentrums, eine Anlaufstelle der Primärversorgung für die ganze Bevölkerung zu sein, impliziert, dass die Patient Journey nicht erst mit dem Aufsuchen eines Arztes aufgrund einer Erkrankung beginnt und im besten Fall mit der **Wiederherstellung der Gesundheit** endet. Vielmehr sind auch Lebensphasen mit zu berücksichtigen, in denen kein akuter Behandlungsbedarf besteht, aber möglicherweise Maßnahmen der Gesundheitsförderung oder Prävention sinnvoll sind, um die **Gesundheit zu**

erhalten. Auch sollen PORT-Zentren helfen, **mit Krankheit und Behinderung gut leben zu können**, etwa wenn ein Patient lernen muss, für einen längeren Zeitraum oder dauerhaft mit einer chronischen Erkrankung umzugehen. Folglich kann das PORT-Zentrum seine Patienten über weite Altersabschnitte hinweg versorgen. Dabei kommt es im Zeitverlauf immer wieder zu Interaktionen zwischen dem PORT-Zentrum und dem Patienten, welche durch Kontaktpunkte gekennzeichnet sind (Abbildung 7).



Abbildung 7: Patient Journey 1 – Versorgung im PORT-Zentrum über die Lebensphasen hinweg

Quelle: Eigene Darstellung⁶

⁶ Der abgebildete Verlauf des Gesundheitszustandes über die Lebensphasen hinweg entspricht einer vereinfachten Darstellung. Etwaige Ereignisse, die zwar aus epidemiologischer Perspektive verhältnismäßig selten auftreten, aber dennoch möglich sind (z. B. Krebserkrankungen in jungen Lebensjahren) und sich erheblich auf den Gesundheitszustand auswirken können, bleiben hier unberücksichtigt.

Patient Journey wird manchmal mit **Behandlungspfad** übersetzt. In vielen Fällen mag dies zutreffen, insbesondere dann, wenn nur der Zeitraum vom Beginn bis zum Ende einer konkreten Behandlung relevant und der Pfad mit Entscheidungsregeln hinterlegt ist. Behandlungspfade dienen dann meist der qualitätsgesicherten Durchführung von Behandlungsprozessen und orientieren sich an medizinischen Leitlinien. Auch ein PORT-Zentrum sollte für zentrale Indikationsbereiche Behandlungspfade etablieren, um den Behandlungsprozess, der im PORT-Zentrum selbst sowie mit Kooperationspartnern erbracht wird, bestmöglich zu gestalten.

Im vorliegenden Fall ist die Zielstellung jedoch eine andere. Es geht nicht nur um die Behandlung im Falle einer konkreten Indikation, sondern um ein besseres Verständnis dessen, **wie sich ein Patient in verschiedenen Phasen seines Lebens durch das Gesundheitswesen bewegt** und wie er – ganz konkret – mit einem PORT-Zentrum interagieren würde. Es handelt sich entsprechend mehr um ein sensibilisierendes Konzept, um ein besseres Verständnis für die **Interaktionen und die daraus entstehenden Bedarfe** zu entwickeln.

Im vorliegenden Kontext soll die Patient Journey den Weg des Patienten durch das Gesundheitssystem beschreiben. Dies umfasst **Phasen eines Lebens in Gesundheit, Phasen akuter Erkrankungen und Phasen, in denen ein Leben mit Krankheit** geführt werden muss.

Für ein PORT-Zentrum wird es nicht die eine Patient Journey geben, da unterschiedliche Zielgruppen unterschiedliche (Unterstützungs-)Leistungen benötigen und jede Region eigene Voraussetzungen mitbringt. Zweckmäßig ist hier der Rückgriff auf die in der Bedarfsanalyse **identifizierten Zielgruppen**, um zu prüfen, inwiefern hier unterschiedliche Patient Journeys zu berücksichtigen sind. Um dies greifbar zu machen, wird in der Regel ein typischer Patient jeder Zielgruppe gewählt und für diesen eine exemplarische Patient Journey dargestellt – in der Fachsprache wird dieser fiktive und stilisierte Patient als Persona bezeichnet.

Über die Patient Journey lassen sich zunächst Kontaktpunkte identifizieren, an denen es zu einer Interaktion kommt. Dies kann ein persönlicher Kontakt zwischen einem Patienten und z. B. einem Arzt sein oder auch der Erhalt einer Textnachricht durch den Patienten, die ihn an die nötige Terminvereinbarung für einen anstehenden Kontrolltermin erinnert. Die sequenzielle, d. h. an Kontaktpunkten ausgerichtete Darstellung erlaubt es, Abläufe deutlich zu machen, Engpässe, Verzögerungen oder sonstige Probleme zu identifizieren und ggf. nötige Handlungsbedarfe abzuleiten. Bei der Gestaltung eines PORT-Zentrums hat man die Möglichkeit, bereits beim Aufbau von Strukturen und Prozessen diese möglichst gut an einer Patient Journey auszurichten.

Für jede Analyse einer Patient Journey sind zunächst der Anfang und der Endpunkt festzulegen. Je größer die abgedeckte Spanne ist, desto geringer ist zwangsläufig der Detailgrad, mit dem einzelne Kontaktpunkte ausgearbeitet und untersucht werden können. Es lohnt sich also, die Patient Journey aus verschiedenen Perspektiven zu betrachten.

3.2 Konkretisierung einer Patient Journey

Um eine Vorstellung von einer möglichen Patient Journey zu bekommen, wird eine solche anhand konkreter Versorgungssequenzen einer Beispielperson, der sogenannten Persona, beschrieben. In BOX 4 (Beschreibung der Persona) wird am Beispiel von Frau K. eine mögliche Patient Journey dargestellt, die in den nachfolgenden Abbildungen grafisch dargestellt wird, indem die im Text angeführten Kontaktpunkte auch in den Abbildungen aufgegriffen werden. Von Abbildung 7 bis Abbildung 10 wird dabei immer weiter auf das PORT-Zentrum gezoomt.

BOX 4: Beschreibung der Persona

Frau K. ist 73 Jahre alt und mittlerweile alleinstehend. Ihre Kinder und Enkelkinder wohnen in der benachbarten Stadt und besuchen sie regelmäßig. Frau K. ist sehr gut zu Fuß, für weitere Strecken nutzt sie das Auto. So gelingt es ihr, den Alltag selbstbestimmt zu gestalten.

Frau K. besucht seit einem Jahr das PORT-Zentrum. Zu ihrem ersten Termin, den sie mit der MFA im PORT-Zentrum vereinbart hat, findet ein erstes Gespräch zwischen ihr und der CHN statt (**Kontaktpunkt 1**). Dieses hat eine Anamnese zur Erfassung und Beurteilung ihres Gesundheitszustandes zum Inhalt, aber auch ihre Alltagsgestaltung, Lebensumstände und ihr soziales Umfeld: Frau K. geht es gesundheitlich weitestgehend gut, sie hat lediglich geringe altersbedingte Einschränkungen und Funktionsstörungen. Gemeinsam mit der CHN verständigt sie sich auf das Versorgungsziel, ihre Gesundheit und Selbstbestimmtheit zu erhalten und in bestimmten Bereichen noch zu verbessern, indem die CHN mögliche medizinische und weitere Angebote für Frau K. steuern wird: Zum einen hat Frau K. Diabetes mellitus Typ 2. Damit sie mit dieser Erkrankung im Alltag besser zurechtkommt, empfiehlt ihr die CHN eine Diabetikerschulung, die durch eine geschulte Pflegekraft im PORT-Zentrum durchgeführt wird (**Kontaktpunkt 2**). Dabei wird ihr und weiteren PORT-Patienten der richtige Umgang mit der Krankheit vermittelt und mithilfe von Blutzuckermessgeräten und Insulinpens auch praktisch geübt. Im halbjährlichen Kontrolltermin im PORT-Zentrum soll darüber hinaus die Insulintherapie mit dem Hausarzt abgestimmt werden. Außerdem ist Frau K. am grünen Star erkrankt. Die CHN schlägt vor, den kooperierenden Augenarzt, der an einzelnen Tagen auch im PORT-Zentrum tätig ist, hinzuzuziehen. Damit eine reibungslose Behandlung gelingen kann, werden die regelmäßigen Kontrolltermine mit Haus- und Augenarzt im PORT-Zentrum durch die MFA zeitlich aufeinander abgestimmt und auf den gleichen Tag gelegt. Im Gespräch mit Frau K. erfährt die CHN außerdem, dass sich Frau K. seit dem Tod ihres Mannes ab und an etwas einsam fühlt. Darum schlägt sie ihr vor, neben den medizinischen Angeboten auch Angebote zur psychosozialen Prävention und sozialen Teilhabe wahrzunehmen.

So besucht Frau K. regelmäßig die Senioren-Nachmittage in den Räumlichkeiten des PORT-Zentrums. Außerdem geht sie zur ehrenamtlich geleiteten Tanz-Bewegungsgruppe für Senioren im örtlichen Gemeindezentrum. Neben mehr sozialer Interaktion und neuen Bekanntschaften zeigen sich so auch gesundheitliche Effekte. Frau K. erfreut sich an der Versorgung aus einer Hand im PORT-Zentrum. In dem nun anstehenden Routine-Kontrolltermin im PORT-Zentrum mit Haus- und Augenarzt sowie der CHN werden Gesundheitszustand und Angebote, die sie in Anspruch nimmt, besprochen (**Kontaktpunkt 3**). Alle an der Versorgung Beteiligten – so auch die MFA, CHN, Pflegekraft sowie Haus- und Augenarzt dokumentieren wichtige Gesundheitsdaten von Frau K. in der elektronischen Patientenakte (ePA). Neben kleineren Anpassungen in der Medikation sind keine Veränderungen notwendig. Inhalte der Kontrolltermine werden in der ePA dokumentiert.

Einige Zeit später stürzt Frau K. auf dem Weg zum Briefkasten. Im Krankenhaus werden der offene Armbruch und eine Platzwunde versorgt. Da das PORT-Zentrum gut mit dem behandelnden Krankenhaus vernetzt ist, informiert dieses das PORT-Zentrum über den Behandlungsverlauf. Aufgrund einer frührehabilitativen Behandlung erholt sich Frau K. im Krankenhaus gut. Es deutet sich an, dass Frau K. schon nach wenigen Tagen entlassen werden kann. Allerdings wird sie einige Wochen einen Gips tragen müssen, der sie in ihrer Mobilität – und in Folge auch in ihrer Selbstständigkeit – einschränken wird. Folglich wird Frau K. nach ihrer Entlassung vorübergehend einen rehabilitativen und pflegerischen Versorgungsbedarf haben. In einer Teambesprechung im Krankenhaus – zu der auch die CHN im PORT-Zentrum mittels Videokonferenz hinzugezogen wird – stimmen sich die an der Versorgung Beteiligten über die Ausgestaltung der nun anstehenden ambulanten Versorgung von Frau K. ab (**Kontaktpunkt 4**). Da die CHN die vorhandenen Strukturen und Angebote des PORT-Zentrums und der Kooperationspartner vor Ort besonders gut kennt, steuert sie die jetzt notwendige Versorgung. Dafür hat sie sich mit dem interprofessionellen Team im PORT-Zentrum in einer Fallbesprechung ausgetauscht. Auch die Versorgungsdaten aus dem Krankenhaus wurden an die ePA im PORT-Zentrum übermittelt. Damit Frau K. eine optimale und für sie bedarfsgerechte Versorgung erhält, aktiviert und steuert die CHN verschiedene Kooperationspartner des PORT-Zentrums: Da sich Frau K. aufgrund ihres Gipsarmes nicht mehr wie gewohnt vollständig selbst verpflegen kann, sorgt die CHN für den Service „Essen auf Rädern“ sowie für eine Haushaltshilfe. Zudem sucht der kooperierende ambulante Pflegedienst sie zu Hause auf und unterstützt bei der täglichen Körperpflege und Insulintherapie. Zur Vermeidung weiterer Stürze wird der Wohnraum zudem auf mögliche wohnumfeldverbessernde Maßnahmen hin untersucht. Darüber hinaus erhält Frau K. zum Erhalt und Aufbau von Knochenmasse und -festigkeit Physiotherapie. Diese findet in der physiotherapeutischen Praxis statt, die direkt im PORT-Zentrum integriert ist. Auch die notwendige Wundversorgung erfolgt durch den Hausarzt direkt im PORT-Zentrum. Alle an der Versorgung Beteiligten dokumentieren über die ePA die Entwicklung des Gesundheitszustandes und Versorgungserfolge. So werden die relevanten Informationen im PORT-Zentrum gebündelt. Dies trägt dazu bei, die Versorgung von Frau K. zu optimieren. Damit Frau K. ihre Behandlungstermine und weiterhin die Seniorennachmittage wahrnehmen kann, wird der kooperierende Hol- und Bring-Service hinzugezogen. Zudem nimmt die CHN Kontakt zu dem Frau K. sehr nahestehenden Enkel auf, der sie nun verstärkt besuchen und unterstützen wird. Das interprofessionelle Team im PORT-Zentrum tauscht sich regelmäßig zum Gesundheitszustand von Frau K. aus (**Kontaktpunkt 5**). So kann es auf sich verändernde Bedarfe reagieren und die Angebote anpassen. Schon nach einigen Wochen hat Frau K. ihren ursprünglichen Gesundheitszustand und ihre Selbstständigkeit wiedererlangen können und benötigt nun keine pflegerischen oder therapeutischen Unterstützungsangebote mehr. Sowohl die Routine-Kontrolltermine als auch die Senioren-Nachmittage und die Angebote der Tanz-Bewegungsgruppe nimmt sie regelmäßig wahr.

In Abbildung 8 werden die an der oben skizzierten Patient Journey Beteiligten als Symbol dargestellt.

	Steuerung durch die CHN		Operation
	Beratung/Information durch die CHN		Diabetikerschulung
	Fallbesprechung		Seniorenachmittag
	Hausärztliche Versorgung		Kommunales Angebot (Tanzgruppe)
	Fachärztliche Versorgung		Physiotherapie
	Terminkoordination		Ambulante Pflege
	Elektronische Patientenakte		Essen auf Rädern
	Telemedizinische Anwendung		Hol- und Bringdienst

Abbildung 8: Legende der an der Patient Journey beteiligten Akteure

Quelle: Eigene Darstellung

Abbildung 9 stellt den Versorgungsablauf sektorenübergreifend, d. h. anhand der Interaktion zwischen dem Patienten, dem PORT-Zentrum und den kooperierenden externen Strukturen dar.

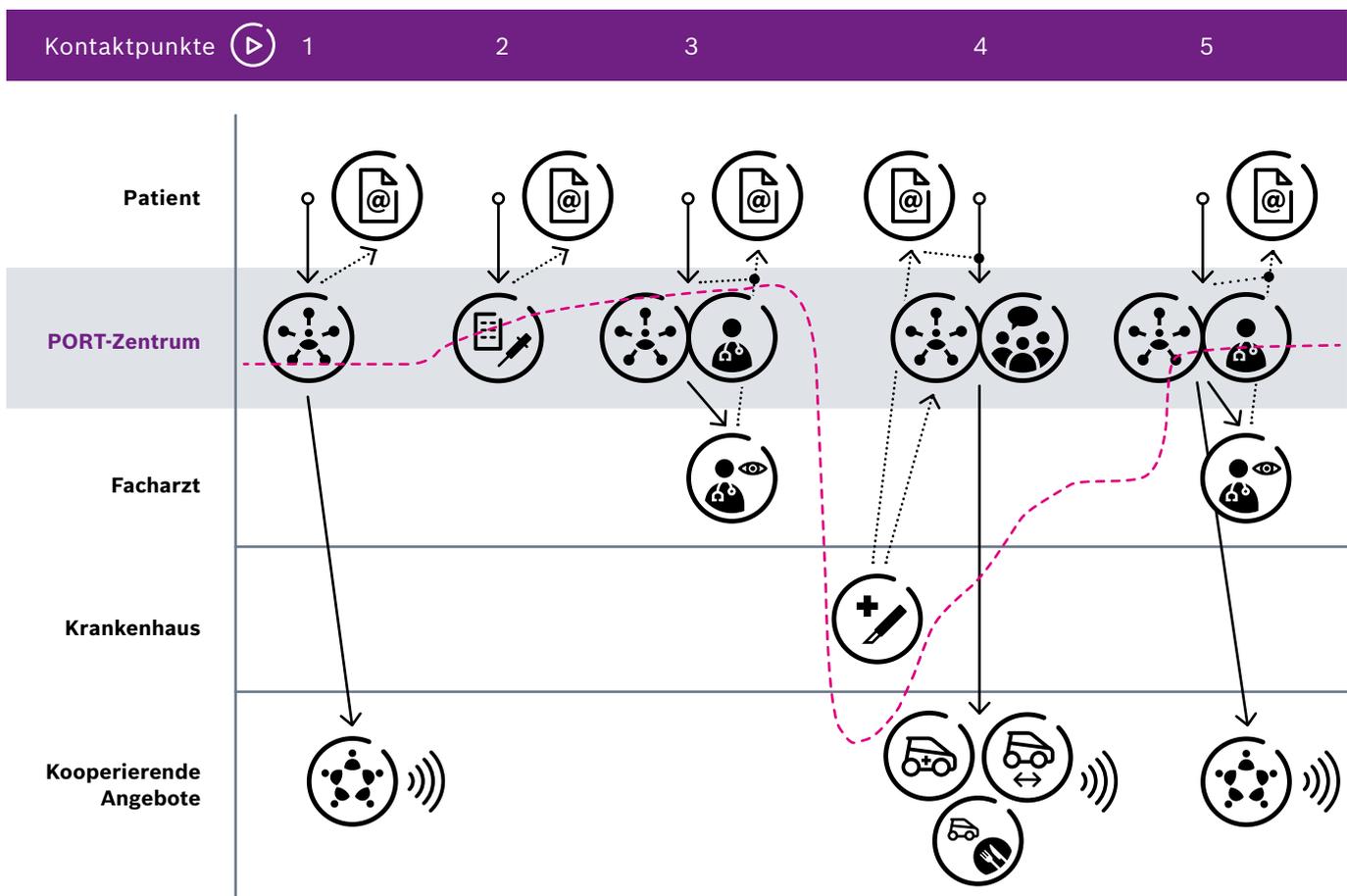


Abbildung 9: Patient Journey 2 – Versorgungsablauf und sektorenübergreifende Interaktion

Quelle: Eigene Darstellung

Abbildung 10 hingegen erlaubt einen detaillierten Einblick in Versorgungsabläufe und Interaktionen innerhalb des PORT-Zentrums, indem in einzelne Versorgungssequenzen bewusst „hineingezoomt“ wird. Dies erlaubt es, die im PORT-Zentrum ablaufenden Prozesse besser zu verstehen. Erstmals tritt hier die CHN in Erscheinung – eine akademisch qualifizierte Pflegefachkraft, die in Kapitel 4 noch genauer eingeführt wird. Durch ihren Hochschulabschluss (Master) ist sie in ihrem Qualifikationsniveau zwischen Arzt und MFA anzusiedeln. Ihre praktische Erfahrung

insbesondere in der Krankenbeobachtung trägt zu ihrem Profil bei. Krankenbeobachtung ist laut Pschyrembel definiert als die „systematische Erfassung von Krankheitssymptomen, körperlicher Verfassung und seelischer Befindlichkeit von Patienten. Sie dient dem Erkennen und der Prävention möglicher Gefährdungen und Komplikationen, der Beurteilung des Therapieverlaufs und -erfolgs und der Wahrnehmung von Wünschen und Bedürfnissen des Patienten“.

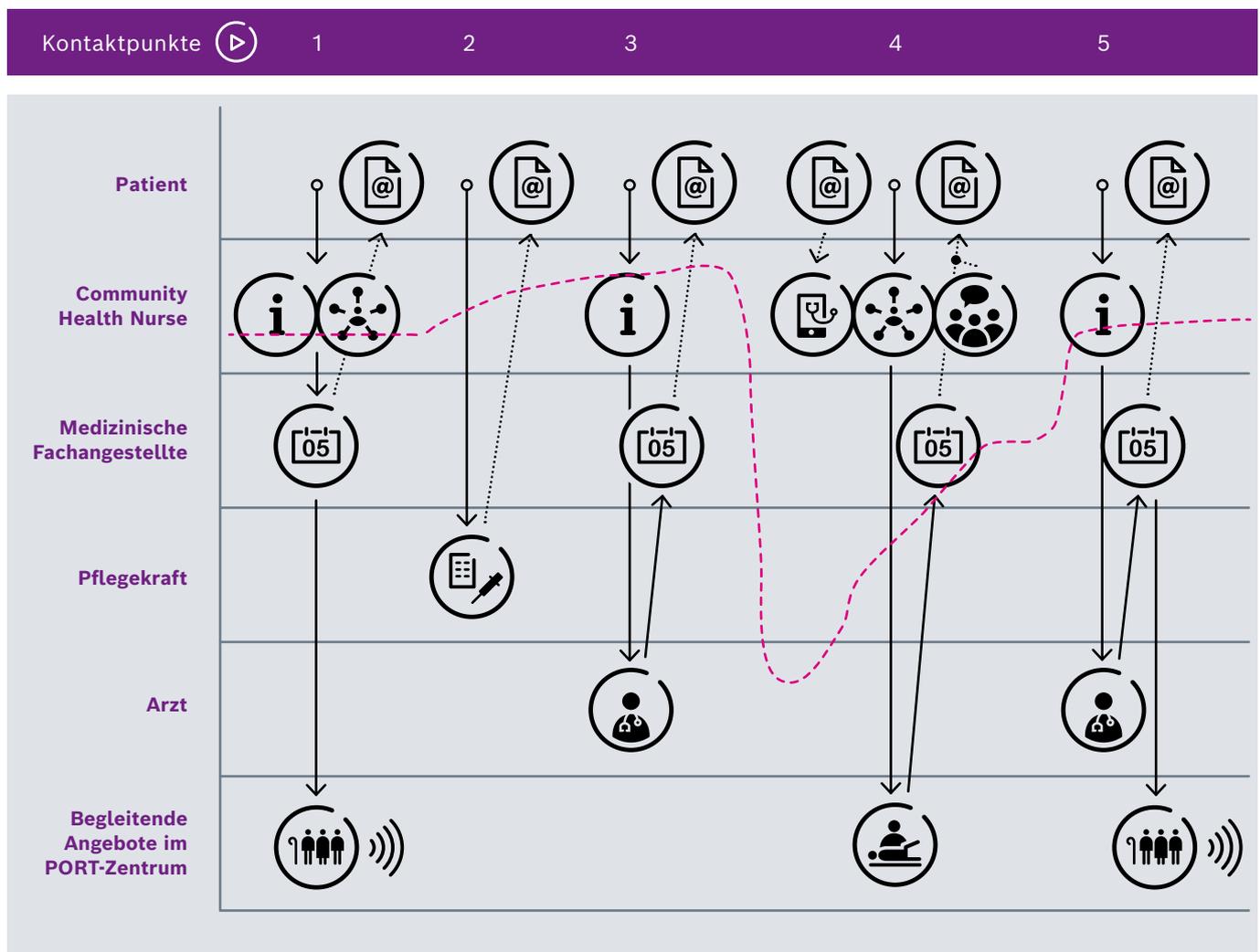


Abbildung 10: Patient Journey 3 – Versorgungsablauf und Interaktion innerhalb des PORT-Zentrums

Quelle: Eigene Darstellung

Die Charakteristik der Beispielperson wurde vor dem Hintergrund der in vielen Regionen alternden Bevölkerung und der häufig umfassenden und komplexen Versorgungsbedarfe älterer Menschen gewählt. In Abhängigkeit von den Ergebnissen der Bedarfsanalyse sollte man sich mit verschiedenen möglichen Patient Journeys unterschiedlicher relevanter Patientengruppen vertraut machen. Die Patient Journey zeigt anhand einzelner Lebensphasen, die auch mit veränderten Bedürfnissen einhergehen, konkrete Prozesse und Leistungen auf, die im Zusammenhang mit dem PORT-Zentrum stehen. Diese exemplarische Darstellung erfolgt in dem Bewusstsein, dass sich Patient Journeys einer – hypothetisch – identischen Person in verschiedenen PORT-Regionen aufgrund der sich ebenso unterscheidenden regionalen Rahmenbedingungen nicht gleichen würden. Entsprechend sind die zu definierenden Patient Journeys an die gegebenen Bedingungen in der PORT-Region anzupassen.

3.3 Implikationen für das PORT-Zentrum

Trotz der Fülle der in der dargestellten Patient Journey aufgezeigten Akteure und Handlungen umfasst diese lediglich die Versorgungsabläufe und -leistungen zugeschnitten auf die Beispielperson mit ihren ganz individuellen und situationsbestimmten Bedarfen und ihrerseits genutzten PORT-Leistungen.

Das PORT-Zentrum vereint jedoch – angepasst an die im Vorfeld definierten Zielgruppen – ein breites und über die beispielhaft dargestellten Leistungen hinausgehendes Spektrum an verschiedenen medizinischen und nichtmedizinischen Angeboten und Leistungen der Primärversorgung. Neben (haus-)ärztlichen Tätigkeiten werden etwa therapeutische und pflegerische Leistungen erbracht, ebenso wie präventive, gesundheitsfördernde und weitere begleitende und in den kommunalen Bereich vernetzende Angebote.

Das Spektrum der Aufgabenbereiche und Tätigkeiten eines PORT-Zentrums erstreckt sich über die drei Facetten der Primärversorgung **Gesundheit erhalten**, **Gesundheit wiederherstellen** und mit **Krankheit gut leben**. Dies ist nicht als abschließende Auflistung der Verantwortungsbereiche eines PORT-Zentrums zu verstehen, sondern soll vielmehr eine Vorstellung darüber geben, was ein solches im Einzelnen leisten kann.

3.3.1 Gesundheit erhalten

Wesentlicher Anspruch eines PORT-Zentrums ist es, einen Beitrag zur Gesunderhaltung der Bevölkerung zu leisten, sodass die Krankheitsentstehung weitgehend verhindert oder frühestmöglich erkannt bzw. bei Menschen mit Erkrankungen eine Verschlechterung vermieden wird (im Sinne der Primär- wie der Tertiärprävention). Folglich sind gesundheitsfördernde und präventive Angebote zentrale Bestandteile des Leistungsspektrums eines PORT-Zentrums. Das Spektrum möglicher Angebote ist breit, zu nennen sind beispielsweise Bewegungs- und Sportangebote, die Krabbelgruppe, Selbstmanagementkurse und Vorträge zu Gesundheitsthemen. Auch Veranstaltungen in konkreten Einrichtungen zu bestimmten Themen, etwa Vorträge in Schulen zu Mobbing oder Sexualität, sind denkbare Leistungen eines PORT-Zentrums. Im Rahmen der Patientenversorgung im engeren Sinn sind insbesondere ärztliche Früherkennungsmaßnahmen oder auch Schutzimpfungen zu nennen. Auch systematische Screenings durch eine CHN oder MFA – etwa das geriatrische Assessment zur Bewertung der körperlichen Gesundheit sowie der psychosozialen und funktionellen Fähigkeiten für alle Patienten, die über 70 Jahre alt sind – kann eine entsprechende Leistung zur Gesunderhaltung sein.

3.3.2 Gesundheit wiederherstellen

Im Fokus der kurativen Leistungen, also jener Leistungen, die auf die Heilung einer Krankheit bzw. der Wiederherstellung der Gesundheit abzielen, stehen sowohl ärztliche als auch therapeutische Angebote. Letztgenannte können etwa physio- und ergotherapeutische sowie logopädische Maßnahmen umfassen, die durch das PORT-Zentrum selbst oder kooperierende Akteure erbracht werden. Beispielsweise kann nach einer stationären Rehabilitation die ambulante Folgetherapie durch das PORT-Zentrum erfolgen, etwa bei Patienten mit neurologischen Erkrankungen (Muskelaufbau, Verbesserung von Koordination, Behandlung von Sprech-, Sprach- und Schluckstörungen usw.). Auch die therapeutische Nachbehandlung von Sturzfolgen ist im PORT-Zentrum möglich, etwa die Linderung von persistierenden Schmerzen und Mobilitätseinschränkungen oder die Therapie von Sturzangst. Ebenso können psychotherapeutische Leistungen angeboten werden.

Eine ärztliche Begleitung zur Wiederherstellung von Gesundheit erfolgt im PORT-Zentrum ebenso durch die dort tätigen Hausärzte. Ihnen obliegt die ärztliche Behandlung von Krankheiten durch die entsprechende Diagnostik und Behandlung. Durch die kooperative Zusammenarbeit mit

(Fach-)Kliniken und ambulant tätigen Fachärzten sowie einem multiprofessionell aufgestellten Team des PORT-Zentrums kann auch die Versorgung von komplexeren, schwerer therapierbaren Krankheiten, die eine interprofessionelle Zusammenarbeit erfordern, durch das PORT-Zentrum erbracht werden. Die sich immer mehr etablierenden Formen des digitalen Austauschs und der digitalen Zusammenarbeit eröffnen hier neue Handlungsräume. In der ePA können beispielsweise die relevanten Patientendaten gespeichert und für alle an der Versorgung beteiligten Parteien zugänglich gemacht werden, in digitalen Fallkonferenzen kann eine Besprechung von am PORT-Zentrum angesiedelten und kooperierenden Leistungserbringern erfolgen und online Sprechstunden können die Präsenzzeiten sinnvoll ergänzen. Der optimale Einsatz dieser digitalen Angebote steigert den Grad der Vernetzung und verbessert Informationsflüsse zwischen allen Akteuren, was sich wiederum positiv auf die Versorgungsqualität auswirkt.

3.3.3 Mit Krankheit und Behinderung gut leben

Kann eine Krankheit nicht abschließend geheilt werden, gilt es, die damit eventuell verbundenen Funktions- und Gesundheitseinschränkungen zu bewältigen und einen Weg zu finden, mit diesen im Alltag leben zu lernen und Lebensqualität zu erhalten. Auch dies wird im PORT-Zentrum adressiert. Hierbei geht es insbesondere um chronische Erkrankungen und die Koexistenz mehrerer Erkrankungen, die als Multimorbidität bezeichnet wird und deren Wahrscheinlichkeit mit höherem Lebensalter steigt (RKI 2015b). Oftmals geht damit eine höhere Hilfs- und Pflegebedürftigkeit einher (Scherer et al. 2017). Häufige chronische Erkrankungen sind Herz-Kreislauf-, Muskel-Skelett-, psychische und demenzielle Erkrankungen, Krebs sowie Diabetes mellitus Typ 2 (RKI 2015b). Das PORT-Zentrum kann hier sowohl die (haus)ärztliche Versorgung leisten und so die Betroffenen medizinisch begleiten als auch krankheitsbezogene Patientenschulungen durchführen, etwa durch eine CHN oder Pflegekraft. Auch therapeutische Angebote können hier relevant sein. Für spezifische chronische Erkrankungen, z. B. Diabetes mellitus Typ 2, Brustkrebs oder koronare Herzkrankheit, sind strukturierte Behandlungsprogramme – sogenannte Disease-Management-Programme (DMP) – etabliert (G-BA 2019b), deren Umsetzung auch durch ein PORT-Zentrum erfolgen kann. Durch die strukturierte und kontinuierliche Betreuung sollen Behandlungsablauf und Versorgungsqualität verbessert werden. Wesentliche Komponente der DMP sind Schulungsprogramme, die den eigenverantwortlichen Umgang mit der Erkrankung verbessern sollen.

Sind mit der Krankheit auch (dauerhaft) Pflegeleistungen in der Unterstützung der Aktivitäten des täglichen Lebens notwendig, können diese durch einen (kooperierenden) Pflegedienst des Zentrums geleistet werden. Weitere Unterstützungsleistungen zum Umgang mit einer Krankheit – sei es für Betroffene selbst oder Angehörige – können etwa in Form von Selbsthilfegruppen oder Informationsveranstaltungen im PORT-Zentrum stattfinden. Ein wie in Abbildung 7 dargestellt im Alter schlechter werdender Gesundheitszustand (z. B. gemessen an der Zahl chronischer Erkrankungen oder der Zahl akuter Erkrankungsepisoden) geht nicht zwingend mit einer weniger hohen Lebenszufriedenheit einher. Vielmehr kann mit einer kontinuierlichen, durch das PORT-Zentrum getragenen Langzeitversorgung ein hohes Maß an Lebensqualität beibehalten werden.

4

Interprofessionelles Arbeiten vor dem Hintergrund etablierter und neuer Rollenbilder

4.1 Ausgangssituation

Im Kapitel zur Patient Journey wurde bereits beschrieben, dass in einem PORT-Zentrum verschiedene Berufsgruppen an der Versorgung eines Patienten mitwirken. In diesem und den folgenden Kapiteln wird noch stärker darauf eingegangen, was sich hinter diesem interprofessionellen Ansatz verbirgt.



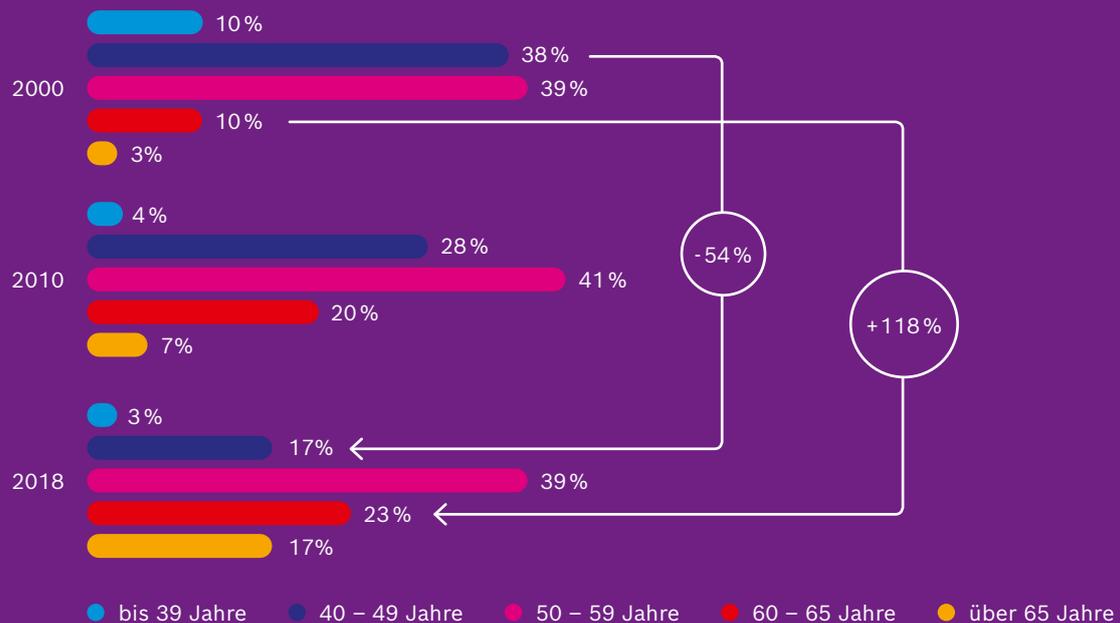
Während die Rolle des Arztes oder der MFA vielen klar ist, sind Begriffe wie Community Health Nurse (CHN) nicht in der Breite bekannt. Die CHN als eine akademisch qualifizierte Pflegekraft steht hierbei exemplarisch für verschiedene Initiativen, die Kompetenzen etablierter Berufsbilder durch eine gezielte Weiterbildung noch besser auszuschöpfen. Beispiele für die Weiterqualifikation von MFAs sind beispielsweise Versorgungsassistentin in der Hausarztpraxis (VERAH) oder Nichtärztlicher Praxisassistent (NäPa) (Mergenthal und Güthlin 2018). Es gibt verschiedene Initiativen, die bisher in der ambulanten medizinischen Versorgung relativ wenig präsente Pflege in sinnvoller Weise stärker einzubinden, beispielsweise um die Kompetenzen im Bereich der Krankenbeobachtung auch in diesem Umfeld zum Tragen zu bringen (Robert Bosch Stiftung 2020). Einen Schwerpunkt bildet dabei die CHN, deren Berufsbild im weiteren Textverlauf genauer charakterisiert wird.

BOX 5 (Kontextinformationen neue Berufsbilder) skizziert kurz den durch den demografischen Wandel verschärften Fachkräftemangel im Bereich der Ärzte und der Pflege.⁷ Bereits vor diesem Hintergrund wird deutlich, dass eine akademische Qualifizierung von Pflegepersonal nicht als Mittel zur Überwindung einer Knappheit beim ärztlichen Personal verstanden werden kann und soll, auch wenn sich hierdurch punktuell sicherlich Entlastungen erreichen lassen. Es geht vielmehr um einen Qualitätszugewinn in der Versorgung. Zum einen sollen die Kompetenzen der einzelnen Berufsgruppen optimal eingesetzt werden. Zum anderen erfolgt im Vergleich zum Status quo durch die Implementierung der Prinzipien der Primärversorgung eine deutliche Ausweitung des Handlungsraums, der im Zuge des im Folgenden noch dargestellten Community Health Nursing abgebildet wird. Dies entspricht auch international gängiger Praxis, wo in vielen Ländern an Universitäten ausgebildete Pflegekräfte in multiprofessionell besetzten Primärversorgungszentren an zentralen Stellen tätig sind (Völkel und Weidner 2020).

7 Zu den Ärztezahlen siehe auch BÄK 2018, 2000, 2010.

BOX 5: Kontext zur aktuellen Entwicklung neuer Berufsbilder

Der demografische Wandel stellt das deutsche Gesundheitssystem vor kritische Herausforderungen. Ein spezifischer Blick auf die Altersstruktur der niedergelassenen Ärzte in Deutschland auf Basis von 2018 zeigt, dass 17,4% der Allgemeinmediziner über 65 Jahre alt sind, in der Altersgruppe der 60- bis 65-Jährigen sind es 22,9% (BÄK 2018). Es ist also davon auszugehen, dass in den kommenden fünf Jahren ein großer Teil der Hausärzte nicht mehr berufstätig sein werden. Darüber hinaus stellt die KBV klar, dass der Verwaltungsaufwand bei niedergelassenen Ärzten ununterbrochen hoch ist. Demnach verbringen niedergelassene Ärzte pro Woche 7,4 Stunden mit Verwaltungstätigkeiten – fast einen gesamten Arbeitstag (KBV 2018a). Projekte, den bereits jetzt bestehenden Hausarztmangel zu kompensieren, um die medizinische Versorgung sicherzustellen, finden in der Bundesrepublik bereits modellhaft statt und werden politisch gefördert. Genannt sei etwa ein Modellprojekt in Gifhorn (Niedersachsen), bei dem ein ambulanter Pflegedienst Aufgaben des Hausarztes übernimmt oder die „Ohne-Arzt-Praxis“ im Rems-Murr-Kreis (Deutsches Ärzteblatt 2019b, 2019a). Immer mehr Vertragsärzte arbeiten in einem Anstellungsverhältnis, anstatt eine eigene Praxis zu führen (Laschet 2019; May 2018).



Niedergelassene Ärztinnen und Ärzte in der Allgemeinmedizin, gesamt
2000: 32.523, **2010:** 34.893, **2018:** 30.975

Abbildung 11: Niedergelassene Ärztinnen und Ärzte in der Allgemeinmedizin, nach Altersgruppen, prozentual.

Quelle: BÄK 2000; 2010; 2018

Doch auch hinsichtlich der Nachfrageseite führt der demografische Wandel zu Veränderungen. So steigt sowohl im Bereich der akut-medizinischen Versorgung als auch im Bereich der Pflege der Bedarf. Im Jahr 1999 waren insgesamt 2.016.000 Menschen pflegebedürftig, 2017 waren es bereits 3.414.000 Menschen (Demografieportal des Bundes und der Länder 2019). Die Wahrscheinlichkeit der Multimorbidität, das heißt des gleichzeitigen Leidens an zwei oder mehr Krankheiten, erhöht sich zudem mit voranschreitendem Alter. So sind in der Altersgruppe der 65- bis 74-Jährigen 76% der Frauen und 68% der Männer von Multimorbidität betroffen. In der Gruppe der 75- bis 79-Jährigen steigen diese Werte auf 82% der weiblichen und 74% der männlichen Personen (RKI 2016). Durch die zunehmend alternde Bevölkerung und die damit einhergehende wachsende Anzahl an chronisch kranken und multimorbiden älteren Menschen wird der Bedarf an Fachkräften in Zukunft weiter zunehmen (RKI 2015b).

Jedoch zeigen die Zahlen der Bundesagentur für Arbeit, dass im Pflegebereich bereits heute ein massiver Fachkräftemangel besteht. Gleichzeitig dürften sich die schon bestehenden Fachkräfteengpässe in den kommenden Jahren durch den im demografischen Wandel bedingten Rückgang der erwerbstätigen Bevölkerung deutlich ausweiten (RKI 2015b).

Um den neuen Berufsbildern Raum zu geben, ihren Mehrwert zu entfalten, ist auch ein struktureller Umbau des Gesundheitssystems nötig. Im Rahmen des PORT-Projektes wurde ein innovatives Versorgungskonzept mit einem entsprechenden interprofessionellen Ansatz entwickelt. Zum besseren Verständnis werden im Folgenden drei Rollenbilder konkretisiert:

- CHN
- Arzt
- MFA

Eine ausführliche Beschreibung und Differenzierung dieser Berufsbilder sowie der dazugehörigen Qualifikationsniveaus sind in der Anlage 2 dargestellt. Natürlich sind in einem PORT-Zentrum viele weitere Berufsgruppen engagiert. Anhand der drei genannten Gruppen lassen sich die Chancen und Herausforderungen jedoch gut illustrieren, sodass der Fokus in den folgenden Ausführungen auf sie gelegt wird.

4.2 Ausgewählte Rollenbilder

4.2.1 Community Health Nursing bzw. die Community Health Nurse

Im Sinne eines PORT-Zentrums ist das Community Health Nursing nicht als neuer Gesundheitsberuf zu verstehen. Vielmehr ist damit eine Erweiterung des pflegerischen Handlungsfeldes in der Primärversorgung vorgesehen⁸. Kern des Community Health Nursing ist eine wohnortnahe und evidenzbasierte Versorgung sowie eine Gesundheitsförderung unter engem Einbezug des Patienten in den Behandlungsprozess. Neben einem starken Public-Health-Engagement im Sinne des primärmedizinischen Konzepts ist ein zentrales Element die koordinierte Behandlung von chronisch erkrankten und multimorbiden Patienten. Das potenzielle Aufgabenfeld ist allerdings breit gefächert und richtet sich im Konkreten nach dem Einsatzfeld (Setting) mit seinen entsprechenden Zielgruppen. Das Aufgabenspektrum kann je nach interner Organisation auch um Leitungsaufgaben oder Personalverantwortung ergänzt werden. Für alle Einsatzfelder gelten folgende Kernaufgaben (Agnes-Karll-Gesellschaft 2019, S. 8):

- Sicherung der Primärversorgung und der Kontinuität der Versorgung
- Planen und Begleiten von Programmen zur Prävention und Gesundheitsförderung (z. B. gesunde Ernährung)
- Durchführen von Kontroll- und Wiederholungsuntersuchungen (klinische Assessments)
- Veranlassung von Check-ups oder Screenings vor dem Hintergrund der Krebsvorsorge
- Behandlung von Bagatellerkrankungen (z. B. Erkältung oder kleine Schürfwunden)
- Steuerung des Monitorings und des Managements chronischer Krankheiten (Disease Management)
- Beratung und Anleitung der Patienten zur Unterstützung des Selbstmanagements
- Gewährleisten der integrierten Versorgung und Versorgungskoordination

Eine zentrale Kompetenz der Pflege ist die Patientenbeobachtung, die in vielen der hier aufgeführten Punkten eine zentrale Rolle einnimmt. Allerdings übersteigen die an eine CHN gerichteten Erwartungen bezüglich der Patientenbeobachtung klassische Elemente wie die Beobachtung und Interpretation der Vitalzeichen, der Hautfarbe oder das Erkennen von Entzündungszeichen. Von ihr wird erwartet, dass sie die Situation eines Patienten mit komplexen Gesundheits- und Behandlungsbedarfen in seinem sozialen Umfeld richtig einschätzt, die richtigen Netzwerkpartner aktiviert oder auch ein individuelles Selbstmanagement-Konzept für den Patienten aufstellt bzw. nichtakademische Kollegen dazu anleitet und supervidiert. Das hierfür nötige Assessment der individuellen Versorgungssituation in ihrer Gesamtheit benötigt auch Informationen aus der Patientenbeobachtung im engeren Sinne, diese bildet jedoch nur einen Ausschnitt.

Das Engagement der CHN richtet sich an die ganze Breite der Bevölkerung. Bewusst wird hier auch der englische Begriff der Community verwendet, da die diesem Begriff innewohnende Offenheit im Kontext des Community Health Nursing durchaus gewollt ist und nicht nur Kommunen als Verwaltungseinheiten, sondern ganz besonders auch die Gemeinschaft der dort Lebenden adressiert werden sollen. Diese sollen als gleichberechtigte Partner angesehen werden (Völkel und Weidner 2020).⁹

Häufig erfordern besonders vulnerable Gruppen ein besonderes Maß an Aufmerksamkeit, wie beispielsweise Menschen mit chronischen Erkrankungen, alte Menschen, Menschen mit Pflege- und Unterstützungsbedarf, Menschen mit Behinderung, Menschen mit Über-, Unter- und Fehlernährung, aber auch Menschen mit Sprachbarrieren oder anderen Hürden, die die Teilhabe am gesellschaftlichen Leben erschweren (Agnes-Karll-Gesellschaft 2019, S. 11).

8 Siehe hierzu auch ausführlich Völkel und Weidner 2020.

9 Siehe hierzu auch das „Community als Partner“-Modell (vgl. Anderson und McFarlane 2015).

In einem PORT-Zentrum wird ein multiprofessionelles Team beschäftigt, das Versorgungsangebote macht, die weit über den Standard eines Hausarztbesuches hinausgehen. Wie autonom eine CHN in dieser Organisation arbeiten kann, richtet sich nach den jeweiligen nationalen Bestimmungen. In vielen Ländern, wie z. B. Australien oder den Niederlanden, übernehmen die CHN Aufgaben, die in Deutschland nur Ärzte ausführen dürfen bzw. in den Kompetenzbereich der Sozialarbeit gehören. Hierzulande gibt es praktisch keine Übertragungen ärztlicher Tätigkeiten auf Pflegefachpersonen (Agnes-Karll-Gesellschaft 2019, S. 14).

Im internationalen Vergleich werden CHN bereits vielfach eingesetzt. Häufig sind es hoch spezialisierte Pflegefachpersonen – Advanced Practice Nurse oder Nurse Practitioner – mit akademischem Abschluss (Agnes-Karll-Gesellschaft 2019, S. 14).

Einen wichtigen Schritt in der Weiterentwicklung der Pflegepraxis stellt für Deutschland der 2016 im Pflegeberufereformgesetz erstmals verankerte Pflegevorbehalt dar. Dieser definiert in § 4 des Pflegeberufegesetzes Tätigkeiten, die ausschließlich qualifizierten Pflegekräften vorbehalten sind. Hierzu gehören die Erhebung und Feststellung des individuellen Pflegebedarfs, die Organisation, Gestaltung und Steuerung des Pflegeprozesses sowie die Analyse, Evaluation, Sicherung und Entwicklung der Qualität der Pflege. Bei diesem Vorbehalt handelt es sich um einen absoluten Ausschluss, der entsprechend auch Ärzte von der Erbringung dieser Tätigkeiten ausschließt, da für diese eine besondere Ausbildung erforderlich ist, die Ärzte nicht in vergleichbarer Weise erhalten (Weidner 2019).

Vor diesem Hintergrund entwickeln und etablieren die in Tabelle 2 genannten Hochschulen¹⁰ einen Masterstudiengang Community Health Nursing (Agnes-Karll-Gesellschaft 2019). Dabei wird deutlich, wie facettenreich und breit die Studieninhalte sind. Dies wird nicht nur zu einer Ausdifferenzierung der Studienangebote zwischen den Hochschulen führen, sondern ermöglicht auch den Studierenden in einem gewissen Rahmen die Entwicklung eines eigenen Profils.

¹⁰ Dies stellt eine Auswahl dar und beschränkt sich auf die durch die Robert Bosch Stiftung geförderten Studiengänge. Geplanter Start dieser Studiengänge ist das Wintersemester 2020/21 (Stand März 2020). Weitere Hochschulen bieten ähnliche Studiengänge an.

Universität Witten/Herdecke	Philosophisch-Theologische Hochschule Vallendar	Katholische Stiftungshochschule München
<ul style="list-style-type: none"> • Gesundheitsprobleme erkennen und einschätzen als Aufgabe von Community Health Nursing • Fallverstehen, professionell handeln und die Anforderungen an Praxisdisziplinen begründen und reflektieren • Zielgruppenspezifische Interventionen planen, anwenden und evaluieren • Gesundheitsforschung planen, umsetzen und anwenden • Studium fundamentale: mit Studierenden anderer Disziplinen gemeinsam lernen 	<ul style="list-style-type: none"> • Theorien, Konzepte und Verfahren des Community Health Nursing • Anforderungen in der Primärversorgung und kommunaler Daseinsvorsorge • Gesundheitsförderung, Prävention und Behandlung bei spezifischen Bevölkerungsgruppen • Planung, Umsetzung und Evaluation klinischer und kommunaler Gesundheitskonzepte • Beratungs- und Vernetzungskompetenzen sowie Case und Care Management 	<ul style="list-style-type: none"> • Beratungs- und Vernetzungskompetenzen sowie Case und Care Management • Sozial- und Gesundheitsplanung • Versorgungs- und Forschungsethik • Erhebungs- und Auswertungsmethoden • Entwicklung und Implementierung neuer Versorgungskonzepte • Projektorientierte Umsetzung des Community Health Nursing bei Praxispartnern

Tabelle 2: Schwerpunktsetzung der durch die Robert Bosch Stiftung geförderten Hochschulen, die einen Masterstudiengang Community Health Nursing anbieten

Quelle: Eigene Darstellung in Anlehnung an DBfK o.J.

Die Herausbildung und Differenzierung einzelner Profile und Verantwortungsbereiche wird in gewisser Weise auch in der Praxis erforderlich werden. Potenziell erhebt die CHN den Bedarf in der Region, ist Gatekeeper, Versorger, Gesundheitsförderer, Koordinator, Vernetzer und eine zentrale Führungskraft des PORT-Zentrums. Dieser umfangreiche Verantwortungsbereich kann aber nicht von einer Person allein bewältigt werden. Auf Basis der genannten Tätigkeiten lassen sich einerseits Bereiche identifizieren, die eher dem Public-Health-Kontext zuzuordnen sind. Andererseits gibt es Tätigkeiten, die mit einer Arbeit am Patienten einhergehen und damit eher der medizinisch-pflegerischen Versorgung zuzuordnen sind, wie sie sich zum Teil beispielsweise auch im Berufsbild des Nurse Practitioners oder der Advanced Practices Nurse wiederfinden lassen. Als weiteres Unterscheidungsmerkmal lässt sich nutzen, welche Funktionen eine CHN in der Organisation – hier dem PORT-Zentrum – im Hinblick auf Managementaufgaben einnimmt. Zum Zweck der Illustration werden im Folgenden drei CHN-Profile definiert, die jedoch weder den Anspruch auf Vollständigkeit noch auf völlige Überschneidungsfreiheit erheben (Abbildung 12).

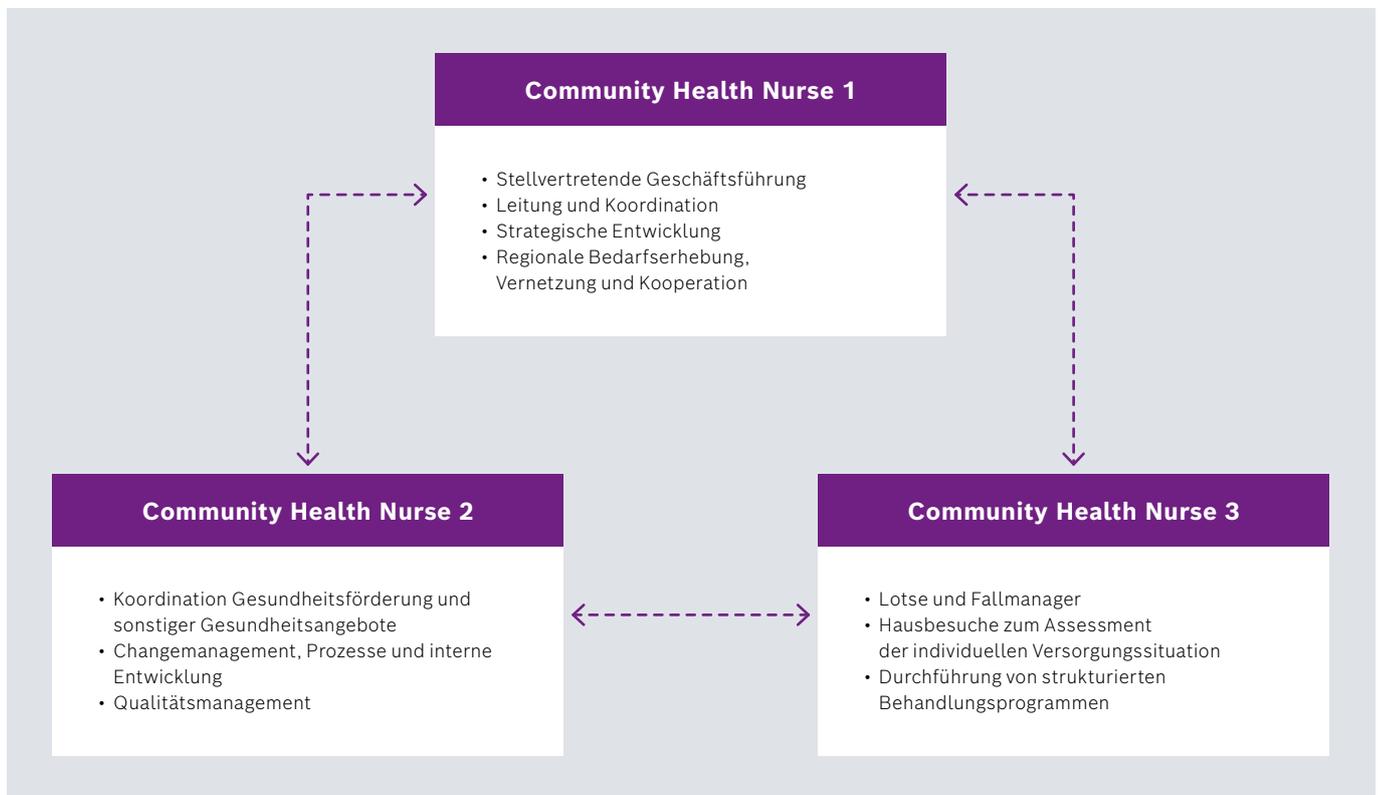


Abbildung 12: Exemplarische Darstellung ausdifferenzierter Tätigkeitsprofile der Community Health Nurse

Quelle: Eigene Darstellung

Bei CHN 1 und CHN 2 stehen die Public-Health-Tätigkeiten und Management-Themen im Vordergrund, bei CHN 3 eher die Tätigkeit am Patienten. Der CHN 1 wird in der vorliegenden Aufteilung auch die Aufgabe der stellvertretenden Geschäftsführung zugeordnet. Manche der hier CHN 3 zugeordneten Aufgaben könnten auch unter Supervision der CHN von einer entsprechend weiterqualifizierten MFA oder einer nichtakademisch ausgebildeten Pflegekraft durchgeführt werden.

In der Praxis werden je nach inhaltlicher Ausrichtung und Größe eines PORT-Zentrums verschiedene Zuschnitte und Rollenverteilungen vorzufinden sein. In der Regel wird es – zumindest in der Aufbauphase eines PORT-Zentrums – nur eine oder zwei akademisch qualifizierte CHNs geben, sodass bei der Definition des Aufgabenfeldes entsprechend Prioritäten gesetzt werden müssen.

In diesem klinischen Kontext ist, wie auch bei der Übernahme von Führungsverantwortung, neben der rein formalen Qualifikation die entsprechende Berufserfahrung ein entscheidender Faktor. Ohne Erfahrung ist eine derart verantwortungsvolle Aufgabe nur schwer erfolgreich zu erfüllen.

Personen, die all diese visierten Eigenschaften auf sich vereinen, sind auf absehbare Zeit noch die Ausnahme. Eine Ausstattung mit bis zu drei CHNs könnte jedoch eine Zielvision darstellen. Ein PORT-Zentrum im Aufbau wird im Regelfall zunächst nur mit einer Person in dieser Funktion starten, die ein Team nichtakademischer Fallmanager, Lotsen etc. führt. Perspektivisch könnten dann mit der Ausweitung des Leistungsspektrums weitere (akademische) Personalkapazitäten nachgezogen werden.

4.2.2 Arzt

Um als Arzt praktizieren zu dürfen, bedarf es neben einem abgeschlossenen Studium der Humanmedizin einer Approbation, also einer staatlichen Berufsausübungserlaubnis. Wenn ein niedergelassener Arzt die Behandlung eines gesetzlich Versicherten bei den Krankenkassen abrechnen möchte, benötigt er eine Zulassung als Vertragsarzt. Voraussetzung hierfür ist die Mitgliedschaft in einer der 17 Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) (AOK-Bundesverband o.J.). In Deutschland können gesetzlich Versicherte jeden Arzt oder jeden sonstigen Leistungserbringer (wie ein MVZ oder eine ermächtigte ambulante Einrichtung) aufsuchen, der zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassen ist (BMG 2019). Dies bedeutet, dass ärztliche Leistungen nur erbracht werden dürfen, wenn die oben aufgeführten Bedingungen erfüllt sind. Die vertragsärztliche Versorgung gliedert sich dabei in hausärztliche und fachärztliche Versorgung (§ 73 Abs. 1 Sozialgesetzbuch (SGB) V).

Nach § 73 Abs. 1 SGB V beinhaltet die hausärztliche Versorgung insbesondere:

1. die allgemeine und fortgesetzte ärztliche Betreuung eines Patienten in Diagnostik und Therapie bei Kenntnis seines häuslichen und familiären Umfeldes; Behandlungsmethoden, Arznei- und Heilmittel der besonderen Therapieeinrichtungen sind nicht ausgeschlossen
2. die Koordination diagnostischer, therapeutischer und pflegerischer Maßnahmen einschließlich der Vermittlung eines aus medizinischen Gründen dringend erforderlichen Behandlungstermins bei einem an der fachärztlichen Versorgung teilnehmenden Leistungserbringer
3. die Dokumentation, insbesondere Zusammenführung, Bewertung und Aufbewahrung der wesentlichen Behandlungsdaten, Befunde und Berichte aus der ambulanten und stationären Versorgung
4. die Einleitung oder Durchführung präventiver und rehabilitativer Maßnahmen sowie die Integration nichtärztlicher Hilfen und flankierender Dienste in die Behandlungsmaßnahmen

Leistungserbringer im Rahmen der hausärztlichen Versorgung können insbesondere sein:

1. Allgemeinärzte
2. Kinder- und Jugendärzte
3. Internisten ohne Schwerpunktbezeichnung, die die Teilnahme an der hausärztlichen Versorgung gewählt haben

Alle anderen Fachärztinnen und Fachärzte nehmen an der fachärztlichen Versorgung teil. Patienten sehen den Hausarzt oftmals als erste Anlaufstelle bei allen Erkrankungen und gesundheitlichen Fragen. Im Rahmen des Arztgesprächs (Anamnese) fragt der Hausarzt den Gesundheitszustand ab und führt diagnostische Untersuchungen durch. Dazu zählen etwa die körperliche Untersuchung (Abtasten, Abhören, Testen, Betrachten, Abklopfen), Blutdruckmessung, Pulsmessung, Blutuntersuchung, Elektrokardiogramm (EKG), Lungenfunktionstest und Ultraschall. Meistens kennt er den Patienten und sein familiäres Umfeld schon länger. Neben der Behandlung von Erkrankungen ist er auch im Bereich der Vorsorge tätig. Sind spezielle ärztliche Fachkenntnisse erforderlich, überweist er den Patienten an den jeweiligen Facharzt (z. B. Urologen, Gynäkologen, Orthopäden). Typische Krankheitsbilder in der Hausarztpraxis sind beispielsweise (Gesinform 2019):

- Krankheiten des Muskel-, Skelett- und Bindegewebsystems (Rückenschmerzen aufgrund von Haltungsanomalien, Schädigungen der Bandscheiben)
- Krankheiten der Atemwege (Schnupfen, Mittelohrentzündung, Mandelentzündung)
- Ernährungs- und Stoffwechselerkrankungen (Schilddrüsenunterfunktion)
- Herz-Kreislauf-Erkrankungen (Bluthochdruck, Herzinsuffizienz, koronare Herzerkrankung bis hin zum Herzinfarkt)
- Psychische Probleme und Verhaltensstörungen (Depression, Alzheimer-Krankheit, Suchtproblematik)

Die oben beschriebenen Tätigkeiten implizieren, dass der Hausarzt eine wichtige Gatekeeper- bzw. Lotsenfunktion innehat, welche in vielen Fällen in den kommenden Jahren aufgrund der alternden Ärzteschaft nicht mehr gewährleistet werden kann. Ferner verdeutlicht der internationale Vergleich, dass der Arzt in Deutschland viele Aufgaben übernimmt, die in anderen Ländern in Eigenverantwortung durch andere Berufsgruppen durchgeführt werden.

Die Relevanz der hausärztlichen Tätigkeit bleibt dabei unbestritten. In diesem Kontext wurden von der Bundesärztekammer (BÄK) in Zusammenarbeit mit der KBV bereits Curricula entwickelt, um Tätigkeiten an nichtärztliche Gesundheitsberufe zu delegieren. Genannt sei hier etwa der Beruf des Case-Managers oder Physician Assistant (BÄK 2016; BÄK und KBV 2017). Vor allem das Case-Management kommt Teilen des oben beschriebenen Berufsbilds der CHN sehr nahe.

4.2.3 Medizinische Fachangestellte

In der ambulanten medizinischen Versorgung erfüllen Medizinische Fachangestellte (MFAs) zentrale Aufgaben und unterstützen insbesondere auch den Arzt bei seiner Tätigkeit. Das Aufgabenfeld von MFAs ist in den letzten Jahren komplexer und anspruchsvoller geworden und kann in zwei Segmente eingeteilt werden. Auf der einen Seite agieren sie als Schnittstelle zwischen Arzt und Patienten (medizinische Aufgaben), auf der anderen Seite gehört die Koordination und Verwaltung des Praxisbetriebs zu ihren Aufgaben. Im Folgenden werden Tätigkeiten in diesen beiden Segmenten beispielhaft skizziert (Verband medizinischer Fachberufe 2006):

Medizinische Aufgaben (Auszug):

- Blutdruck-, Pulsmessung und Blutentnahme, Abnahme von Abstrichen
- Durchführung von Injektionen und Infusionen
- Vorbereitung von Geräten und Instrumenten für die Behandlung
- Patienten zu Untersuchungen vorbereiten
- Schreiben von EKGs, Durchführung von Lungenfunktionstests
- Assistenz bei Behandlungen
- Anlegen von Verbänden

Verwaltungsaufgaben (Auszug):

- Planung und Koordination von Patiententerminen
- Verwalten der Behandlungsunterlagen und Pflege der Patientenakte
- Posteingang und Postausgang
- Organisation des Sprechstundenablaufs, Vorbereiten von Behandlungsräumen
- Aufgaben der Qualitätssicherung

Die MFA führt zum einen an sie delegierte medizinische Tätigkeiten aus, zum anderen übernimmt sie administrative Tätigkeiten. Durch die Unterstützung der MFA im Praxisalltag kann der Arzt mehr Zeit für den einzelnen Patienten aufbringen.

4.2.4 Interprofessionelle Zusammenarbeit und Changemanagement

Die Synopse in Abbildung 13 illustriert nochmals schlaglichtartig die Aufgabenschwerpunkte der verschiedenen an der Versorgung beteiligten Akteure. Das Zusammenspiel der verschiedenen Berufsgruppen mit zum Teil neu zu definierenden, zu lernenden und zu akzeptierenden Rollen stellt dabei eine ernst zu nehmende Herausforderung dar.

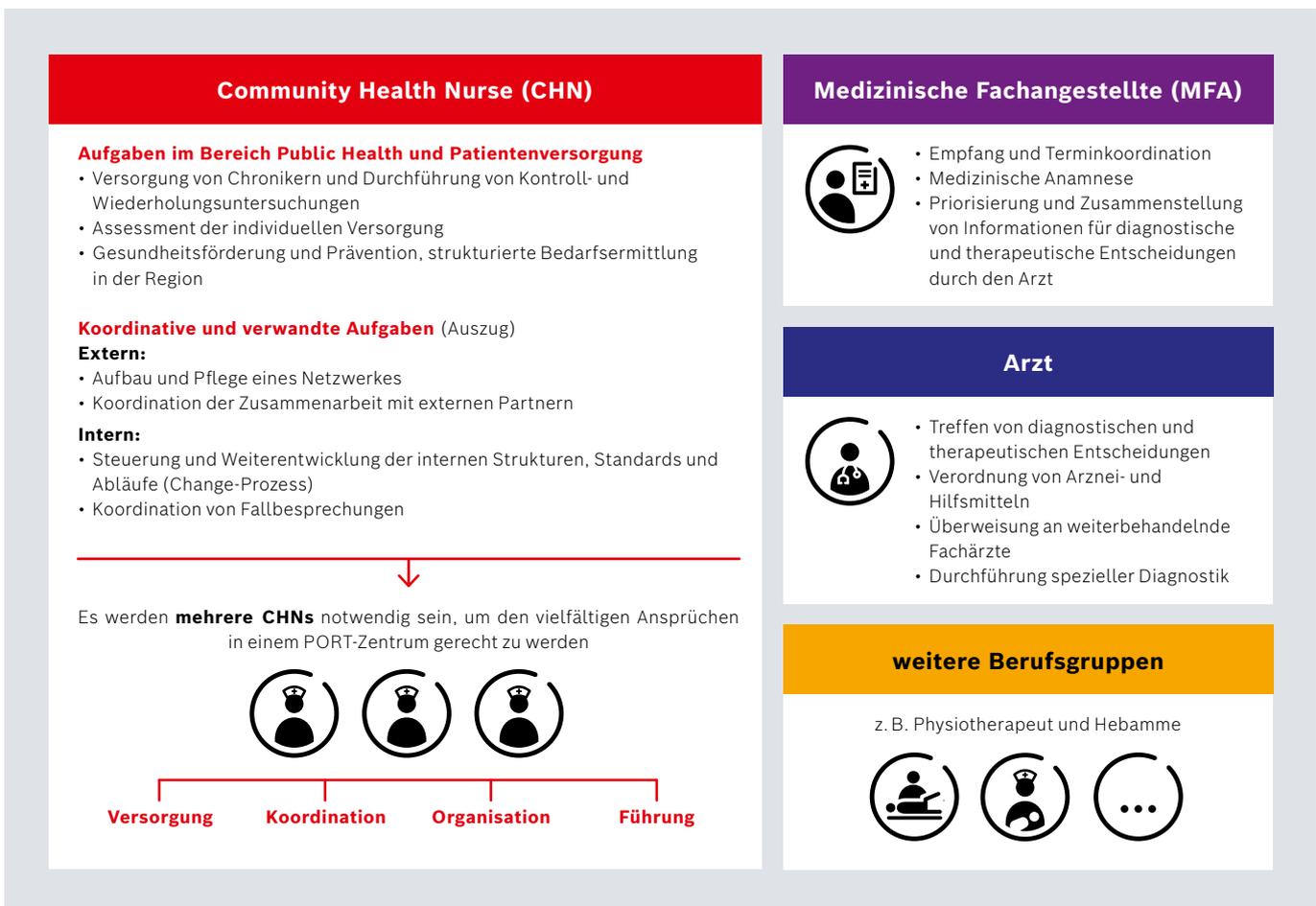


Abbildung 13: Synopse ausgewählter an der Versorgung Beteiligter

Quelle: Eigene Darstellung

Wenn verschiedene Berufsgruppen gemeinsam an der Versorgung von Patienten arbeiten, spricht man von interprofessioneller Zusammenarbeit (IPZ). Die World Health Organisation (WHO) definiert IPZ folgendermaßen (WHO 2010, S. 13):

“Collaborative practice in health-care occurs when multiple health workers from different professional backgrounds provide comprehensive services by working with patients, their families, carers and communities to deliver the highest quality of care across settings.”

Gleicht man dies mit der in Kapitel 1 dargestellten Zielstellung des PORT-Gedankens ab, ergibt sich eine hohe Übereinstimmung. Hervorzuheben ist hier, dass die WHO die bestmögliche Versorgungsqualität des Menschen, unter Einbezug der Patienten und Angehörigen, in den Mittelpunkt der Arbeit stellt.

IPZ ist am effektivsten, wenn eine Abweichung zum „einfachen Standardfall“ im Sinne der Behandlung einer klar eingegrenzten singulären Erkrankung eintritt. In diesen Fällen kommt es zu einem erhöhten Koordinations- und Synchronisationsbedarf in der Gesundheitsversorgung, wie etwa bei multimorbiden Patienten, welche an mehreren oder chronischen Krankheiten leiden. Gerade chronische Erkrankungen erfordern die IPZ (Klapper 2017).

IPZ ist jedoch kein per einmaliger Entscheidung herbeiführbarer Zustand. Dies begründet sich insbesondere daraus, dass ein PORT-Zentrum nicht aus dem Nichts entsteht und die Mitarbeiter eine durch ihre Ausbildung und Berufserfahrung geprägte Sozialisierung mitbringen. Auch wenn sich bei der IPZ – auch in der Ausbildung von Medizinern – Fortschritte beobachten lassen, braucht es insbesondere zum Aufbau einer neuen Versorgungsstruktur Mitarbeiter mit Erfahrung, die sie beispielsweise in Krankenhäusern oder Arztpraxen bereits erworben haben. Dort arbeiten verschiedene Akteure (Ärzte, MFAs) bereits viele Jahre nach traditionellen Mustern zusammen.

Diese Muster aufzulösen und im Sinne einer interprofessionellen Zusammenarbeit (IPZ) umzugestalten, setzt ein gemeinsam entwickeltes Verständnis von Gesundheitsversorgung voraus. Sich dieses zu erarbeiten und immer wieder zu vergegenwärtigen, bedarf eines kontinuierlichen Veränderungsprozesses. Hierbei spielt die CHN mit einem Masterabschluss in mehrfacher Hinsicht eine zentrale Rolle: Einerseits repräsentiert sie eines der „neuen“ Rollenbilder, andererseits ist sie prädestiniert dafür, das Changemanagement in einem PORT-Zentrum entsprechend voranzutreiben. Dieser Change-Prozess erfordert eine klare und kompetente Steuerung unter engem Einbezug der Mitarbeiter, um im Laufe der Zeit gemeinsam ein neues Verständnis von Versorgung zu schaffen und in Teilen neue Strukturen im Rahmen der Aufbau- und Ablauforganisation zu entwickeln.

Das Ziel des Change-Prozesses ist ein Versorgungsteam, das auf **Augenhöhe**, mit einem klaren Rollenverständnis, koordiniert und interprofessionell Versorgungslösungen mit und für den Patienten unter Einbezug von Angehörigen entwickelt und den Patienten stets in den Mittelpunkt stellt, wobei jede Profession ihre eigenen Aufgaben, soweit rechtlich zulässig, frei und eigenständig erledigen kann.

Einer Studie zufolge sind solche Formen der IPZ erfolgversprechend, die sowohl den Patienten als auch dem Personal nützen (Schmitz et al. 2020). IPZ ist vielseitig und kann auf rein zwischenmenschlicher Ebene (z. B. gemeinsame Fallbesprechungen) ausgestaltet oder durch Software unterstützt werden (z. B. digitale Kommunikationsplattform). Die bereits heute bestehenden Möglichkeiten der Digitalisierung lassen eine bessere Vernetzung der an der Versorgung Beteiligten sowie eine bessere Verfügbarkeit benötigter Daten zu und können damit eine bessere Gesundheitsversorgung für den Patienten bedeuten. Positive Effekte in der Arbeit müssen sowohl bei Patienten als auch bei Mitarbeitenden zwingend spürbar sein. Dies betrifft auch den ärztlichen Dienst, welcher nach wie vor durch seine abrechnungstechnische und juristische Relevanz einen besonderen Stellenwert im System einnimmt. Die Ärzte von der Sinnhaftigkeit dieses Ansatzes zu überzeugen, ist ein Erfolgsfaktor, der das Gelingen oder Scheitern maßgeblich mit beeinflusst.

Zu Beginn der operativen Gestaltung von IPZ kommen der Bedarfsanalyse und der Identifikation von gemeinsamen Zielen eine große Bedeutung zu. So können alle Berufsgruppen betreffende Herausforderungen wie unzureichende Versorgungsleistungen/-qualitäten, unklare, überlappende Aufgabenbereiche oder steigender Bedarf nach koordinierenden Funktionen angegangen werden.

IPZ stellt hierbei kein Allheilmittel dar, sondern ergänzt die professionelle Praxis darin, Probleme zu lösen. Da diese neue Art der Zusammenarbeit bei professionell Tätigen zunächst einmal zusätzliche Energie und Eigenreflexion bedeutet, muss der Nutzen den Energieaufwand für eine neue Zusammenarbeit übertreffen. Der Nutzen besteht z. B. in einer höheren Versorgungsqualität gepaart mit einer effektiveren Organisation und zufriedeneren Mitarbeitern (Kaiser et al. 2019).

Sind das Setting und der konkrete Bedarf erhoben, können darauf aufbauend gemeinsam Fragen beantwortet und Lösungen entwickelt werden. In welchem Bereich ist IPZ sinnvoll? Wer übernimmt welche Verantwortung? An welchen Stellen ist es zielführender, dass jede Profession für sich getrennt arbeitet? Zu beachten ist auch, dass Kulturen des Gesundheitswesens und seine Organisation über eine lange Zeit gewachsen sind. Diese Historie hat starke Abwehrmechanismen entwickelt, die sehr leicht aktiviert werden können. Frühzeitige und wiederkehrende Reflexion über professionelle Logiken und Dynamiken der Berufskulturen sowie die Kraft der o. g. Abwehrmechanismen sind

daher enorm wichtig (Schmitz et al. 2020). Eine Möglichkeit, um ein neues gegenseitiges Verständnis der Zusammenarbeit und Kulturen zu schaffen, stellt das interprofessionelle Lernen (IPL) dar. IPL lässt sich auch im Rahmen von Fallbesprechungen anwenden, um teambasierte und patientenorientierte Lösungsansätze zu entwickeln (Klapper 2017). Es kann außerdem sinnvoll sein, im Zuge des Changemanagement ein begleitendes Coaching anzubieten, gerade in Zeiten größerer Umstellungen oder in Momenten, in denen ein externer Blick hilfreich ist. Um eine nachhaltige IPZ zu fördern, sind weiter folgende Schlüsselemente obligatorisch:

- kooperative Führung
- Fort- und Weiterbildung
- Fallbesprechungen
- Teambesprechungen
- Teambildungsmaßnahmen

Festzuhalten ist, dass die Aufstellung des PORT-Zentrums mit einer interprofessionellen Ausrichtung große Chancen für die Versorgungsqualität mit sich bringt. Auch die Zufriedenheit der Mitarbeiter kann von diesem Ansatz profitieren. Allerdings bedarf es erheblichen Aufwands, um dieses Ziel zu erreichen. Der daraus wachsende zusätzliche Koordinationsaufwand wird in der Regel nicht vollständig durch Effizienzgewinne an anderer Stelle kompensiert werden. Der zentrale Mehrwert entsteht in der besseren Versorgung der Bevölkerung.

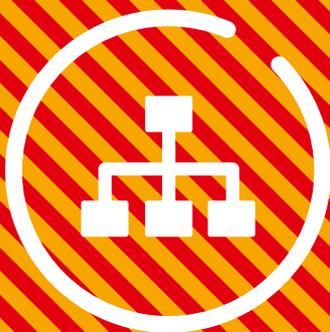
5 Trägerschaft, Gesellschaftsform und Governance-Strukturen

5.1 Grundlagen

Immer wenn verschiedene Personen oder Organisationen zusammenarbeiten, braucht es Strukturen und Regeln. Fehlen sie, führt dies zu suboptimaler Qualität und Ineffizienz. Das gilt für Gesundheitssysteme in ihrer Gesamtheit genauso wie für einzelne Institutionen und Organisationen des Gesundheitssystems (WHO 2014).

Im Folgenden wird daher erläutert, wie die im vorangegangenen Kapitel beschriebenen Rollenbilder in interne Organisationsstrukturen eingebettet werden können und welche Implikationen dies für die Trägerschaft eines PORT-Zentrums hat.

Etwas vereinfacht kann formuliert werden, dass Governance für die Steuerungs- und Regelsysteme einer Institution oder Organisation steht. In medizinischen Organisationen des Gesundheitswesens entsteht eine besondere Relevanz, da in der Regel ein interprofessioneller und entsprechend zu koordinierender Versorgungsbedarf vorliegt, an dessen Befriedigung verschiedenste Akteure mitwirken (Abbildung 14). Entsprechend ist auch bei der Gründung eines PORT-Zentrums eine tragfähige Governance-Struktur zu planen.



Ohne Segmentierung



A Arzt
CHN Community Health Nurse
K Koordinator
P Patient

Mit Segmentierung

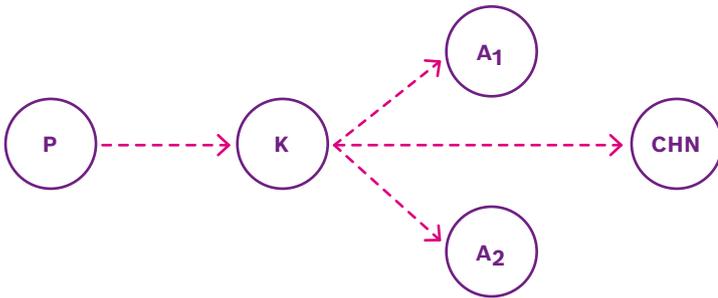


Abbildung 14: Behandlung ohne und mit Segmentierung

Quelle: Eigene Darstellung in Anlehnung an Bohmer 2009, siehe auch Kapitel 3

Man muss man sich vor Augen führen, dass nicht alle Ebenen, die Governance ausmachen, von einem Einzelnen beeinflussbar sind (Abbildung 15). Auf der Makro-Ebene existieren bestimmte rechtliche Vorgaben, die eingehalten werden müssen. Exemplarisch sei hierbei etwa auf den Beruf des Arztes als freier Beruf hingewiesen, dem über die Berechtigung durch die Approbation auch die eigenverantwortliche Berufsausübung immanent ist. Dies impliziert, dass ein Arzt nicht einfach einem Geschäftsführer „unterstellt“ werden kann, solange es um den Kernbereich der medizinischen Leistungserbringung geht. Dies gilt es bei der Ausgestaltung von Steuerungs- und Regelsystemen zu bedenken; es führt beispielsweise dazu, dass Medizinische

Versorgungszentren gesetzlich als ärztlich geleitete Einrichtungen definiert werden und der ärztliche Leiter in medizinischen Fragen weisungsfrei ist. Auf der Meso-Ebene kommen auch informelle gesellschaftliche Regeln zum Tragen. So werden einem Arzt in der Gesellschaft gemeinhin nach wie vor eine größere Fachkompetenz und Autorität zugesprochen als einer Pflegekraft – unabhängig davon, dass sich dies im Einzelfall je nach Fragestellung durchaus anders darstellen kann. Häufig wollen Patienten im ersten Impuls dennoch „den Arzt“ sehen. Auf der Mikro-Ebene geht es um die Steuerungs- und Regelsysteme des PORT-Zentrums selbst, die – in den existierenden rechtlichen Grenzen – frei gestaltet werden können.



Abbildung 15: Drei Governance-Ebenen

Quelle: Eigene Darstellung

Für ein PORT-Zentrum sind die Planung und die Umsetzung einer tragfähigen Governance-Struktur von besonderer Bedeutung: Viele verschiedene Berufsgruppen sollen gemeinschaftlich und auf Augenhöhe an der Versorgung von Patienten mitwirken. Dies stößt derzeit noch häufig an berufsrechtliche Grenzen (Makro-Ebene) und erfordert die Überwindung über lange Zeit gewachsener, informeller Regelsysteme und Rollenverständnisse (Meso-Ebene). Diese tradierten Regelsysteme sind häufig nicht schriftlich fixiert, sondern finden ihren Ausdruck in Erwartungshaltungen und Handlungsweisen. Müssen selbst grundlegende Verantwortlichkeiten in jedem Einzelfall neu verhandelt werden, kostet dies Zeit und Energie. Eine möglichst konkrete Ausgestaltung der Governance-Struktur auf Mikro-Ebene kann dem entgegenwirken und die Freiräume für eine interprofessionelle Zusammenarbeit (IPZ) schaffen.

Gesetze und Verordnungen können über definierte Prozesse geändert, informelle Regeln hingegen nur über die Zeit durch kontinuierliches Informieren und Einüben angepasst werden. Jedoch beginnt bereits auf der Meso-Ebene die Verantwortung der in einem PORT-Zentrum Aktiven, gemeinschaftlich darauf hinzuwirken, dass auch im gesellschaftlichen Bewusstsein ein neues Verständnis moderner Berufsbilder und Versorgungsformen entsteht. Hierzu kann gehören, dass der Besuch des PORT-Zentrums nicht zwingend in einen Arztkontakt münden muss und trotzdem die bestmögliche Versorgung erfolgt.

Die Entwicklung einer Governance-Struktur auf Mikro-Ebene liegt fast komplett in der Hand des PORT-Zentrums. Dabei können zunächst drei Stufen der Integration der Beteiligten unterschieden werden (in Anlehnung an Schlüchtermann 2016): Die moderatere Form der Integration ist die räumliche Zusammenführung der an der Patientenversorgung beteiligten Akteure. Es wird davon ausgegangen, dass die räumliche Integration zumindest in Teilen auch virtuell erfolgen kann. Das physische bzw. virtuelle Zusammenrücken der Akteure könnte einen ersten Schritt zur Überwindung traditioneller Hierarchien hin zu einer stärkeren Koordination der Leistungserbringung sein. Eine stärkere Form der Integration stellt die organisatorische Integration dar. Hier wird eine Person, eine Doppelspitze oder ein Gremium mit der Koordination der anderen Akteure betraut. Die Kooperation kann dabei beispielsweise in Form von Verträgen definiert und verbindlich gemacht werden. Die umfassendste Form der Integration stellt jedoch die finanzielle Integration dar. Das heißt, es existiert ein vollständig integriertes Unternehmen, welches die wirtschaftliche Verantwortung in der Gesamtheit trägt (weiter unten als „Fusionsmodell“ erläutert).

Jede Stufe hat ihre eigenen Vor- und Nachteile. So ist in der losen, räumlichen Integration die Verantwortung für die Gesamtorganisation überschaubar, da – wie in einem ärztlichen Versorgungszentrum oder einem Ärztehaus – jeder Beteiligte als eigene Wirtschaftseinheit agiert. Allerdings sind bei dieser Organisationsstruktur die Friktionen zwischen den Beteiligten nach wie vor hoch, eine Koordination ist auf die freiwillige Mitwirkung aller Beteiligten angewiesen. Im anderen Extrem („Fusionsmodell“) bestehen deutlich weiter gehende Optionen, eine einheitliche Philosophie durchzusetzen, weil es finanzielle Anreize für eine möglichst koordinierte Leistungserstellung gibt. Eine konsequente Umsetzung dieser Vision setzt allerdings veränderte Vergütungsregeln in der ambulanten Medizin voraus. Bei der Abwägung verschiedener Governance- und Organisationsstrukturen können akademische Partner eine wichtige Ressource darstellen. Derartige Fragestellungen sind Gegenstand aktueller Forschung in Gesundheitsökonomie und -management, sodass ein direkter Transfer der Ergebnisse sowie ein enger Austausch für beide Seiten von Nutzen sein kann.

5.2 Formen und Varianten des PORT-Zentrums in der Praxis

In der Praxis werden in einem PORT-Zentrum alle Stufen der Integration vorzufinden sein. Um ein Verständnis für die möglichen Verflechtungen und Interdependenzen der verschiedenen Ausgestaltungsvarianten zu entwickeln, ist es zunächst hilfreich zu verstehen, dass ein PORT-Zentrum in verschiedenen Formen auftritt:

- als Leistungsangebot, das von den Klienten und Patienten angenommen wird
- als wirtschaftliche und damit gesellschaftsrechtliche Einheit
- ggf. als Akteur im Sinne des Sozialrechts
- als Gebäude, das für die Patienten das PORT-Zentrum repräsentiert
- ggf. als die „Marke“ PORT, unter der auch außerhalb des Zentrums Angebote erfolgen

Viele Gründe sprechen dafür, den Kern der PORT-Leistungen in einer vollständig integrierten Wirtschaftseinheit zusammenzuführen (Fusionsmodell, siehe Abbildung 16). Ärztehäuser oder dezentral organisierte Praxisnetze sind durch die separaten Wirtschaftseinheiten jedoch weniger leicht zu steuern und entsprechend nur bedingt geeignet. Eine pragmatische Lösung für ein Fusionsmodell ist die Rechtsform der GmbH, da diese das Haftungsrisiko begrenzt, die Beteiligung verschiedener Eigentümer zulässt und zugleich kompatibel mit dem sozialrechtlich verankerten Konstrukt eines MVZ ist (zu den Gründungsvoraussetzungen siehe Seite 66).

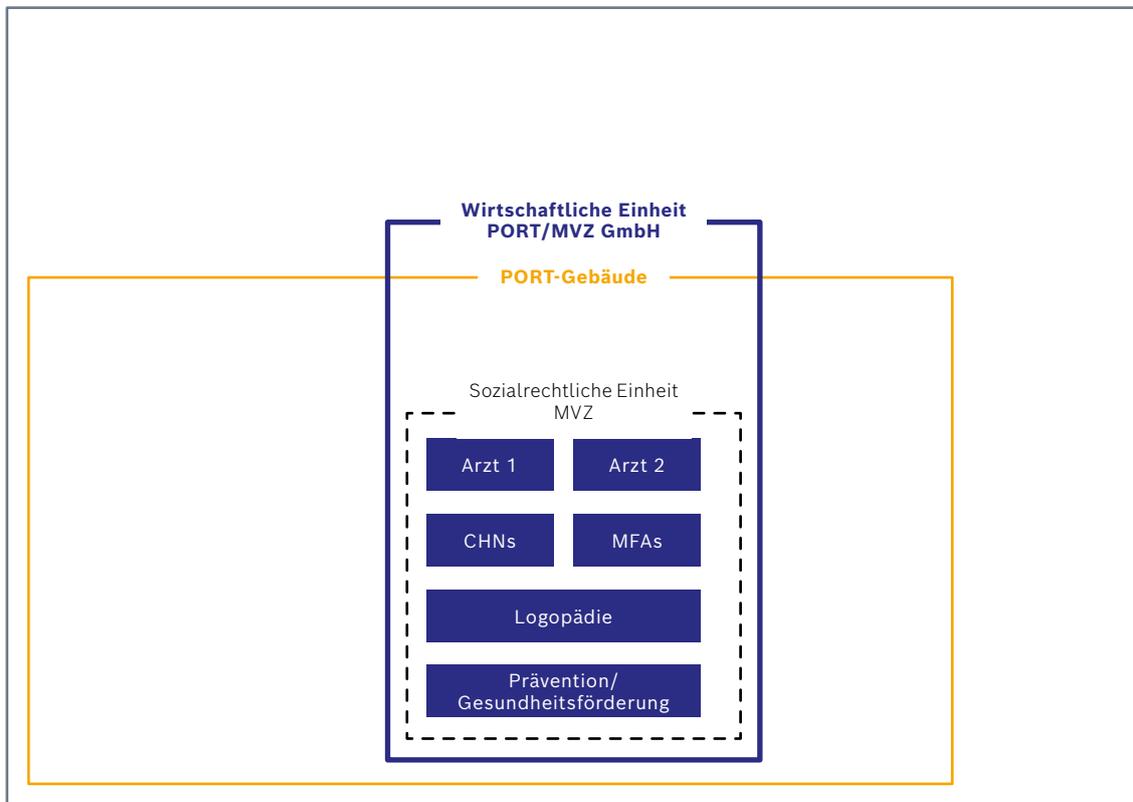


Abbildung 16: Eine MVZ GmbH als wirtschaftlicher Kern des PORT-Zentrums

Quelle: Eigene Darstellung

Diese GmbH kann Ärzte, Pflegekräfte, CHN und sonstige Beschäftigte anstellen. Zudem besteht die Option, Leistungsbereiche wie Logopädie oder ambulante Pflege ebenfalls im MVZ anzusiedeln, ggf. als eigenständigen Geschäftsbereich. Ärzte sowie andere Gesundheitsberufe oder Dienstleister können sich aber auch als eigene Praxen bzw. Wirtschaftseinheiten im Gebäude „PORT-Zentrum“ einmieten (Abbildung 17). Während für einen angestellten Arzt das MVZ mit der KV und den Krankenkassen abrechnet, ist ein sich einmietender Arzt mit eigener Arztpraxis autonom in seiner Abrechnung. Er ist auch wirtschaftlich wie disziplinarisch allein verantwortlich für das bei ihm angestellte Personal.

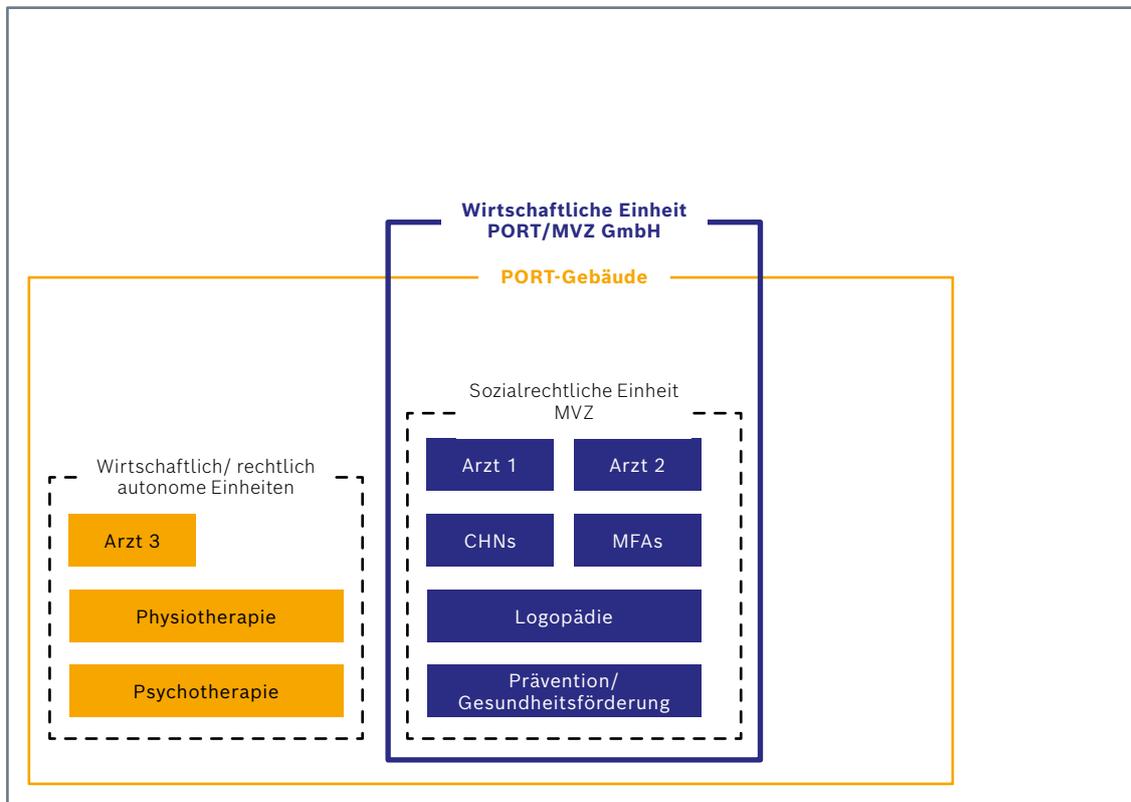


Abbildung 17: Wirtschaftlich autonome Einheiten als Mieter im PORT-Gebäude

Quelle: Eigene Darstellung

Sollen größere und wirtschaftlich komplexere Tätigkeitsfelder, wie der Betrieb eines eigenen ambulanten Pflegedienstes, nicht durch unabhängige Partner erbracht, sondern möglichst eng an das Kern-PORT-Zentrum angebunden werden, empfiehlt sich die Gründung einer separaten GmbH (Abbildung 18). Anders als beim reinen Ausweis eines eigenen Geschäftsbereichs ergeben sich hieraus Vorteile hinsichtlich der Transparenz der Geschäftstätigkeit sowie eines besseren Schutzes der MVZ GmbH vor den wirtschaftlichen Risiken dieser Geschäftstätigkeit. Für die konkrete Ausgestaltung ergeben sich hier verschiedene Szenarien. So könnten dieselben Gesellschafter in beiden GmbHs tätig werden oder die MVZ GmbH wird Gesellschafter beispielsweise einer PORT Pflege GmbH.

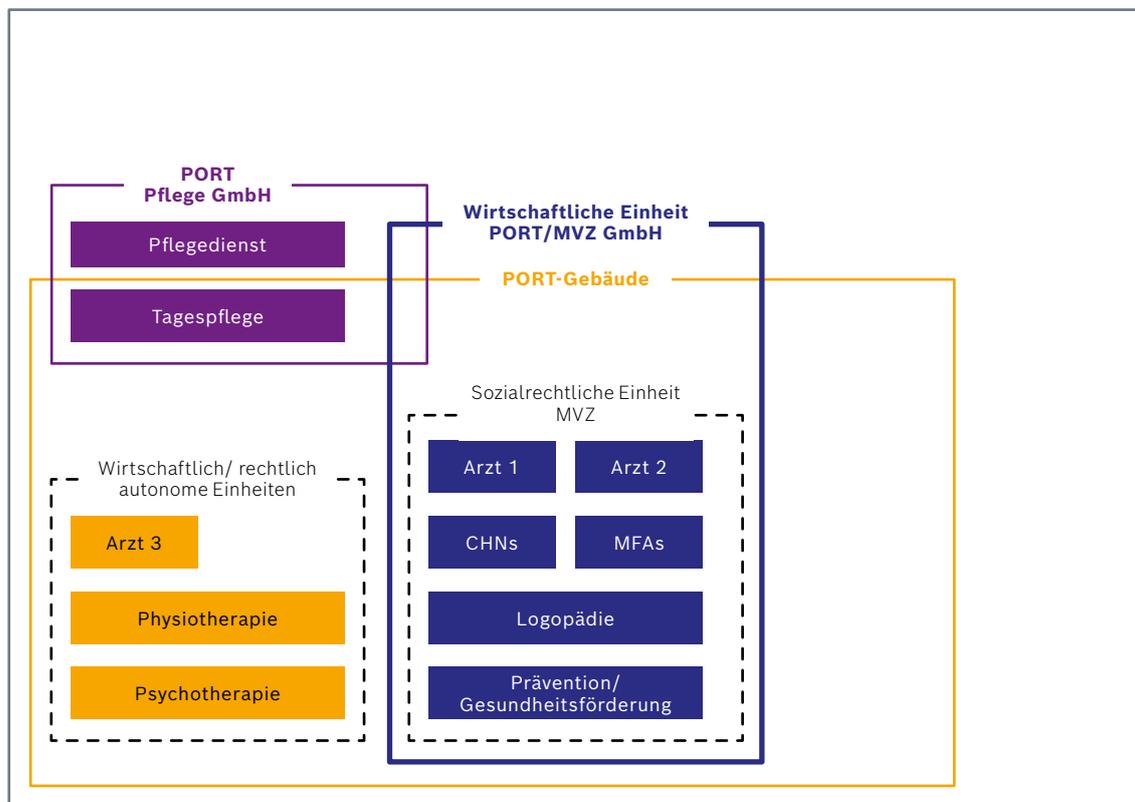


Abbildung 18: Ausgliederung größerer Geschäftsbereiche in separate Gesellschaften

Quelle: Eigene Darstellung

Nutzen mehrere wirtschaftlich unabhängige Einheiten gemeinsam ein Gebäude, ist zu prüfen, inwiefern zentrale Ressourcen auch gemeinsam genutzt werden können. Rechtlich handelt es sich zunächst aber lediglich um Mietverträge zwischen dem Eigentümer des Gebäudes und den Mietern. Die PORT GmbH kann dabei Mieterin oder Eigentümerin des Gebäudes sein, wobei im Regelfall von einem Mietverhältnis auszugehen ist. Zentrale Vorteile für Mieter sind das reduzierte wirtschaftliche Risiko und die Flexibilität, bei sich ändernden Bedarfen auch auf eine andere Immobilie ausweichen zu können. Als Nachteil ist zu bewerten, dass kein direkter Einfluss auf die Auswahl der sonstigen Mieter im Gebäude besteht. Dies kann eine Herausforderung darstellen, wenn man ein bestimmtes Leistungsportfolio unter

einem Dach zusammenführen will. Auch bestehen im Sinne der avisierten Steuerungs- und Regelsysteme keine automatischen Durchgriffsrechte. Kooperationen, die über die reine Nutzung des Gebäudes hinausgehen, sind ggf. einzelvertraglich zu regeln.

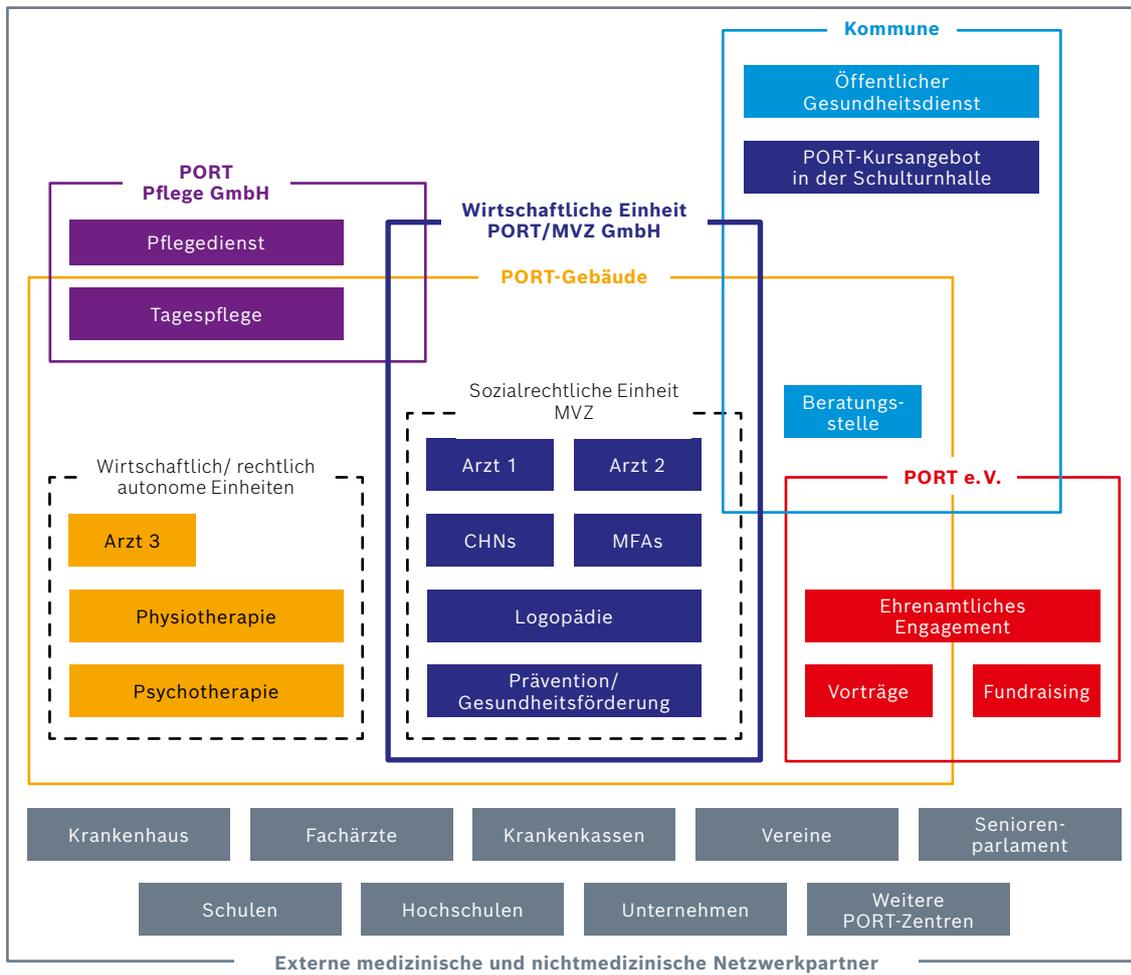


Abbildung 19: Ein PORT-Zentrum mit einem breiten Spektrum verschiedener Integrations- und Kooperationsformen

Quelle: Eigene Darstellung

Ein Investor als Eigentümer einer derartigen Immobilie hat den Vorteil, dass in der Regel (im derzeitigen Umfeld) die Bereitstellung von Kapital für die notwendige Investition unproblematisch ist. Auch hat ein Investor ein Eigeninteresse an einer langfristigen Auslastung einer Immobilie. Hierfür ist ein stimmiges Gesamtkonzept wichtig, welches ein PORT-Zentrum durchaus darstellt. Entsprechend ist hier eine kooperative Haltung auch bei der Auswahl weiterer Mieter zu erwarten. Es besteht aber keine (längerfristige) Garantie, die über einzelvertragliche Regelungen hinausgeht.

Das PORT-Zentrum könnte alternativ als Hauptmieter auftreten und die Räumlichkeiten dann weitervermieten, womit es allerdings einen Teil des wirtschaftlichen Risikos übernimmt. Vor diesem Hintergrund könnte es eine attraktive Alternative darstellen, wenn die Kommune als Eigentümer und Vermieter des PORT-Gebäudes auftritt. Auch hier gilt es im Einzelfall zu prüfen, inwiefern geeignete Immobilien bzw. hinreichend Finanzkraft zur Verfügung stehen (zur besonderen Rolle von Kommunen siehe Kapitel 5.4).

Die Kommune kann auch (Mit-)Eigentümer der PORT-GmbH sein, mit dem zusätzlichen positiven Aspekt, dass Kommunen die für eine MVZ-Gründung sozialrechtlich notwendige Gründereigenschaft besitzen (siehe BOX 6, MVZ). Ein MVZ ist für ein PORT-Zentrum keine zwingende Voraussetzung, auch aus Vereinen, Genossenschaften, Ärztehäusern, Gemeinschaftspraxen oder anderen Organisationen lässt sich ein PORT-Zentrum entwickeln. Jede Form geht jedoch mit eigenen Restriktionen bzw. Vor- und Nachteilen einher, die es abzuwägen gilt. In der Praxis hat sich für derartige Projekte die Variante des MVZ bewährt.

Letztlich muss die Governance-Struktur den gesamten Bogen von den Eigentümern über die Geschäftsführung bis zu den Mitarbeitern spannen und soll dafür sorgen, dass die Ziel- und Anreizsysteme auf allen Ebenen kohärent auf das übergeordnete Ziel des PORT-Zentrums ausgerichtet sind.¹¹

Entsprechend ist die pragmatischste Variante die Gründung eines MVZ. Neben der Option, ein „Fusionsmodell“ mit entsprechenden Vorteilen bei der Gestaltung der Governance-Struktur umzusetzen, hat diese Variante den Vorteil, dass sie eine im SGB V hinterlegte Organisationsform darstellt, welche direkt Leistungen abrechnen kann. Allerdings ist in § 95 Abs. 1a abschließend geregelt, wer Gründer eines MVZ sein kann. Dies sind:

- zugelassene Ärzte
- zugelassene Krankenhäuser
- Erbringer nichtärztlicher Dialyseleistungen nach § 126 Absatz 3
- Praxisnetze nach § 87b Absatz 2 Satz 3
- gemeinnützige Träger, die aufgrund von Zulassung oder Ermächtigung an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen
- Kommunen

Auch die Kommune besitzt somit die sozialrechtlich essenzielle Berechtigung für die Gründung eines MVZ. Als mögliche Rechtsformen werden die Personengesellschaft, die eingetragene Genossenschaft, die Gesellschaft mit beschränkter Haftung oder öffentlich-rechtliche Rechtsformen aufgeführt.

¹¹ Das heißt: Auch für die Gestaltung einer zweckmäßigen Governance-Struktur ist die Erarbeitung und Festlegung der Zielstellung des jeweiligen PORT-Zentrums (vgl. Kapitel 1) eine wichtige Grundvoraussetzung.

BOX 6: Medizinisches Versorgungszentrum (MVZ)

Begriff

MVZs bieten die Möglichkeit, verschiedene Versorgungsangebote zu bündeln. Diese Eigenschaft macht es zu einem für die Gründung eines PORT-Zentrums prädestinierten Format. Gleichwohl handelt es sich bei einem MVZ qua Gesetz um eine ärztlich geleitete Einrichtung, in der Vertragsärzte und/oder angestellte Ärzte tätig sind (§ 95 Abs. 1 SGB V). Ein MVZ kann sowohl eine fachübergreifende medizinische Versorgung „aus einer Hand“ anbieten als auch „fachgleich“ aufgestellt sein, also beispielsweise als reines Hausarzt-MVZ.

Damit ein MVZ seinem Charakter als Zentrum gerecht wird, müssen darin mindestens zwei Ärzte tätig werden, deren bedarfsplanerische Tätigkeit in der Summe einen Anrechnungsfaktor von mindestens 1,0 ergibt. Des Weiteren müssen alle in einem MVZ tätigen Ärzte über eine Eintragung in das Ärzteregister verfügen.

Der Gesetzgeber fordert explizit die ärztliche Leitung des MVZ. Dabei muss der ärztliche Leiter in dem MVZ als Vertragsarzt oder angestellter Arzt tätig sein. In medizinischen Fragen ist er weisungsfrei. Sind in einem MVZ unterschiedliche an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Berufsgruppen (z. B. Ärzte und Psychotherapeuten) tätig, so ist auch eine kooperative Leitung (z. B. durch einen ärztlichen und einen psychotherapeutischen Leiter) möglich.

Gründungsmodalitäten

Zulässige Rechtsformen für die Gründung und den Betrieb eines MVZ sind die Personengesellschaft, die eingetragene Genossenschaft, die Gesellschaft mit beschränkter Haftung oder eine öffentlich-rechtliche Rechtsform.

In § 95 Abs. 1a SGB V (§ 95 Abs. 1a SGB V) ist abschließend geregelt, wer Gründer eines MVZ sein kann. Dies sind:

- zugelassene Ärzte
- zugelassene Krankenhäuser
- Erbringer nichtärztlicher Dialyseleistungen nach § 126 Absatz 3
- Praxisnetze nach § 87b Absatz 2 Satz 3
- gemeinnützige Träger, die aufgrund von Zulassung oder Ermächtigung an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen
- Kommunen (Städte, Gemeinden, Landkreise und Bezirke)

Hierbei ist zu beachten, dass einem MVZ die Zulassung entzogen wird, wenn die Gründungsvoraussetzungen länger als sechs Monate nicht vorliegen.

Gründer vs. Betreiber vs. tätige Ärzte

Streng zu unterscheiden ist zwischen den Gründern (Gesellschaftern), dem Betreiber (Träger, Trägergesellschaften) und den im MVZ tätigen Ärzten. **Für den Fall, dass zugelassene Vertragsärzte/Vertragspsychotherapeuten zwar Gründer bzw. Betreiber eines MVZ sein wollen, müssen diese nicht unbedingt selbst auch vertragsärztlich tätig werden, können dies jedoch.** Dagegen müssen Ärzte und Psychotherapeuten, die vertragsärztlich in einem MVZ tätig werden wollen, zwingend auch Gesellschafter der Trägergesellschaft des MVZ werden. Dies ist erforderlich, da der Vertragsarzt/Vertragspsychotherapeut seine vertragsärztliche Tätigkeit in freier Praxis zu verrichten hat.

Ist im MVZ ein Vertragsarzt/Vertragspsychotherapeut tätig, der nicht auch Gesellschafter der MVZ-Trägergesellschaft ist, so müsste er in Bezug auf seine Tätigkeit im MVZ über einen Dienstvertrag mit der Trägergesellschaft in das MVZ eingebunden werden. Jedoch wäre ein solcher Vertrag nicht mit der Anforderung an die Freiberuflichkeit des Vertragsarztes/Vertragspsychotherapeuten vereinbar. Diese Regelung gilt nicht für Ärzte und Psychotherapeuten, die im MVZ im Rahmen einer Anstellung tätig werden wollen. Eine solche Anstellung ist möglich, der Arzt kann dann jedoch nicht zugleich als Vertragsarzt tätig werden.

Eckpunkte zur Zulassung

Für die Teilnahme eines MVZ an der vertragsärztlichen Versorgung ist eine Zulassung des MVZ durch den jeweils örtlich zuständigen Zulassungsausschuss notwendig. Zudem ist auch die Tätigkeit von zugelassenen oder angestellten Ärzten im MVZ an die Bedarfsplanung gebunden. Folglich können Ärzte grundsätzlich nur dann in einem MVZ tätig werden, wenn für deren jeweiliges Fachgebiet im betroffenen Planungsbereich keine Zulassungsbeschränkungen bestehen oder wenn bereits im Planungsbereich zugelassene oder angestellte Ärzte ins MVZ eintreten. Dies ist zu bedenken, wenn ein MVZ als wirtschaftlicher Kern eines PORT-Zentrums etabliert werden soll.

Quellen: KVB 2019, KBV 2018b

Bedenkt man, dass die Zielvision eines PORT-Zentrums die interprofessionelle Arbeit auf Augenhöhe besonders betont, stellt das Verhältnis der Ärzte in einem PORT-Zentrum zu den übrigen vertretenen Gesundheitsberufen einen kritischen Punkt dar. Ärzte erscheinen hier häufig durch ihren Bildungsstand, die berufsrechtliche Stellung und Verantwortung sowie die Hoheit in Anamnese, Diagnostik und Therapie in der Rolle von dominanten Entscheidern, unabhängig davon, ob sie dies bewusst anstreben oder nicht. Ferner ist das MVZ qua Definition eine ärztlich geleitete Einrichtung (KBV 2018b), und will sich ein Arzt nicht als Angestellter, sondern als Vertragsarzt in ein MVZ einbringen, muss er zwingend auch Gesellschafter – mit- hin Eigentümer – werden. Dies kann dazu beitragen, dass ohnehin bestehende Asymmetrien zwischen Ärzten und Vertretern anderer Gesundheitsberufe eher verfestigt werden. Tritt die Kommune als Gründer auf, könnte auf einen Arzt als Gesellschafter verzichtet werden, sofern alle Ärzte im MVZ ausschließlich im Angestelltenverhältnis tätig sind. Letztlich gilt es auch in diesem Punkt in jedem Einzelfall abzuwägen, wie die Realität vor Ort aussieht, wie sich die Interessenlagen darstellen und unter welchen Bedingungen sich verschiedene zentrale Akteure in ein PORT-Projekt einbringen können und wollen.

Für weitere grundsätzliche Überlegungen zur Frage, ob und in welcher Form Kommunen an einem PORT-Zentrum beteiligt werden sollten, kann auf das Kapitel 5.4 zurückgegriffen werden. Kommunen können sich auf vielfältige Weise einbringen, auch ohne Gesellschafter der MVZ-GmbH oder Eigentümer des PORT-Gebäudes zu sein. So können sie eigene Beratungsstellen im PORT-Zentrum ansiedeln oder über den Öffentlichen Gesundheitsdienst wertvolle Beiträge zu der Ermittlung von Versorgungsbedarfen oder zur Planung und Durchführung von Maßnahmen zur Prävention und Gesundheitsförderung liefern. Auch können Räumlichkeiten der Kommune dem PORT-Zentrum zur Nutzung beispielsweise für Kursangebote überlassen werden.

Zweckmäßig kann es ferner sein, einen gemeinnützigen Verein zu gründen, in dem ehrenamtliches Engagement gebündelt wird und von dem geeignete Angebote getragen werden. Auch als Förderverein kann diese Lösung hilfreich sein, insbesondere solange für manche Angebote eine regelhafte Finanzierung fehlt. Mindestens ebenso wichtig ist jedoch in diesem Kontext die Chance, auch die Bevölkerung aktiv einzubeziehen und ein Bewusstsein zu schaffen, dass „ihr“ PORT-Zentrum auch durch ihr eigenes Engagement wachsen und gedeihen kann (Abbildung 19, S. 64).

Wichtig ist hier, den richtigen Mittelweg zu finden: **Ehrenamtliches Engagement** ist eine unverzichtbare Stütze eines PORT-Zentrums. Es leistet wesentliche inhaltliche Beiträge und ist Ausdruck des Primärversorgungsgedankens, der auch impliziert, dass Gesundheit und soziale Teilhabe gesamtgesellschaftliche Aufgaben sind, zu denen jeder einen Beitrag leisten kann und soll. Das PORT-Zentrum wird so integraler Bestandteil des kommunalen Lebens. Um den Fortbestand und die volle Funktionsfähigkeit des PORT-Zentrums langfristig zu sichern, dürfen ehrenamtliche Helfer jedoch auch nicht überlastet und ausgenutzt werden. (Wirtschaftliche) Kernaufgaben des PORT-Zentrums sollten deshalb möglichst nicht ehrenamtlichen Helfern überantwortet werden, was nicht ausschließt, dass diese im Rahmen ihrer Möglichkeiten auch in substantiellem Umfang Zeit für ihre gemeinwohlfördernden Aktivitäten investieren.

Während also üblicherweise bei der Planung von Governance-Strukturen ex ante klar ist, wer Eigentümer des Unternehmens ist und welche sozial- und gesellschaftsrechtliche Form das Unternehmen hat, ist dies in der frühen Phase der Planung eines PORT-Zentrums in der Regel zunächst offen. Entsprechend existieren hinsichtlich der optimalen Ausgestaltung verschiedene Optionen, die im Hinblick auf ihre spezifischen Vor- und Nachteile genau zu prüfen sind.

Eigentlich immer, aber noch viel mehr, wenn wirtschaftliche und gemeinnützige Tätigkeitsbereiche eng miteinander verflochten sind, ist die Etablierung eines Corporate-Governance-Kodex zu empfehlen.¹² Dieser macht die Steuerungs- und Regelsysteme transparent und definiert kritische Bereiche, in denen beispielsweise zwingend ein Vieraugenprinzip oder externe Kontrollmechanismen etabliert werden müssen.

5.3 Organisationsstruktur

In der täglichen Arbeit ist eine zweckmäßige Organisationsstruktur – in Kombination mit einem entsprechenden Regelwerk – ein zentrales Element belastbarer Governance-Strukturen. Das im Folgenden dargestellte Organigramm (siehe Abbildung 20, S. 70) soll in groben Zügen skizzieren, wie die Arbeitsteilung und die Organisationsstruktur in einem PORT-Zentrum nach Ende der Aufbauphase aussehen können. Um die Komplexität etwas zu reduzieren, werden nicht alle Aufgabenbereiche und Berufsgruppen in gleicher Weise dargestellt und beschrieben. So erfahren die Pflegefachkraft und insbesondere die CHN als akademische Pflegefachkraft aufgrund ihrer noch nicht so großen Verbreitung in der ambulanten Versorgung ein besonderes Augenmerk. Dies soll jedoch nicht implizieren, dass beispielsweise die MFA keine relevante Rolle in einem PORT-Zentrum spielen. Insbesondere durch die mittlerweile umfassenden Angebote der Fort- und Weiterbildung für MFAs, z. B. zur VERAH oder NÄPa, ergeben sich hier Überschneidungsbereiche, in denen beide Berufsgruppen tätig werden können.

Das dargestellte Organigramm bildet nur eine von verschiedenen möglichen Organisationsformen ab. Ausschlaggebend sind stets die spezifischen Bedingungen im Einzelfall. Die folgende Beschreibung soll jedoch illustrieren, welche Überlegungen bei der Planung eines Organigramms für ein PORT-Zentrum besonders wichtig sind. Ein PORT-Zentrum kann durchaus kleiner, aber auch deutlich größer sein als hier dargestellt. Es wird jedoch unterstellt, dass nach einer Neugründung beim Erreichen einer Größe von 3 bis 5 Ärzten und 2 bis 3 CHNs die erste Aufbauphase als abgeschlossen gelten kann.

Da bereits umfassend auf Fragen der Trägerschaft eingegangen wurde, soll an dieser Stelle ohne weitere Kommentierung von einer MVZ GmbH unter Trägerschaft einer Kommune als wirtschaftlicher Kern des PORT-Zentrums ausgegangen werden. Diese GmbH benötigt zwingend einen Geschäftsführer, der – abgesehen von den medizinischen Kernfragen, die dem ärztlichen Leiter vorbehalten sind – die Einrichtung nach Weisung der Eigentümer leitet. Der Geschäftsführer kann von den Eigentümern bestellt und abberufen werden. Bei einem einzelnen PORT-Zentrum der beschriebenen Größe ist die Position des Geschäftsführers keine Vollzeitstelle. Dies gilt umso mehr, als viele der von ihm neben der allgemeinen Unternehmensführung zu verantwortenden Bereiche (Buchhaltung, IT, etc.) in einem Unternehmen dieser Größe sinnvollerweise von externen Dienstleistern übernommen werden. Für diese Position sind zwingend betriebswirtschaftliche

¹² Für weiterführende Literatur zum Thema Governance speziell für gemeinnützige Organisationen siehe beispielsweise Bachert 2005.

Kenntnisse notwendig, weshalb hier davon abgesehen wurde, beispielsweise eine CHN in die Position des Geschäftsführers zu setzen. Es ist jedoch ebenso möglich, dass eine entsprechend erfahrene und weiterqualifizierte Pflegekraft eine derartige Funktion ausführen kann.

Dies würde helfen, den damit einhergehenden Zielkonflikt zu lösen, eine pflegerisch-medizinische Leitung zu etablieren, die nicht zwingend von einem Arzt ausgeübt werden muss. Es wäre wünschenswert, um die angestrebte IPZ auf Augenhöhe noch stärker zu verankern. Dies wurde im vorliegenden Fall dadurch berücksichtigt, dass eine zweite Führungsebene eingeführt wurde, auf welcher der zwingend notwendige ärztliche Leiter auf einer Ebene mit der pflegerisch ausgebildeten Koordinatorin (CHN 1) des PORT-Zentrums steht, die eine durch den Pflegevorbehalt gestärkte Rolle als Leiterin der Pflege sowie zudem die stellvertretende Geschäftsführung innehat. Eine Hochschulausbildung mit Masterabschluss erscheint hier insbesondere auch im Kontext der im Folgenden noch dargestellten Aufgaben als angebracht.

Die Verortung der stellvertretenden Geschäftsführung bei einer der angestellten CHN kann auch aus pragmatischen Gründen sinnvoll sein, wenn beispielsweise ein Geschäftsführer in Teilzeit nur wenige Tage pro Woche vor Ort ist, im Tagesgeschäft jedoch stets ein Mitglied der Geschäftsführung mit Entscheidungsbefugnis verfügbar sein sollte. Zudem kann es eine sinnvolle Arbeitsteilung in der Geschäftsführung zwischen den inhaltlichen und den betriebswirtschaftlichen Fragen geben. Von einer völlig gleichberechtigten Doppelspitze wird jedoch abgeraten, da dies häufig zu vermeidbaren Reibungsverlusten führt.

Im vorliegenden Organigramm hat die CHN 2 weitere zentrale Aufgabenbereiche eines PORT-Zentrums in ihrer Verantwortung. Hierzu zählt die Leitung der sonstigen Angebote im Bereich Gesundheitsförderung und Prävention sowie der Bereich Prozesse, Standards und interne Entwicklung. Während der erste Bereich möglicherweise naheliegender erscheint, mag es überraschen, dass beispielsweise das Thema Changemanagement und Teambuilding eine eigene Funktion darstellt und das Qualitätsmanagement nicht – wie durchaus auch vorstellbar – als Stabstelle der Geschäftsführung gestaltet wird.

Dem ärztlichen Leiter untersteht der ärztliche Teil der medizinisch-pflegerischen Versorgung. Er ist in der konkreten medizinischen Behandlung eines Patienten auch den anderen Berufsgruppen gegenüber weisungsbefugt. Diese Befugnis findet ihre Grenzen im Pflegevorbehalt (siehe S. 48), wobei

die konkrete Abgrenzung ggf. im Einzelfall zu klären ist (Weidner 2019). Entsprechend ist es weder notwendig noch zweckmäßig, dass ein Arzt die Koordination und Leitung des übrigen Personals, das direkt mit der medizinischen Versorgung betraut ist (z. B. Triage, Fallmanagement, Hausbesuche mit individuellem Assessment der Versorgungssituation), selbst übernimmt. Hier kann eine qualifizierte Pflegekraft (CHN 3) zweckmäßig ihre Kompetenzen einbringen und die Aufgaben je nach Komplexitätsgrad supervidieren (z. B. bei Erbringung durch eine entsprechend weitergebildete MFA oder eine Pflegekraft ohne akademische Ausbildung) oder selbst ausführen. Zusammenfassend sei nochmals betont, dass unter dem Oberbegriff der CHN verschiedene Schwerpunktlegungen möglich sind, die entweder eine Tätigkeit am Patienten oder eine stärkere Public-Health-Orientierung mit sich bringen. Auch der Umfang und der Schwerpunkt der ausgeübten Managementfunktion trägt zur Differenzierung der Aufgabenprofile bei.

Soll die Vision des PORT-Gedankens im Alltag gelebt werden, berührt dies direkt die Frage nach den bereits mehrfach angesprochenen Rollenbildern sowie den existierenden formellen und informellen Regeln. Diese tradierten Strukturen zu überwinden und in ein echtes interprofessionelles Arbeiten auf Augenhöhe zu überführen, ist jedoch ein fort-dauernder Prozess, der mit der Gründung des PORT-Zentrums nicht abgeschlossen ist, sondern erst seinen Anfang nimmt. Dieser Prozess kostet Energie, Zeit und Ressourcen. Er muss zudem fort-dauernd aktiv gestaltet werden, da sonst schnell ein Rückfall in alte Muster erfolgt. Bei jeder Neueinstellung eines Mitarbeiters, der aus „klassischen“ Strukturen kommt, muss ein entsprechender Prozess begleitet werden. Um sicherzustellen, dass dieses Thema die entsprechende Aufmerksamkeit und auch die entsprechenden Ressourcen erhält, erscheint es sinnvoll, dass es derart prominent im Organigramm verankert wird. Kern ist, dass die Beteiligten der Gesamtorganisation mehr Verantwortung als in üblichen Strukturen bekommen.

Ähnliches gilt für das Qualitätsmanagement. Die Etablierung eines Qualitätsmanagement-Systems und die Einhaltung einschlägiger DIN- und ISO-Normen ist für Gesundheitsunternehmen gesetzliche Vorschrift bzw. dringend empfohlen. Die etablierten Modelle setzen aber auch hier am klassischen Praxisbetrieb an. Die Zielstellung eines PORT-Zentrums ist jedoch deutlich breiter (Abbildung 1) und erfordert eine kontinuierliche Evaluation und Anpassung des Konzepts (siehe auch Kapitel 6.2.12). Dies muss auf die Zielstellung des Qualitätsmanagements übertragen werden, was einen angemessenen Überblick und entsprechende Kompetenzen erfordert.

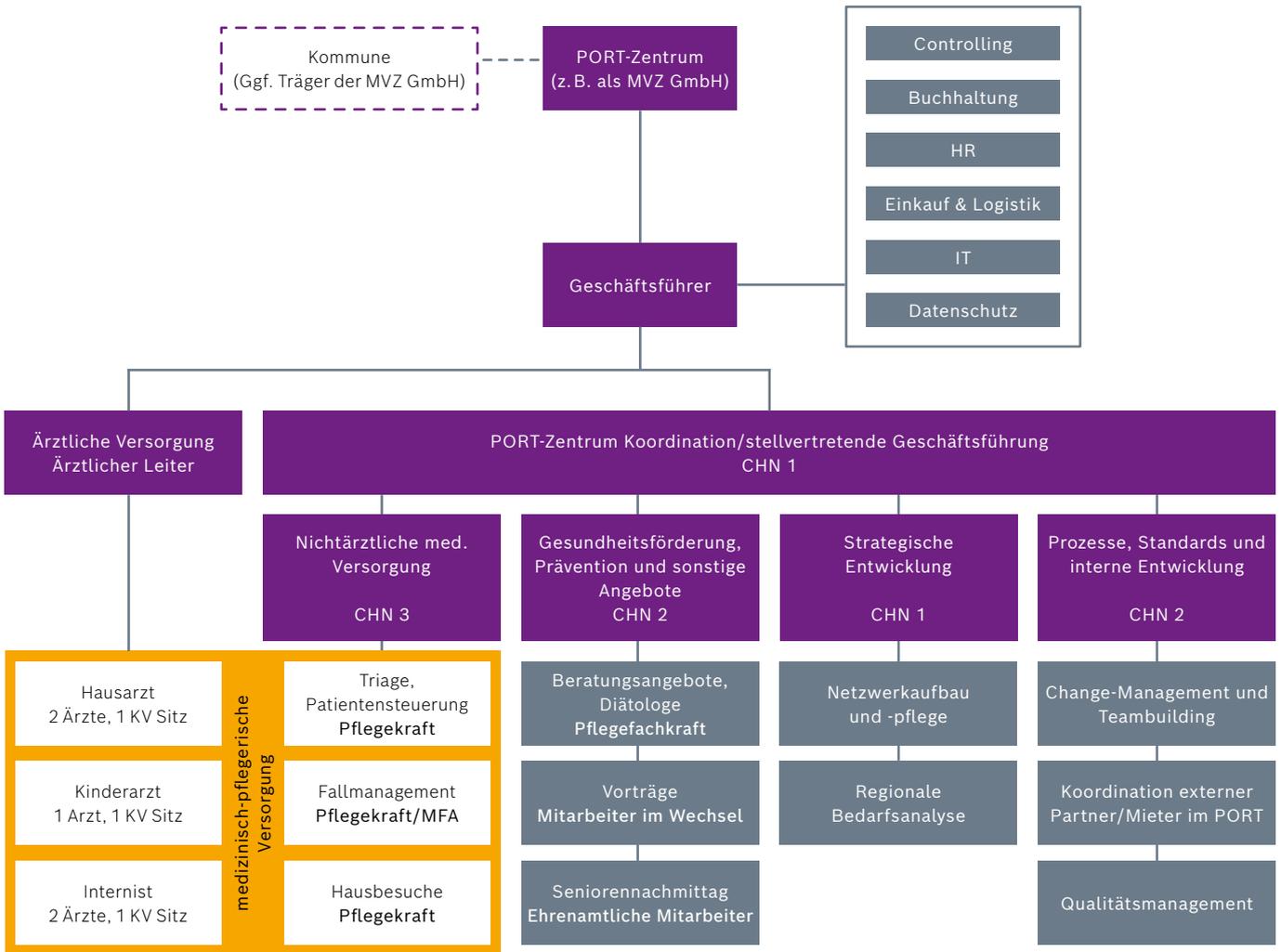


Abbildung 20: Exemplarisches Organigramm zur Verdeutlichung zentraler Herausforderungen

Quelle: Eigene Darstellung

5.4 Rolle der Kommune

Die Kommune wurde im vorangehenden Kapitel primär als potenzieller Eigentümer einer MVZ-GmbH oder einer geeigneten Immobilie thematisiert. Im Kontext der eng verwobenen Konzepte der Primärversorgung und des Community Health Nursing, ist der Begriff der Kommune jedoch deutlich weiter zu fassen. Wie Völkel und Weidner (2020, S. 319 – 320) betonen:

„Eine »Community« ist eine Gemeinschaft, eine Gruppe von Menschen, die ein gemeinsames Ziel verfolgen, gemeinsame Interessen pflegen, sich gemeinsamen Wertvorstellungen verpflichtet fühlen. Dies kann auch eine Gemeinde, eine Stadt oder ein Stadtteil sein. Zielgruppe des CHN-Prozesses können vielfältigen Formen von »Communities« sein, daher soll der umfassendere englische Begriff beibehalten werden.“

Wenn im Folgenden von der Kommune die Rede ist, schwingt entsprechend immer mit, dass die ggf. angesprochene Verwaltungseinheit auch eine Gemeinschaft der dort lebenden Bevölkerung darstellt, die als gleichwertiger Partner in den Prozess der Entwicklung, Umsetzung und Evaluation von Primärversorgungskonzepten mit einbezogen werden soll. Entsprechend naheliegend ist die zentrale Funktion, die Kommunen bei der Planung und Umsetzung eines PORT-Zentrums einnehmen, sofern sie nicht ohnehin die treibende Kraft darstellen. Doch selbst die Frage, wer „die Kommune“ im Sinne der politischen Verwaltungseinheit eigentlich ist, und wie sie sich am besten einbringen kann, ist hingegen nicht einfach zu beantworten.

Zu den Kommunen zählen in Deutschland Städte, Gemeinden, Landkreise und Bezirke. Nicht alle Bundesländer haben alle kommunalen Ebenen und die Größe der Gebietskörperschaften variiert sowohl geografisch als auch hinsichtlich der Einwohnerzahl erheblich. Hinzu kommen informelle oder zum Teil auch formell definierte Begriffe wie die des Quartiers. Insbesondere in ländlichen Regionen ist die kleinste Einheit der Gemeinde häufig zu klein, um eigene Kompetenzen für Fragen des Gesundheitswesens vorzuhalten, was bei Fachfragen für eine Orientierung hin zur nächstgrößeren

kommunalen Einheit spricht. Die Gemeinden haben jedoch oft die für ein PORT-Zentrum essenziellen Kenntnisse über die Bedarfe der Bevölkerung vor Ort sowie über die verfügbaren Angebote und Ansprechpartner. Auch diese Ebene sollte entsprechend von den Initiatoren eines PORT-Zentrums immer aktiv eingebunden werden.

In den letzten zehn Jahren gab es verstärkt Initiativen, die regionale Vernetzung der Kommune zu fördern, da die Bedarfe und Leistungsangebote häufig nicht an einer kommunalen Grenze enden. Entsprechend werden beispielsweise Gesundheitsregionen oder Kommunale Gesundheitskonferenzen eingerichtet (StMGP 2016; LGA Baden-Württemberg 2015). Hierdurch sind vielfach bereits wertvolle Vorarbeiten erfolgt, auf die aufgebaut werden kann. Eine dahingehende systematische Abfrage kann unnötige Doppelarbeit ersparen.

Um die Frage nach dem „Wie“ der Einbindung einer Kommune beantworten zu können, ist zunächst zu klären, was sich die Initiatoren des PORT-Zentrums von der Einbindung der Kommune erhoffen. Mögliche Ziele sind beispielsweise:

- Realisierung von Synergien im Handeln für das gemeinsame Ziel des Gemeinwohls und der Daseinsvorsorge
- Kenntnisse über die Bedarfe und Bedürfnisse der Bevölkerung
- eine enge Verknüpfung der Angebote mit dem Lebensumfeld der Patienten
- Know-how und/oder personelle Unterstützung durch den Öffentlichen Gesundheitsdienst bei der Bedarfsanalyse oder der Entwicklung von Angeboten im Bereich Prävention und Gesundheitsförderung
- Unterstützung bei der Vernetzung mit anderen Einrichtungen des Gesundheitswesens
- oder der Pflege, Vereinen, Unternehmen oder öffentlichen Einrichtungen, um die Bedarfe aller Generationen zu adressieren (vom Kindergarten bis hin zum Altenheim)
- Unterstützung zur Identifikation oder Bereitstellung einer geeigneten Immobilie
- Bereitstellung der MVZ-Gründereigenschaft

Die genaue Benennung der Ziele ist wichtig, um kritisch prüfen zu können, inwiefern die Kommune hierfür der zweckmäßige Ansprechpartner ist und in welcher Form – also z. B. als loser Kooperationspartner oder als Teilhaber an einer PORT-MVZ GmbH – die Einbindung erfolgen sollte. Neben den im Weiteren noch ausgeführten Stärken einer Kommune gibt es nämlich auch Nachteile zu bedenken. So sind Kommunen in ihren Aktivitäten weitgehend auf ihre eigene Gebietskörperschaft beschränkt. Dies kann ein Problem darstellen, wenn sich eine Kommune als Träger eines MVZ/PORT-Zentrums engagiert und außerhalb der eigenen Gebietskörperschaft eine Zweigstelle eröffnen oder sonstiger Geschäftstätigkeit nachgehen will.

Auch ergeben sich bei einem MVZ in öffentlicher Trägerschaft Implikationen für die Tarifbindung der Mitarbeiter. Dies ist nicht unerheblich, da die Vergütung von erbrachten Leistungen nach den i. d. R. deutlich niedrigeren Tarifen in nicht öffentlichen Arztpraxen und MVZ kalkuliert wird. Die höheren Personalkosten sowie umfangreicheren Verpflichtungen für die Altersvorsorge im öffentlichen Dienst sind in der erzielbaren Vergütung nicht abgebildet.

Eine wertvolle Ressource kann die Kommune jedoch auch ohne eine formelle Integration als Teilhaber sein. So ist die Unterstützung des Bürgermeisters und des Landrats von unschätzbarem Wert, auch wenn es um die Meinungsbildung bei verschiedenen anderen Interessengruppen geht (z. B. ansässige Ärzte, lokale Pflegedienste, Krankenhäuser). Ihre politische Vernetzung und Erfahrung können wichtige Türen öffnen und bei der Überzeugungsarbeit helfen. In dieser Funktion ist es im Zweifel auch nachrangig, inwiefern spezifische gesundheitssystembezogene Sachkompetenz vorhanden ist, auch wenn diese vieles erleichtert.

In der Vergangenheit war in den Kommunen die ambulante Gesundheitsversorgung kein Thema von besonderer Relevanz, weshalb hierzu häufig auch keine besonderen Kompetenzen benötigt wurden. Dies hat sich in den letzten Jahren jedoch in vielen Regionen durch den bereits vorhandenen bzw. sich abzeichnenden Ärzte- und Pflegekräftemangel deutlich verändert. Auch erhalten kommunale Mandatsträger sehr direkte Rückmeldungen von der Bevölkerung, wo Probleme bestehen. Sie können entsprechend auch bei der Bedarfsermittlung eine wichtige Rolle spielen.

Für im engeren Sinne medizinische oder epidemiologische Fragen bei der Ermittlung des Bedarfs und der Bewertung der vorhandenen Angebote kann der Öffentliche Gesundheitsdienst unterstützen oder unter Umständen sogar eigene Analysen durchführen. Er hat den Vorteil ein qua Definition neutraler Akteur zu sein, der allein seinen in den einschlägigen Gesetzen niedergeschriebenen Aufgaben verpflichtet ist. Der Öffentliche Gesundheitsdienst ist auf Landesebene uneinheitlich in entsprechenden Landesgesetzen geregelt. So sind in manchen Ländern die unteren Gesundheitsbehörden in Verantwortung des Landes, in anderen in Verantwortung der Kommune organisiert. Setzt man die Gemeinde synonym für die kleinste Einheit und den Landkreis synonym für die darüber liegende Gliedereinheit, zeigen sich bereits erste Unterschiede hinsichtlich der Verortung von Aufgaben. Der Öffentliche Gesundheitsdienst ist in der Regel allerdings auf Ebene des Landkreises verortet und firmiert meist als Gesundheitsamt.

Auch die Aufgabenbereiche weichen zwischen den Ländern zum Teil deutlich voneinander ab. Entsprechend sind die folgenden Ausführungen nicht allgemeingültig für alle Regionen, können jedoch zur Orientierung dienen.

So definiert beispielsweise das 2015 novellierte Gesetz über den öffentlichen Gesundheitsdienst in §1 Abs. 1 ÖGDG für Baden-Württemberg die folgenden vier Kernaufgaben:

- Gesundheitsplanung, Gesundheitsberichterstattung
- Gesundheitsförderung und Prävention
- Gesundheitshilfen für Kinder und Jugendliche, Erwachsene sowie besondere Personengruppen
- Gesundheitsschutz, insbesondere Infektionsschutz und Hygiene

Die ersten drei Punkte sind von unmittelbarer Relevanz für ein PORT-Zentrum: Bereits in der Planungsphase kann das Gesundheitsamt hierdurch wertvolle Unterstützung bei der Erfassung des Behandlungsbedarfs und der Analyse vorhandener Versorgungsstrukturen leisten. Auch für den weiteren Betrieb bleibt es ein zentraler Ansprechpartner. Unter Umständen kann es sich auch anbieten, bestimmte Leistungsangebote des Gesundheitsamtes in das PORT-Zentrum mit einzubeziehen.

Neben Unterstützung der inhaltlichen Ausgestaltung des PORT-Zentrums kann die Kommune auch einen wichtigen Beitrag bei der Suche nach einer geeigneten Immobilie leisten. Unter Umständen existieren auch von Seiten der Kommune schon anderweitig Überlegungen, z. B. im Zuge eines Gemeindeentwicklungsplans zur Erleichterung der Ansiedlung von gesundheitsrelevanten Akteuren. Auch besteht häufig Kontakt zu geeigneten Bauträgern. Unter Umständen befindet sich die Kommune auch im Besitz einer geeigneten Immobilie oder wäre bereit, hier als Käufer/Auftraggeber aufzutreten. In beiden Fällen könnte relativ sicher davon ausgegangen werden, dass die Zusammenstellung der Mieter auch der eigentlichen Zielvision entspricht. Aber die Option eines privaten Investors sollte hier nicht leichtfertig ausgeschlossen werden.

Kommunen – insb. bei angespannter Haushaltslage – haben nicht immer genügend freie Ressourcen, um entsprechend investieren zu können. Ihnen sind zudem beispielsweise durch das Vergaberecht strenge Vorgaben auferlegt, die zum Teil zu Verzögerungen und auch zu höheren Kosten in der Erstellung führen können. Auch haben einschlägig engagierte Investoren häufig bereits größere Vorkenntnisse, was zu bedenkende Spezifika für derartige Zweckbauten betrifft.

Nur im Einzelfall zu entscheiden ist letztlich auch die Frage, inwiefern sich die Kommune als (Mit-)Eigentümer eines MVZ engagieren sollte. Dass sie dies tun kann, war lange Zeit strittig, da beispielsweise gegenüber der KV eigentlich eine unbegrenzte – und damit mit dem Kommunalrecht nicht vereinbare – Bürgschaft für mögliche Regressforderungen erforderlich ist. Hierfür konnten zwischenzeitlich jedoch Lösungen gefunden werden.

Der in Kapitel 5 bereits angesprochene Vorzug, mit der Kommune einen „neutralen“ Träger des MVZ zu haben, ist mit diversen möglichen Herausforderungen abzuwägen. Die Kommune kann jedoch unter Umständen als temporärer Träger eines MVZ dazu beitragen, das Henne-Ei-Problem der Gründung zu durchbrechen. Oftmals zögern potenzielle Initiatoren – seien es Ärzte, Vertreter anderer Heilberufe oder sonstige geeignete Akteure –, den Aufwand der Gründung mit all seinen bürokratischen Hürden und der damit einhergehenden Unsicherheit auf sich zu nehmen. Insbesondere auch Personen am Beginn ihrer beruflichen Laufbahn schrecken hiervon oft zurück. Wurde aber die „Hülle“ des MVZ bereits etabliert, eben beispielsweise durch eine Kommune, ist die Bereitschaft oft deutlich höher, sich in dieser Einrichtung zu engagieren. Dies kann im Fall von Ärzten beispielsweise zunächst im Angestelltenverhältnis sein, könnte aber auch bedeuten, dass Ärzte(-netze) oder andere zugelassene Eigentümer die Kommune mittelfristig als Träger der Einrichtung ablösen.

Kommunen können jedoch auch auf andere Weise eingebunden werden. Ein Ansatzpunkt kann ein PORT e. V. sein, der auch das ehrenamtliche Engagement bildet. Das Ehrenamt bietet die Chance einer starken Vernetzung der Kommune mit dem PORT-Zentrum, wodurch die Bürger vermehrt in „ihrem“ PORT-Zentrum eingebunden werden können. Das PORT-Zentrum soll sich im Sinne der Primärversorgung ja gerade nicht ausschließlich auf die Erbringung klassischer medizinischer Leistungen beschränken, sondern auch mit Hilfe intensiver bürgerlicher Partizipation die sozialen Determinanten von Gesundheit adressieren. Es vernetzt sich dadurch nicht nur mit der Kommune, sondern wird Teil dieser. Eine enge Einbindung des in Vereinen organisierten ehrenamtlichen Engagements kann ferner helfen, vorhandene Ressourcen noch besser zu nutzen und neue Initiativen anzuregen.

Kommunen können Vereine bei entsprechender gemeinnütziger Ausrichtung durch Zuschüsse fördern oder beim Einwerben von Spenden unterstützen. Viele Kommunen haben auch eigene Beauftragte zur Koordination des Vereinslebens, die mit einbezogen werden können. Empfehlungen für die Organisation von Veranstaltungen, die Bereitstellung von Räumlichkeiten oder Informationen zu möglichen Förderprogrammen können einen unschätzbaren Wert haben. Eine Kommune kann auch Mitglied in einem Verein werden und entsprechend ihre Unterstützung öffentlichkeitswirksam dokumentieren.

Ein wichtiger Punkt für die Annahme eines PORT-Zentrums durch die Bürger ist die gute Erreichbarkeit. Hierzu gehört neben der Bereitstellung von Parkplätzen auch eine möglichst gute Anbindung an den ÖPNV. In beiden Fällen kann die Kommune unterstützen, ebenso wie bei der Etablierung eines möglicherweise nötigen Hol- und Bring-Dienstes, wenn die Lücken im ÖPNV insbesondere Ältere oder Kranke vor zu große Hürden stellen. Beispiele im zivilgesellschaftlichen Bereich zeigen auch Möglichkeiten auf, den Hol- und Bring-Dienst ehrenamtlich zu organisieren.

Bei allen funktional ausgerichteten Interaktionen darf jedoch nie aus den Augen verloren werden, dass die Vision der Primärversorgung erst dann Realität ist, wenn das PORT-Zentrum Teil der Gemeinde geworden, also tatsächlich in die Lebenswelt der Bevölkerung integriert ist. Dann ist das PORT-Zentrum ein Ort des lebendigen Gemeinwesens und trägt fundamental zur Daseinsfürsorge bei.

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass im Idealfall das PORT-Zentrum ein zentraler Dreh- und Angelpunkt der Kommune wird. Die Kommune ist für ein PORT-Zentrum jedoch ebenso ein unverzichtbarer Partner. Dies gilt für fachliche Unterstützung insbesondere durch den Öffentlichen Gesundheitsdienst (Gesundheitsämter) wie auch für finanzielle und strukturelle Unterstützung bis zur möglichen Trägerschaft eines MVZ durch eine Stadt oder eine Gemeinde. Nicht zu unterschätzen ist die Relevanz der vielen kleinen Hilfestellungen, die eine Kommune leisten kann. Oft sind die Vermittlung der richtigen Ansprechpartner und die Schaffung eines positiven Momentums wichtiger als ein fester Euro-Betrag, der nur einmal ausgegeben werden kann.

6

Vernetzung

6.1 Grundlagen

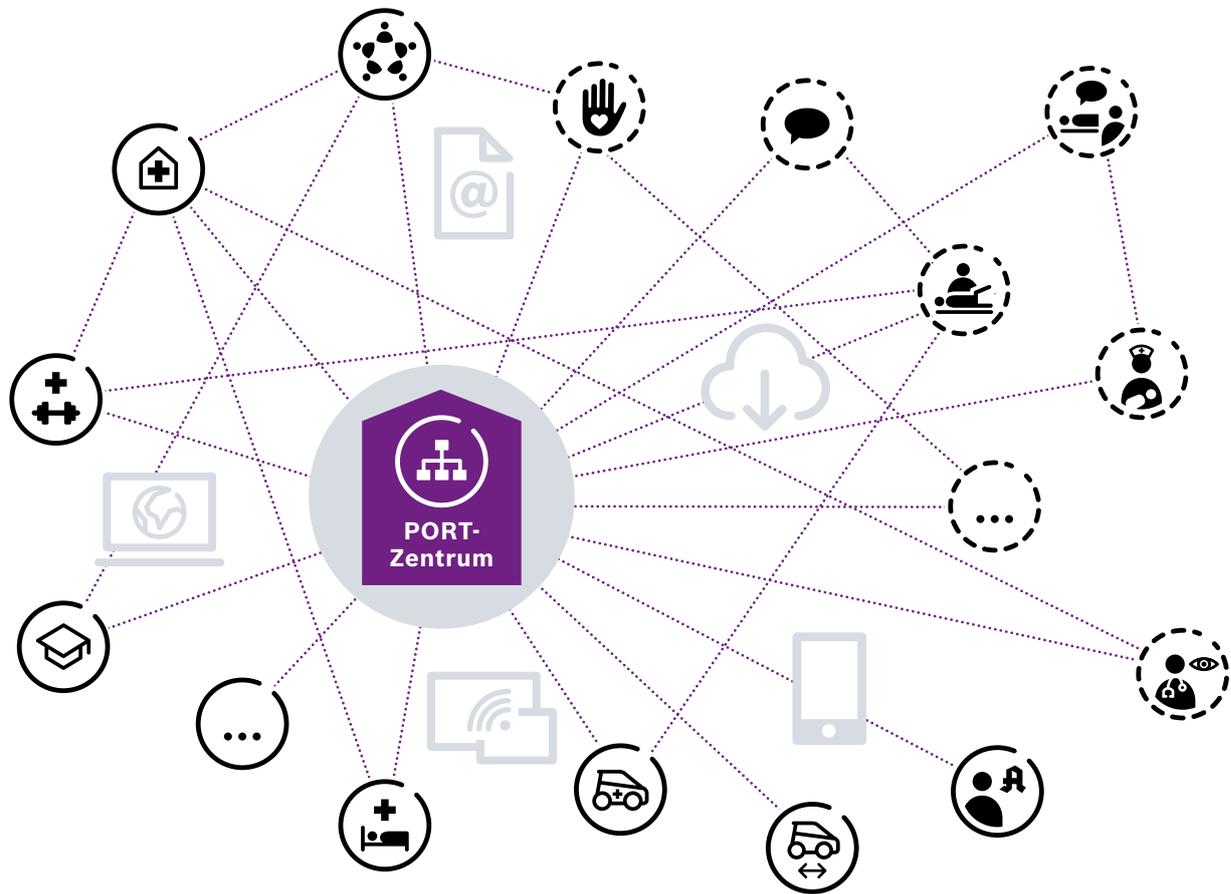
Der Anspruch, die Versorgung einer ganzen Population einschließlich der umfassenden Betreuung von chronisch Kranken zu koordinieren, bringt komplexe Herausforderungen mit sich, da die Integration verschiedenster Leistungen aus unterschiedlichen medizinischen und nichtmedizinischen Bereichen erforderlich ist. Es müssen patientenindividuelle Leistungsangebote zusammengestellt, operativ umgesetzt, evaluiert und wieder angepasst werden. Ziel ist, die Erkrankung im häuslichen Umfeld zu stabilisieren, im Bedarfsfall akute Ereignisse zu behandeln und anschließend eine Wiederherstellung zu erreichen (Klapper 2017). Wie in der exemplarischen Patient Journey aufgezeigt, kann das mit einem Krankenhausaufenthalt und weiteren Unterstützungsbedarfen einhergehen. Die Übergänge zwischen den verschiedenen Sektoren, also zwischen ambulanter Versorgung, Krankenhausaufenthalten und der Versorgung in Pflege- und Reha-Einrichtungen, müssen gestaltet und koordiniert werden. Dabei können in den verschiedenen Versorgungsphasen wechselnde Professionen im Vordergrund stehen. Gesundheitsbezogenen Problemen und Bedarfen kann somit nicht von einzelnen Akteuren, sondern nur gemeinsam und sektorenübergreifend begegnet werden (StMGP 2016).



Netzwerkpartner können systematisch in die Entwicklung und Implementierung von Behandlungspfaden miteinbezogen werden. Die Pfade implizieren letztlich die Etablierung leitlinienkonformer Versorgung nach aktuellem Stand der Wissenschaft und definieren Prozesse und Entscheidungsregeln. Sind nicht nur die im PORT-Zentrum ansässigen Akteure beteiligt, erhöht dies die Chancen auf eine möglichst reibungslose Versorgung im ganzen Behandlungsverlauf.

Die umfassende Primär- und Langzeitversorgung aus einer Hand im PORT-Zentrum gelingt auch deshalb, weil viele der an der Versorgung Beteiligten in räumlicher Nähe zusammenarbeiten. Dennoch kann das PORT-Zentrum – wie aus den vorangegangenen Kapiteln hervorgegangen – nicht alle benötigten Strukturen selbst vorhalten. Folglich ist das PORT-Zentrum nicht als alleiniger Versorger für die Menschen einer Region zu verstehen. Es ist aber der zentrale Ansprechpartner, der aufgrund seiner lokalen Expertise für die Koordination der Versorgungskette unabdingbar ist. Damit eine Versorgung auch über die Grenzen des PORT-Zentrums hinweg gelingen kann, ist die Vernetzung nach außen, d. h. mit Akteuren weiterer Sektoren zwingend erforderlich.

Da das PORT-Zentrum selbst in der Primärversorgung verortet ist, sind zur Abbildung des vollständigen Versorgungskontinuums Vernetzungspartner aus dem (akut-)stationären Sektor wie Krankenhäuser und Rehabilitationseinrichtungen sowie fachärztliche Versorger naturgemäß von besonderer Bedeutung (Abbildung 21). Darüber hinaus ist vor dem Hintergrund des ganzheitlichen Ansatzes des PORT-Zentrums im Sinne des Einflusses von sozialen Determinanten, Gesundheitsförderung und Prävention auf den Gesundheitszustand auch eine Vernetzung zu nichtmedizinischen Akteuren und hinein in die Kommune entscheidend. Als weitere Erfolgsfaktoren gelten die externe Unterstützung durch andere Politikfelder, Krankenkassen, KVen sowie die sektorenübergreifende Beteiligung und gute Kooperation aller relevanten Akteure (Müller et al. 2016). Hinsichtlich aller Vernetzungspartner gilt es, Beziehungen aufzubauen und sie langfristig zu pflegen – etwa durch regelmäßige Treffen und stetigen Kontakt. Diese Aufgabe ist sowohl organisatorisch mit Personalkapazität zu hinterlegen (vgl. Kapitel 5.3) als auch aufgrund der damit einhergehenden Kosten (vgl. Kapitel 7) in der Wirtschaftsplanung zu berücksichtigen.



○ Je nach Bedarf und Verfügbarkeit kann Akteur entweder direkt im PORT-Zentrum etabliert sein oder als Netzwerkpartner auftreten

○ Akteur tritt in der Regel als Netzwerkpartner auf

- | | | | | | |
|---|-------------|---|----------------|---|----------------------|
|  | Krankenhaus |  | Physiotherapie |  | HoL- und Bringdienst |
|  | Kommune |  | Hebamme |  | Ambulante Pflege |
|  | Ehrenamt |  | Weiteres |  | Stationäre Pflege |
|  | Logopädie |  | Facharzt |  | Universität |
|  | Psychologe |  | Apotheker |  | Rehabilitation |

Abbildung 21: Schematische Struktur relevanter Netzwerkpartner eines PORT-Zentrums

Quelle: Eigene Darstellung

Eine professions- und sektorenübergreifende Zusammenarbeit erfordert geeignete Kommunikations- und Koordinationsstrukturen. Dies trifft auf ländliche Gebiete mit großen räumlichen Distanzen und möglicherweise ohnehin knappen Versorgungsangeboten ebenso zu wie auf urbane Räume mit höherer Versorgungsdichte.

Ziel der Vernetzung ist es, neben der Verbesserung der Versorgungsqualität eine Minimierung von Problemen an den Schnittstellen zu anderen relevanten Akteuren außerhalb des PORT-Zentrums zu erreichen. Um die Dimensionen der Vernetzung zu realisieren, können die sich im Rahmen des technologischen Fortschrittes aufzeigenden (neuen) Potenziale wie telemedizinische Anwendungen genutzt werden. So meint Vernetzung nicht nur den Zusammenschluss verschiedener Akteure, sondern auch die Ausgestaltung einer entsprechenden (digitalen) Infrastruktur, sodass Informationsflüsse sowohl innerhalb des PORT-Zentrums als auch mit externen Versorgern sichergestellt werden können.

Dabei kommt dem Datenschutz und der Datensicherheit eine besondere Bedeutung zu, da Gesundheitsdaten besonders sensibel und folglich umfassend zu schützen sind (BMWi 2018). Dies trifft nicht nur auf digitale Anwendungen zu, bei denen personenbezogene medizinische Daten erhoben und übertragen werden, sondern ebenso auf analoge Formen der Vernetzung. Aus der damit einhergehenden Gesetzgebung folgt die Notwendigkeit zur Erstellung eines umfangreichen Datenschutzkonzeptes für das PORT-Zentrum und seine vernetzten Partner. Beispielsweise ist zu eruieren, welche Patientendaten mit welcher – ggf. rollengebundenen – Zugriffsberechtigung einseh- oder veränderbar sind. Da die Erstellung und Etablierung eines Datenschutzkonzeptes recht komplex – aber keinesfalls undurchdringbar – ist, soll an dieser Stelle lediglich auf dessen Notwendigkeit hingewiesen, nicht aber inhaltlich konkretisiert werden.¹³

6.2 Identifizierung und Charakterisierung von Vernetzungspartnern

Aufgrund des avisierten Populations- und Regionsbezugs eines PORT-Zentrums kann kein pauschal gültiges Benennen von relevanten Vernetzungspartnern erfolgen. Vielmehr können für die einzelnen PORT-Zentren und -Regionen unterschiedliche externe Partner von Bedeutung sein. Dazu kann zunächst auf die Ergebnisse der Bedarfsanalyse zurückgegriffen werden: Welche Strukturen sind für die bedarfsgerechte Versorgung notwendig, können aber durch das PORT-Zentrum nicht selbst erbracht werden oder passen nicht in das Profil eines Primärversorgers? Die Konkretisierung relevanter Vernetzungspartner kann dann anhand der für die identifizierten primären Zielgruppen erstellten Patient Journey erfolgen. An welcher Stelle wurden darin Interaktionen mit externen Akteuren beschrieben, weil diese für die Versorgung notwendig sind? Mit welchen Partnern kommt es zu einem Austausch von Informationen? Von welchem Umfang und welcher Regelmäßigkeit ist bei den jeweiligen Kooperationen auszugehen? Welchen Stellenwert nehmen diese in der multiprofessionellen Versorgung ein? Welche (infrastrukturellen) Voraussetzungen und Bedingungen sind an die Leistungserbringung jeweils geknüpft? All jene Fragen können helfen, wichtige Vernetzungspartner und Kooperationsformen zu erkennen und zu beschreiben. Folgend wird für verschiedene Akteure aufgezeigt, inwiefern eine Vernetzung mit diesen notwendig sein kann, welche Informations- und Koordinationsbedarfe bestehen und welche Informationsflüsse sichergestellt werden müssen.

6.2.1 Ambulant tätige Fachärzte

Das PORT-Zentrum selbst leistet zwingend eine allgemeinmedizinische, d. h. hausärztliche Versorgung. Darüber hinaus können Fachärzte verschiedener Disziplinen – wenn auch möglicherweise nur stunden- oder tageweise – im PORT-Zentrum vertreten sein, sofern es die Konzeption des Zentrums vorsieht. Das vollständige Spektrum der fachärztlichen Versorgung – darunter Augen-, Haut-, Kinderärzte, Chirurgen, Orthopäden, Urologen, Kinder- und Jugendpsychiater – wird ein PORT-Zentrum in aller Regel nicht leisten können. Um dennoch eine umfängliche medizinische Versorgung sicherstellen zu können, bedarf es der Kooperation mit Fachärzten. Dies gilt insbesondere auch, weil die mangelnde Partizipation von Ärzten als wesentliche Barriere hinsichtlich der Etablierung eines neuen Versorgungsmodells – wie es das PORT-Modell ist – erkannt wurde (Müller et al. 2016). Gerade komplexere Krankheitsfälle

¹³ Für weiterführende Informationen siehe beispielsweise Jäschke 2016.

können oft nur gemeinsam, d. h. unter Einbeziehung verschiedener Disziplinen gelöst werden. So bedarf es unter Umständen der Beteiligung mehrerer fachärztlicher Disziplinen, die dann beispielsweise in Form von interprofessionellen Fallkonferenzen hinzugezogen werden. Auch muss der Informationsfluss über Diagnose, vorgenommene Untersuchungen, deren Ergebnisse sowie Empfehlungen für die Therapie (Arztbrief) sichergestellt sein.

6.2.2 Krankenhäuser und Rehabilitationseinrichtungen

Werden Aufenthalte in einem Krankenhaus und/oder einer Rehabilitationseinrichtung notwendig, sind diese nicht immer (langfristig) planbar. Häufig sind es vielmehr akute Ereignisse, die eine solche stationäre Versorgung erfordern. Um im Anschluss an einen stationären Aufenthalt eine kontinuierliche, also stabile Versorgung des PORT-Patienten auch kurzfristig sicherzustellen, müssen die Übergänge zwischen diesen verschiedenen Sektoren gestaltet werden. Häufig betrifft dies die Überleitung aus dem Krankenhaus in eine Rehabilitationsklinik, in eine Pflegeeinrichtung oder zurück in die Häuslichkeit des PORT-Patienten. Dabei ist die frühzeitige ambulant-ärztliche Nachsorge sicherzustellen, aber auch die rechtzeitige Einbindung eines ambulanten Pflege- bzw. Krankenpflegedienstes sowie die Abstimmung der Medikamentenversorgung.

Dies adressiert die Notwendigkeit der kooperativen Zusammenarbeit und ist zugleich eng verzahnt mit dem Anspruch eines PORT-Zentrums, Versorgung aus einer Hand zu leisten. Dafür kann sowohl aus den PORT-eigenen Versorgungsstrukturen geschöpft als auch auf vorhandene Vernetzungspartner zurückgegriffen werden. Durch ein gutes Entlassmanagement können eine optimale Anschlussversorgung erreicht und zudem weitere Krankenhausaufenthalte vermieden werden. Das Zusammenwirken des PORT-Zentrums mit der stationären Einrichtung muss also bereits während des stationären Aufenthaltes des Patienten erfolgen und kann beispielsweise in Form von Fallkonferenzen und – analog zu anderen Vernetzungsbereichen – durch Sicherstellung entsprechender Informationsflüsse geschehen.

Dabei ist zu beachten, dass die Verantwortung für das Entlassmanagement qua Gesetz auf Seiten der Krankenhäuser liegt. Dies ist bei der Anbahnung und Planung einer optimalen Ausgestaltung wichtig, auch um auf der Krankenhausseite nicht den Eindruck zu erwecken, dass hier in fremde Kompetenzbereiche „hineinregiert“ werden soll. Insgesamt ist bei den Krankenhäusern ein erhebliches Eigeninteresse

vorhanden, das Entlassmanagement auch unter Mitwirkung externer Partner zu optimieren. So sorgen bereits die Vergütungsstruktur der Krankenhäuser und das Prüfverfahren des Medizinischen Dienstes der Krankenkassen (MDK) dafür, dass Krankenhäuser bestrebt sind, Patienten zum frühestmöglichen geeigneten Zeitpunkt zu entlassen. Dies ist jedoch nur machbar, wenn eine entsprechende, der Situation und Verfassung des Patienten angemessene häusliche oder anderweitige Unterbringung gesichert ist. Dies zu ermöglichen kann wiederum durch die Strukturen des PORT-Zentrums optimal unterstützt werden, sodass perspektivisch auch die Verantwortung für das Entlassmanagement dort angesiedelt werden könnte.

6.2.3 Kommune

Das PORT-Zentrum soll integraler Bestandteil des kommunalen Lebens sein. Dies impliziert, dass neben der engen Abstimmung mit der kommunalen Verwaltung und ihren Einrichtungen wie Jugend-, Sozial- oder Gesundheitsämtern auch eine intensive Vernetzung mit den einschlägigen Einrichtungen in kommunaler Trägerschaft stattfinden soll. Hierzu gehören Betreuungseinrichtungen für Kinder, Senioren und Behinderte ebenso wie Schulen oder Kulturinstitutionen. Insbesondere zu Themen der Gesundheitsförderung und der Prävention können diese sich einbringen und durch das PORT-Zentrum Unterstützung erfahren. Eine zentrale Chance liegt darin, über diese Institutionen quer durch alle soziodemografischen Gruppen Kontakte mit Bürgern herzustellen und diese für die verschiedenen Themen zu sensibilisieren sowie ihre Bedarfe zu erfahren. Die in diesen Einrichtungen Tätigen können als Multiplikatoren dienen und umgekehrt wertvolle Einsichten für die Planung und Entwicklung des PORT-Zentrums liefern.

Auch wenn die Sicherstellung der ambulanten medizinischen Versorgung Aufgabe der KVen ist (§§ 72 ff. SGB V), sehen sich Kommunen „zunehmend mit der Notwendigkeit konfrontiert, eine aktivere Rolle bei der Planung und Umsetzung von Lösungen zur Sicherung der Gesundheitsversorgung in ihrer Region einzunehmen“ (Müller et al. 2018, S. 58) und die (gesundheitsbezogene) Daseinsvorsorge in ihrer ganzen Breite zu gestalten. Eine initiale kommunale Verankerung des PORT-Zentrums kann so bereits entstehen, wenn Impulse zur Etablierung eines PORT-Zentrums direkt von der Kommune ausgehen. Dies kann der Fall sein, wenn sich (prospektiv) Versorgungsdefizite in der hausärztlichen Grundversorgung abzeichnen und ein entsprechender Bedarf an (neuen) Primärversorgungsmodellen durch die Kommune erkannt und adressiert wird (siehe

hierzu auch Kapitel 5.4). Weitere Ansatzpunkte zur Notwendigkeit und Sinnhaftigkeit einer kommunalen Vernetzung ergeben sich durch Schnittmengen des PORT-Zentrums mit Verantwortungsbereichen und Aufgaben des Öffentlichen Gesundheitsdienstes. Darüber hinaus bieten die in den vergangenen Jahren vielerorts etablierten kommunalen und regionalen Gesundheitskonferenzen zusätzliche Ansatzpunkte zur kommunalen Vernetzung. In diesen Gremien arbeiten Vertreter unterschiedlicher für den gesundheitlichen Bereich relevanter Gruppierungen und Institutionen zusammen. Diese dienen als Plattform zur Planung und Gestaltung der regionalen Strukturen der Gesundheitsversorgung (z. B. in den Handlungsfeldern Gesundheitsförderung, Prävention, medizinische Versorgung, Pflege und Rehabilitation) und bieten die Möglichkeit, Politik sektorenübergreifend und unter Beteiligung der Bürger zu gestalten (Hollederer 2015; Brand und Michelsen 2012).

Trotz des gezeichneten Idealtypus zur kommunalen Vernetzung bleibt festzustellen, dass strukturelle Voraussetzungen, personelle Kompetenzen und Motivationen zwischen den einzelnen Kommunen und deren politischen Vertretern sehr heterogen verteilt sein können. Für die Strategie des einzelnen PORT-Zentrums folgt daraus, dass die kommunale Kooperation einzufordern ist, wobei Art, Umfang und die konkrete Ausgestaltung im Einzelfall kritisch zu prüfen und abzuwägen sind.

6.2.4 Wohlfahrtsverbände

Die Freie Wohlfahrtspflege ist ein Sammelbegriff für die äußerst umfassenden Aktivitäten einschlägiger Verbände und Organisationen. Hierzu gehören beispielsweise das Deutsche Rote Kreuz bzw. seine Landesorganisationen, der Paritätische Wohlfahrtsverband, die Arbeiterwohlfahrt, kirchliche Träger wie die Diakonie oder die Caritas, die Malteser oder der Arbeiter-Samariter-Bund. Sie sind in nahezu allen Bereichen des deutschen Sozialstaats aktiv und Träger entsprechender Einrichtungen. Je nach Region variiert die Präsenz der einzelnen Verbände zum Teil erheblich. Für ein PORT-Zentrum sind einerseits die Verbände selbst mit ihrer Expertise, andererseits die von ihnen betriebenen Einrichtungen wertvolle Partner.

6.2.5 Nichtärztliche Gesundheitsberufe

Neben (haus-)ärztlicher Expertise sind für eine umfassende Primärversorgung insbesondere auch Kompetenzen außerhalb des ärztlichen Spektrums notwendig. Folglich kann es vielerorts sinnvoll sein, einzelne solcher Akteure z. B. als Mieter direkt im PORT-Zentrum zu lokalisieren. Könnte für die örtliche Integration kein (zusätzlicher) Bedarf ermittelt werden oder liegen andere Gründe gegen eine direkte Verankerung im PORT-Zentrum vor, ist eine enge Abstimmung mit Gesundheitsberufen wie Physio- und Ergotherapeuten, Logopäden, Psychotherapeuten oder ggf. auch Hebammen sinnvoll.

6.2.6 Apotheken und Sanitätshäuser

Gerade bei älteren Patienten ist die parallele Einnahme verschiedener Medikamente eine große Herausforderung, die nur durch ein enges Zusammenspiel von Apotheken und verordnenden Ärzten erfolgreich bewältigt werden kann. Durch ihre qualifizierten Beratungsleistungen stellen sie für Patienten eine wichtige Anlaufstelle dar. Ähnlich ist die Situation bei Sanitätshäusern. Das Angebot an Heil- und Hilfsmitteln wird einerseits immer umfassender, andererseits ist es äußerst komplex, über die zahlreichen Optionen und heterogenen Erstattungsregeln den Überblick zu behalten. Für Patienten ist die schnelle Verfügbarkeit geeigneter Heil- und Hilfsmittel von besonderer Bedeutung.

6.2.7 Pflegeangebote

Die Vernetzungsrelevanz gilt gleichermaßen für ambulante oder stationäre Pflegedienste und für Wohngruppen, Hospize oder Sozialstationen oder auch Pflegestützpunkte. Ein Pflegestützpunkt kann als Auskunft- und Beratungsstelle rund um das Thema Pflege zur umfassenden Versorgung im PORT-Zentrum beitragen. Ambulante Pflegedienste übernehmen pflegerische Aufgaben, bieten Betreuungsleistungen und helfen bei der Haushaltsführung. Relevant sind auch vorübergehende Bedarfe, etwa nach einer Krankenhausentlassung. Auch wenn in manchen Fällen derartige Einrichtungen zentrale Gründungsmitglieder eines PORT-Zentrums sein können, ist eine Einbindung als externer Partner in den meisten Fällen der pragmatische erste Schritt.

6.2.8 Beratende Angebote

Um den Anspruch der Gesunderhaltung erfüllen zu können und die sozialen Determinanten von Gesundheit zu adressieren, bedarf es eines breitgefächerten Angebotspektrums beratender und sozialer Dienste, mit denen das PORT-Zentrum zusammenarbeiten kann. Hierzu zählen insbesondere niederschwellige Beratungsangebote beispielsweise für Familien in Fragen der Kindererziehung, Beratung von Schwangeren oder zum Thema Sucht. Auch sozialpsychiatrische Dienste sind in diesem Kontext zu nennen. Viele Fachgesellschaften oder Vereine betreiben ferner eigene Beratungsstellen für bestimmte Krankheitsbilder. Zu den bekanntesten gehören die psychosozialen Krebsberatungsstellen der Landesektionen der Deutschen Krebsgesellschaft (Deutsche Krebsgesellschaft 2020). Diese als Vereine organisierten Gesellschaften sind oftmals auf günstig mietbare und gut angebundene Räumlichkeiten angewiesen, sodass sich hier mit einem PORT-Zentrum Synergien realisieren ließen.

6.2.9 Sonstige unterstützende Angebote

Auch Anbieter unterstützender Dienste – egal ob kommerziell oder in öffentlicher oder freigemeinnütziger Trägerschaft – sollten im Netzwerk eines PORT-Zentrums vertreten sein, da diese häufig wesentlich zur selbstbestimmten Alltagsgestaltung von Patienten bzw. zum selbstständigen Wohnen in der eigenen Häuslichkeit beitragen können. Die Selbstbestimmtheit versteht sich als wichtiger Teil der Gesundheit, den es zu bewahren gilt. Zu den unterstützenden Anbietern gehören hauswirtschaftliche Dienste, Hol- und Bring-Dienste, Essen auf Rädern oder Wohnberatung.

6.2.10 Krankenkassen

Es empfiehlt sich, mit Krankenkassen, die in der Region stark vertreten sind, einen engen Kontakt aufzubauen – in vielen Fällen sind es die Allgemeinen Ortskrankenkassen (AOK) zusammen mit einer kleinen Zahl von Ersatz- und Betriebskrankenkassen, die den größten Teil der Versicherten einer Region abdecken. Krankenkassen engagieren sich seit einigen Jahren zunehmend im Bereich Prävention und Gesundheitsförderung und stellen häufig auch Fördermittel für Projekte beispielsweise zur regionalen Bedarfsermittlung zur Verfügung. Ferner wenden sich viele Versicherte mit Beschwerden und Sorgen an die örtlich vertretenen Krankenkassen, sodass diese häufig einen sehr guten Überblick über Stärken und Schwächen der Versorgungssituation haben.

6.2.11 Ehrenamtliches Engagement und Vereine

Gesundheit als gesamtgesellschaftliche Aufgabe lebt davon, dass Einrichtungen wie PORT-Zentren nicht nur als professionelle Dienstleister, sondern auch als Teil des kommunalen Lebens verstanden werden, in das sich jeder Bürger einbringen kann und soll. Ehrenamtliches Engagement kann einen wesentlichen Beitrag zu diesem Bewusstseinswandel leisten. Hierzu muss das PORT-Zentrum auch Möglichkeiten schaffen und entsprechende Unterstützung anbieten. Neben den dadurch neu erschließbaren Ressourcen, die aus der Gemeinde für die Gemeinde konkrete Hilfe und Unterstützung liefern, verdeutlicht es, dass auch soziales Engagement zu einer gesunden Lebenswelt beiträgt.

Eine wichtige Brücke zu existierenden ehrenamtlichen Strukturen können Vereine bilden. Egal ob Sport-, Freizeit- oder Gesellschaftsvereine – sie alle können elementare Beiträge zur Primärversorgung einer Kommune leisten. Vereine können bei der Entwicklung qualitätsgesicherter und bedarfsgerechter Angebote im Bereich der Gesundheitsförderung und Prävention durch das PORT-Zentrum unterstützt werden. Umgekehrt kann über sie ein direkter Kontakt zur Bevölkerung mit ihren gesundheitsbezogenen Bedürfnissen hergestellt werden.

6.2.12 Hochschulen und Forschungseinrichtungen

Exzellente Qualität und Offenheit für Innovationen in der medizinisch-pflegerischen Versorgung sind zentrale Werte eines PORT-Zentrums. Entsprechend sind eine kontinuierliche Evaluation sowie Weiterentwicklung notwendig, beispielsweise im Sinne bekannter Plan-Do-Study-Act-Modelle (ACT o.J.; Hensen 2019).¹⁴ Kooperationen mit Forschungseinrichtungen können eine wissenschaftliche Begleitung bzw. Umsetzung dieser Aufgaben ermöglichen. Dies beginnt bereits bei der Bedarfsanalyse, die methodisch sauber umgesetzt werden muss, um belastbare Ergebnisse zu erhalten. Als Partner bieten sich Institute oder Hochschulen an, die über einschlägige Kompetenzen in den Bereichen Pflegewissenschaft, Public Health, Gesundheits- und Sozialwissenschaften, Versorgungsforschung oder Gesundheitsökonomie verfügen.

¹⁴ Siehe hierzu auch den in Völkel und Weidner 2020 beschriebenen CHN-Prozess.

Da der Prozess der Weiterentwicklung fort dauert, sind möglichst langfristige Partnerschaften sinnvoll. Hierfür kann es sich auch lohnen, einen wissenschaftlichen Beirat oder andere Formen der Einbindung (z. B. über einen Verein) zu schaffen, die auch losgelöst von konkreten Forschungsprojekten den Kontakt sichern. Die Praxis zeigt, dass bestehende Kontakte die Hürden zur Etablierung von kleinen Projekten (z. B. in Form von Abschlussarbeiten von Studierenden) wie von großen Forschungsprogrammen (z. B. mehrjährig angelegte Forschungsprojekte mit Forschungsgeldern von Ministerien oder Stiftungen) reduziert. Wissenschaftliche Begleitung und Evaluation führen ferner dazu, dass das in PORT-Projekten generierte Wissen über entsprechende Publikationen Verbreitung findet.

Gerade weil das Konzept der Primärversorgung in Deutschland noch nicht etabliert ist, hilft der so geschaffene Qualitätsnachweis auch beim Überzeugen zentraler Stakeholder. Ohne wissenschaftlich fundierte Evidenz ist es im deutschen Gesundheitswesen zunehmend schwierig, Akzeptanz für neue Ansätze zu gewinnen und Zuschüsse zu erhalten.

6.2.13 Abschließende Hinweise

Die genannten Vernetzungspartner sind lediglich exemplarisch zu verstehen. Aufbauend auf der Bedarfsanalyse und den konkreten regionalen Gegebenheiten sind relevante Vernetzungspartner zu definieren, denen eine besondere Aufmerksamkeit im Sinne des Netzwerkaufbaus und der Netzwerkpflge zukommen soll. Es muss jedoch stets sichergestellt sein, dass im Zuge der Kooperationen keine wettbewerbs- oder strafrechtlich relevanten Tatbestände generiert werden, indem beispielsweise Patienten von Ärzten exklusiv auf bestimmte Netzwerkpartner hingewiesen werden (siehe hierzu auch Kapitel 7).

6.3 Digitalisierung

6.3.1 Instrument der Vernetzung

Herausforderungen wie die steigende Anzahl chronisch Kranker und älterer Menschen, die häufig komplexe Versorgungsbedarfe mit sich bringen, treffen auf eine Zeit, in der zunehmend (digitale) Technologien mit Potenzial zur Verfügung stehen, die Gesundheitsversorgung der Patienten im PORT-Zentrum optimal zu gestalten (Klapper 2017). Gerade das bereits mehrfach angesprochene Zusammenwirken verschiedenster interner und externer Akteure erzeugt einen hohen Kommunikationsbedarf, der sinnvoll digital unterstützt werden kann. Auch die Zusammenführung von dezentral in einer Region verfügbaren Kompetenzen lässt sich hierdurch darstellen (Krüger-Brand 2013).

Damit eine patientenorientierte und zugleich sektorenübergreifende Versorgung im PORT-Zentrum gelingen kann, ist es folglich sinnvoll, diese mit einer entsprechenden digitalen Infrastruktur zu unterstützen. Grundlegend ist dabei zwischen folgenden Anwendungen zu unterscheiden: 1.) Anwendungen, bei denen patientenbezogene Daten elektronisch mit dem Ziel übertragen und verarbeitet werden, Kommunikations- und Versorgungsprozesse zu unterstützen, und 2.) Anwendungen, bei denen Untersuchungs- und Behandlungsmethoden im engeren Sinne erbracht werden (GKV-Spitzenverband 2016; Budysh et al. 2013).

6.3.1.1 Anwendungen zur Unterstützung von Kommunikations- und Versorgungsprozessen

Das multiprofessionelle sowie sektorenübergreifende – und somit komplexe – Versorgungsgeschehen erfordert vielfältige Kommunikations- und Koordinationsprozesse zwischen den innerhalb und außerhalb des PORT-Zentrums an der Versorgung Beteiligten. Dies kann mithilfe von digitalen Anwendungen vereinfacht werden und transparenter dargestellt werden (Braeseke et al. 2017). Ein zentrales Element ist die elektronische Patientenakte (ePA), zu der alle relevanten Berufsgruppen – versehen mit einem entsprechenden Rechtemanagement – den notwendigen Zugang bekommen sollten. Diese ePA kann Stammdaten des PORT-Patienten wie auch Informationen über Befunde, Diagnosen, Therapiemaßnahmen, Behandlungsberichte oder Maßnahmen zur Gesundheitsförderung enthalten. Ziele sind eine sektorenübergreifende Dokumentation und der ortsunabhängige Datenzugriff (GKV-Spitzenverband 2016; gematik o.J.). Die ePA dient außerdem als Grundlage für das multiprofessionelle und somit sektorenübergreifende Versorgungsmanagement bei dem jeweiligen Patientenfall und

kann darüber hinaus beispielsweise als System-Grundlage für indikationsbezogene Patienten-Apps (z. B. für Depression oder Diabetes mellitus) genutzt werden (Euro-Informationen o.J.).

Eine Verbesserung bzw. Erleichterung von Kommunikation und Informationsaustausch kann beispielsweise auch mithilfe des elektronischen Arztbriefes oder der elektronischen Pflegedokumentation erreicht werden, indem relevante Informationen zur Versorgung der Patienten ohne Verzögerung zwischen PORT Zentrum und kooperierenden Ärzten bzw. Pflegediensten übertragen werden. Eine elektronische Medikationsplanung ermöglicht dies zwischen PORT-Zentrum und kooperierender Apotheke. Mithilfe eines Telekonsils kann der Austausch bzw. die Beratung zwischen verschiedenen Professionen über Diagnose und/oder die Behandlung eines PORT-Patienten unter Nutzung audiovisueller Kommunikationsmittel erfolgen. Mittels solcher Videokonferenzen können Fallbesprechungen über Standorte hinweg durchgeführt werden und so beispielsweise bei der Entlassung bzw. Überleitung aus dem Krankenhaus eingesetzt werden. Außerdem können Bilder zur Befundung elektronisch an (ärztliche) Experten übermittelt werden (GKV-Spitzenverband 2016).

6.3.1.2 Anwendungen als neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden

Im Kontext der PORT-Zentren können auch telemedizinische Anwendungen, die neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden darstellen, relevant sein. Diese können insbesondere die Vernetzung mit den PORT-Patienten selbst erleichtern. Ein Beispiel ist das Telemonitoring. Dabei werden Vitalparameter, z. B. der Blutdruck des Patienten in dessen häuslicher Umgebung, überwacht. Entsprechende Daten können kontinuierlich an das PORT-Zentrum übertragen werden, sodass bei Auffälligkeiten eine entsprechende Intervention erfolgen kann. So kann ein verbessertes Monitoring insbesondere von chronisch Erkrankten als potenziell relevante Zielgruppe der PORT-Zentren erreicht werden. Darüber hinaus sind Telekonsultationen mit ärztlichem Gespräch, Beratung und/oder Therapieempfehlung – beispielsweise in Form einer Video-Sprechstunde – denkbar und relevant.

Telemedizinische Anwendungen wie die Optimierung von Kommunikation und Kooperation, die verbesserte Überwachung von (chronisch kranken) Patienten und die Befundstellung aus der Distanz sind geeignet, um auch größere räumliche Entfernungen zwischen PORT-Zentrum, ärztlichen und nichtärztlichen Akteuren und dem Patienten zu überbrücken. So kann auch die Versorgungssituation in ländlichen Regionen verbessert werden, auch weil infrastrukturelle Nachteile wie das reduzierte Angebot an ÖPNV oder eine geringere Ärztedichte teilweise ausgeglichen werden können (GKV-Spitzenverband 2016).

6.3.2 Telematikinfrastuktur

Damit digitale Anwendungen zum Einsatz kommen können, ist eine leistungsfähige und sichere technische Infrastruktur notwendig (Brauns und Loos 2015). Der Gesetzgeber hat in den letzten Jahren hierzu wichtige Grundlagen geschaffen. Spätestens seit dem 30. Juni 2019 sind alle Praxen verpflichtet, an die sogenannte Telematikinfrastuktur (TI) angeschlossen zu sein, welche die Vernetzung aller Akteure im Gesundheitswesen erleichtern soll (KBV 2019). Die technische Ausstattung zur Nutzung der TI im PORT-Zentrum setzt verschiedene Komponenten und Dienste voraus. Zu nennen sind beispielsweise Konnektoren, E-Health-Kartenterminals und Praxisverwaltungssysteme. Neben den entsprechenden Komponenten an Hard- und Software braucht es einen leistungsfähigen VPN-Zugangsdienst und Internetanschluss. Insbesondere in ländlichen Gebieten, wo digitale Lösungen der Gesundheitsversorgung besonders großen Nutzen hätten, sind entsprechende digitale Voraussetzungen vielerorts nicht gegeben (Rösler et al. 2018). Hier gilt es, dies zu prüfen und ggf. nötige Voraussetzungen zu schaffen. Auch hier sei erneut auf die besondere Schutzbedürftigkeit insbesondere von Gesundheitsdaten, die im Rahmen telemedizinischer Anwendungen erhoben und übertragen werden, hingewiesen. Es müssen in diesem Kontext höchste Anforderungen an Datenschutz und Datensicherheit gestellt werden (BÄK und KBV 2018), die es im Datenschutzkonzept gesondert zu adressieren gilt.

6.3.3 Vorgehen

Wichtig ist es, übliche Fehler bei der Implementierung digitaler Lösungen zu vermeiden. So sollte nicht vorschnell ein spezifisches Produkt erworben werden. Vielmehr muss in einem ersten Schritt die Zielstellung definiert werden, um in einem zweiten Schritt die Prozesse, die möglicherweise digitalisiert werden sollen, zu optimieren. Erst wenn die Prozesse sauber und effizient gestaltet sind, lassen sie sich sinnvoll digital unterstützen. Sowohl eine Analyse der Patient Journey als auch der spezifischen Behandlungspfade können hier wertvolle Hinweise darauf geben, wer zu welchem Zeitpunkt in welcher Funktion an einem bestimmten Prozess beteiligt ist und welche Funktionen und Informationen entsprechend verfügbar sein müssen. Auch die Vernetzbarkeit mit den digitalen Lösungen der Netzwerkpartner muss dabei beachtet werden. Auswahl und Erwerb einer geeigneten Software sollten erst nach sorgfältiger Prüfung dieser Aspekte erfolgen. Ferner darf der Aufwand für eine umfassende initiale und wiederkehrende Schulung aller Nutzer nicht unterschätzt werden.

6.4 Fazit

Es zeigt sich, dass eine umfassende Primärversorgung im PORT-Zentrum nur dann realisiert werden kann, wenn es gelingt, die Patientenversorgung über die Gebäudegrenzen hinweg zu koordinieren und gleichwohl alle relevanten Informationen zu systematisieren und zu bündeln. Versorgungsprozesse können effizient und zugleich in einer hohen Qualität erbracht werden, wenn auf verschiedenste Akteure des etablierten Versorgungsnetzwerkes zurückgegriffen werden kann bzw. eine abgestimmte und gemeinschaftliche Behandlung erfolgt.

Zur langfristigen Aufrechterhaltung des Versorgungsnetzwerkes ist eine erhebliche Netzwerkpfege nötig. Zugleich bedarf es einer regelmäßigen Überprüfung auf etwaige Netzwerklücken, die es im Bedarfsfall durch entsprechende weitere Akteure zu befüllen gilt.

Vernetzung betrifft Menschen und muss deshalb in vielerlei Hinsicht „analog“, also im persönlichen Kontakt angebahnt und gepflegt werden. Die sinnvolle Einbindung digitaler Lösungen bietet jedoch zunehmend Möglichkeiten, Versorgung zu gestalten, die Versorgungsqualität zu steigern und die Kommunikation zwischen Leistungserbringern innerhalb und außerhalb des PORT-Zentrums wie auch mit Patienten zu verbessern.

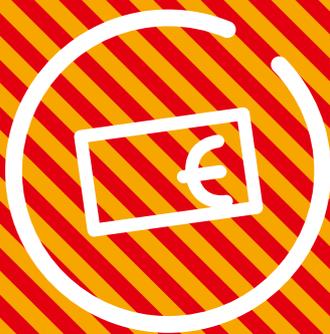
7

Kosten und Vergütung

Ein PORT-Zentrum muss als wirtschaftliches Unternehmen langfristig überlebensfähig sein, damit es einen Beitrag zur Versorgung leisten kann. Hierzu reicht es nicht, eine schwarze Null zu schreiben, da jede Unternehmung für ihren Fortbestand investieren muss, selbst wenn es sich nur um den Substanzerhalt handelt. Die Voraussetzung hierfür ist – auch bei gemeinnützig orientierten Unternehmungen – dass sie einen Gewinn erwirtschaften, der entsprechend wieder verwendet werden kann.

Um ein klareres Bild von den wirtschaftlichen Herausforderungen und Chancen eines PORT-Zentrums zu erhalten, soll im Folgenden näher auf die Kosten und Erlöse eingegangen werden, die zu berücksichtigen bzw. realisierbar sind. Hierzu ist zunächst die wirtschaftliche Einheit zu definieren. Wie in Kapitel 5 ausgeführt, sind hier verschiedene Varianten denkbar. Für die folgenden Überlegungen wird ein PORT-Zentrum angenommen, dem eine MVZ-GmbH mit angestellten Ärzten und einer Kommune als Eigentümer zugrunde liegt. Das PORT-Zentrum ist Mieter in einer Immobilie, die weitere Mitglieder des PORT-Zentrums nutzen.

Im Weiteren ist zwischen der Aufbauphase und dem laufenden Betrieb zu differenzieren. Der Aufbau eines PORT-Zentrums beginnt mit den ersten Überlegungen interessierter oder gewünschter Stakeholder. Einen Endpunkt zu definieren ist deutlich schwieriger, da zwischen der Aufnahme erster Leistungsangebote und dem Erreichen des im ersten Schritt angestrebten Ausbauniveaus viele Monate liegen können. Die im Folgenden unter Investitionen subsummierten Posten dürften zu einem großen Teil allerdings schon vor der Aufnahme der ersten Leistungsangebote notwendig werden.¹⁵



¹⁵ Siehe hierzu auch den in Völkel und Weidner 2020 beschriebenen CHN-Prozess.

7.1 Investitionen

Bevor die Gründung einer PORT-MVZ GmbH erfolgen kann, ist zunächst ein umfassender **Planungsprozess** zu durchlaufen, für den ein entsprechender zeitlicher Aufwand zu berücksichtigen ist. Dieser ergibt sich aus einem Aufwand des Netzwerks, um überhaupt alle relevanten Akteure zusammenzuführen, und aus einem Aufwand der Bedarfsanalyse und Wissensgenerierung sowie der Konzeptualisierung.

Es braucht bereits für diese Phase einen Verantwortlichen („Kümmerer“), der die Koordination und Sicherstellung der Umsetzung dieser Aufgaben als seine Aufgabe wahrnimmt. Dies mag trivial erscheinen, stellt jedoch eine reale Hürde für die Initiierung derartiger Projekte dar. Der entsprechende zeitliche Aufwand wird häufig übersehen oder unterschätzt, da er nicht explizit bepreist wird, insbesondere wenn jemand hierfür Freizeit oder potenziell anrechenbare Arbeitszeit aufbringt. Dieser Aufwand ist jedoch eine relevante und nicht unerhebliche Investition und sollte mit entsprechender Wertschätzung versehen werden. Dies gilt umso mehr, da keine Garantie besteht, dass am Ende eines möglicherweise über ein bis zwei Jahre laufenden Prozesses das Projekt auch tatsächlich realisiert werden kann. Viele potenzielle Projekte scheitern bereits an diesem Punkt oder versanden mit der Zeit.

Dabei stellt diese Herausforderung jedoch in keiner Weise eine unüberwindbare Hürde dar. Oft finden sich engagierte und motivierte Personen, die dies zu „ihrem“ Projekt machen. Es ist aber wichtig, sich vorab im Klaren zu sein, dass über einen möglicherweise nicht unerheblichen Zeitraum von ein bis zwei Jahren zeitliche Ressourcen in dieses Projekt zu investieren sind und der Prozess auch nach formaler Gründung noch nicht abgeschlossen ist. Die Bildung eines engen Kernteams mit klarer Aufgabenteilung erweist sich hier in der Regel als hilfreich. Überzeugung und Durchhaltevermögen sind in diesem Stadium jedoch unabdingbar, da die Arbeitsergebnisse dieser Phase einen starken Gemeingutcharakter haben. Viele können in einem späteren Stadium von den Vorarbeiten profitieren, ohne sich initial eingebracht zu haben. Daher spricht vieles für ein starkes kommunales Engagement, um die damit einhergehenden Anreizprobleme zu überwinden.

Der beschriebene zeitliche Aufwand lässt sich zudem zwar nicht komplett vermeiden, kann jedoch reduziert werden, indem gezielt **professionelle Hilfe** in Anspruch genommen wird. Prinzipiell könnte der komplette Aufbauprozess in die Hände eines Dienstleisters vergeben werden. Es wäre jedoch die Frage zu klären, wer die hierfür entstehenden Kosten trägt.

Dennoch kann es sich lohnen, zumindest an zentralen Punkten und besser in einem frühen als in einem zu späten Stadium externe Kompetenz zu nutzen, um unter Umständen viel teurere Planungsfehler und unnötige Verzögerungen zu vermeiden. Hinsichtlich der grundsätzlichen Fragen nach Bedarf und Angebot von Gesundheitsleistungen sollte zwingend auf die Kommunen zugegangen werden, da diese hierzu auch über die Gesundheitsämter Unterstützung bereitstellen können. Die Kommunen können ferner bei der Identifikation und Vernetzung relevanter Kooperationspartner einen wichtigen Beitrag leisten.

Für Bedarfsanalyse und Konzeptualisierung können auch Fördermittel beantragt werden, sei es aus Quartierfonds, Mitteln für Prävention und Gesundheitsförderung der Krankenkassen, Kommunalen Gesundheitskonferenzen oder Programmen für Gesundheitsregionen sowie sonstigen Initiativen der Bundesländer (StMGP o.J.; Landesgesundheitsamt Baden-Württemberg o.J.). Kommt es zu strukturellen Veränderungen der Versorgung, die auch den stationären Sektor betreffen, können möglicherweise auch über den Krankenhausstrukturfonds Fördermittel akquiriert werden. Bestehen in Regionen grundsätzliche Strukturprobleme, führt dies meist zur Bereitstellung weiterer Mittel durch die Landesministerien. Hier lohnt es sich, auch abseits der offensichtlich zuständigen Ministerien für Gesundheit und Soziales, beispielsweise im Bereich der Wirtschaftsministerien oder Wissenschaftsministerien, Optionen auszuloten. Zudem fördern regional tätige Stiftungen häufig thematisch breit, solange eine Relevanz für die Situation vor Ort dargelegt werden kann. Überregionale Stiftungen haben zumeist inhaltliche Schwerpunkte, die auf ihre Eignung zu prüfen sind. Bei all diesen Optionen ist jedoch eine formale Antragstellung notwendig, die wiederum zeitliche Ressourcen bindet. Auch stehen bei erfolgreicher Beantragung die Mittel nicht zwingend umgehend zur Verfügung, sodass mit entsprechend langfristigem Planungshorizont vorgegangen werden muss.

Bei weiterem Fortschreiten des Planungsprozesses geht es verstärkt um die konkrete Umsetzung des Konzeptes. Für die im Weiteren beteiligten Akteure – die künftigen Teilhaber der Gesellschaft und beteiligte Leistungserbringer – werden vermehrt wirtschaftliche und juristische Fragen relevant, die ganz konkret sie betreffen. Es entsteht zwingender Beratungsbedarf in den folgenden Bereichen:

- Steuerberatung
- Juristische Beratung
 - KV-Recht (Zulassungen, Abrechnung etc.)
 - Körperschaftsrecht für GmbH
 - Arzthaftungsrecht
 - Vertragsgestaltung mit den nicht im MVZ organisierten Partnern
- Allgemeines Vertragsrecht
- Vermeidung strafrechtlicher Tatbestände in der Kooperation (z. B. Verbot von Kickbacks)
- Gründungsberatung für MVZ
- Praxis-/Bauplanung
- Konzeptionierung bzw. Anpassung von Behandlungspfaden

Gerade auch die **juristischen Fragestellungen** sind nicht erst seit dem Gesetz zur Bekämpfung von Korruption im Gesundheitswesen im Jahr 2016 von elementarer Bedeutung, um nicht unwissentlich Strukturen zu schaffen, die möglicherweise strafrechtlich zu belangen sind (KBV 2016; KVB 2017). Dies beginnt bereits bei wechselseitigen Zuweisungen von Patienten und wird nochmals deutlich verschärft, wenn finanzielle Verbindungen bestehen. In der Bewertung ist es beispielsweise auch relevant, ob die Partner innerhalb oder außerhalb des MVZ angesiedelt sind. Ein weiterer kritischer Punkt ist die Delegation und Substitution ärztlicher Tätigkeiten an Pflegekräfte. Auch hier gilt: Die Fragen sind nicht trivial, aber durchaus lösbar, da sie in entsprechenden Konstellationen regelmäßig auftreten.

Die Beratungskosten für die Umsetzung des Konzepts sind in der Regel überwiegend von den späteren Gesellschaftern zu tragen, die letztlich über den Betrieb des PORT-Zentrums ihre Investitionen amortisieren müssen. Anders als die Fallpauschale im System der Diagnosis Related Groups (dt: diagnosebezogene Fallgruppen) für die Vergütung von Krankenhausleistungen, die lediglich die Betriebskosten abdeckt, sind in der Vergütung für ambulante Leistungen auch Investitionskosten berücksichtigt (Ehrhardt 2018; Schlüchtermann 2016).

Wird unterstellt, dass das PORT-Zentrum Mieter einer Immobilie ist, entfallen Investitionskosten für ein Gebäude. Es fallen jedoch die üblichen Kosten für die Erstausrüstung einer Gesundheitseinrichtung an, die von Büromöbeln über die Medizintechnik bis zur digitalen Infrastruktur alles abdeckt. Zur Orientierung können hier Beträge dienen, die für die **Erstausrüstung** einer Arztpraxis zu erwarten sind (Tabelle 3). Dabei muss bedacht werden, dass die Kosten in Abhängigkeit der jeweiligen Praxiserfordernisse variieren, etwa durch Faktoren des Leistungsumfangs oder der Patienten- und Mitarbeiteranzahl. Zudem sind Preissteigerungen möglich.

Praxisbereich	Ausstattung, u. a.	Kalkulierte Mindestkosten inkl. Einbau
Empfangsbereich	Empfangsbereich inkl. Empfangstheke	10.000 €
Ruhe- und Wartebereich	Sitzmöbel, Dekoration	3.500 €
Medizintechnik (je nach Leistungsspektrum)	Röntgen Ultraschall-Gerät EKG-Gerät Behandlungsstuhl Instrumentenaufbereitung	50.000 € 10.000 € 1.000 € 1.500 € 3.500 €
Labor und Sterilisation (je nach Praxiserfordernissen)		individuell
Beleuchtung	Lampen und Beleuchtungsmittel	500 €
Mitarbeiteraum	Pausenraum mit Sitzmöbeln	1.000 €

Preise zzgl. gesetzliche MwSt.

Tabelle 3: Überblick über die Kosten der Erstausrüstung einer Arztpraxis

Quelle: Darstellung in Anlehnung an Medizinio o.J.

Hinzu kommen Ausstattungen für Räume, die benötigt werden, um Leistungen anzubieten, die über das Leistungsspektrum einer normalen Arztpraxis hinausgehen. Dies betrifft insbesondere Räumlichkeiten für Kurse, Informationsveranstaltungen etc., sofern diese auch im PORT-Zentrum selbst angeboten werden sollen (Abbildung 22).



Abbildung 22: Zusammensetzung von klassischen und PORT-spezifischen Investitionskosten

Quelle: Eigene Darstellung

Aus den Besonderheiten des Zulassungsrechtes bei Ärzten ergibt sich, dass – auch wenn Arztsitze als solche nicht gekauft werden können – beim Übergang eines Arztsitzes von einem Arzt auf ein MVZ eine entsprechende Ausgleichszahlung zu erwarten ist. In Regionen, in denen kein Nachfolger für eine Praxis gefunden werden kann, kann der Arztsitz für den innehabenden Arzt zwar nahezu wertlos sein, in attraktiven Ballungsraumlagen sind jedoch sechsstellige Beträge keine Seltenheit.

Einordnung der Investitionskosten

Mag an dieser Stelle der Eindruck entstehen, dass die Gründung eines PORT-Zentrums sehr teuer und damit möglicherweise mit hohen wirtschaftlichen Risiken einhergeht, so ist dies zu relativieren. Bis auf wenige Punkte wie einen zusätzlichen Bedarf für die Ausstattung von Schulungsräumen oder Räumen für zusätzliches Personal handelt es sich ausschließlich um Kosten, die auch bei der Planung und Gründung einer „normalen“ Gemeinschaftspraxis oder eines „normalen“ MVZ anfallen würden. Bei entsprechend sauberer Planung ist das **wirtschaftliche Risiko** für derartige Vorhaben relativ gering, da durch die gesicherten Einnahmen aus dem KV-System sowie gegenüber der PKV abrechenbaren Leistungen eine stabile Refinanzierung sichergestellt ist, welche erlaubt, Investitionskosten eines „klassischen“ MVZ zu amortisieren. Die PORT-spezifischen Investitionskosten (z. B. Bedarfsanalyse, erhöhter Koordinationsaufwand) sind dabei überschaubar und generieren keine wiederkehrenden Zahlungsverpflichtungen. Dies gilt insbesondere auch für die als eigenständige wirtschaftliche Einheiten im PORT-Zentrum tätigen Partner, da diese entsprechend auch ihre Investitionskosten selbst zu kalkulieren und zu refinanzieren haben.

7.2 Laufender Betrieb

Entsprechend ist auch bei der Betrachtung der Kosten und Erlöse des laufenden Betriebs zu differenzieren, welche der Kosten der wirtschaftlichen Kerneinheit des PORT-Zentrums zuzurechnen sind und welche außerhalb z. B. bei den eingemieteten Leistungserbringern, anfallen (Abbildung 23). In der wirtschaftlichen Betrachtung sind zunächst nur Erstere von Relevanz.

Sofern Kosten innerhalb des PORT-Zentrums entstehen (z. B. für Reinigung und Heizung eines gemeinsam genutzten Vortragsraumes), Erlöse aber außerhalb anfallen (z. B. Teilnahmegebühren für einen im Vortragsraum abgehaltenen Workshop), muss über eine Leistungsverrechnung nachgedacht werden. Dies gilt auch umgekehrt, wenn durch Partner im PORT-Zentrum Tätigkeiten übernommen werden, die bei diesem Partner Kosten verursachen, aber nur im MVZ abgerechnet werden können. Diese Verrechnungsthemen sind erfahrungsgemäß nur für einen kleinen Teil des Umsatzes relevant, erfordern aber insbesondere auch wegen der damit einhergehenden juristischen Fragen (s. o.) eine besondere Aufmerksamkeit.

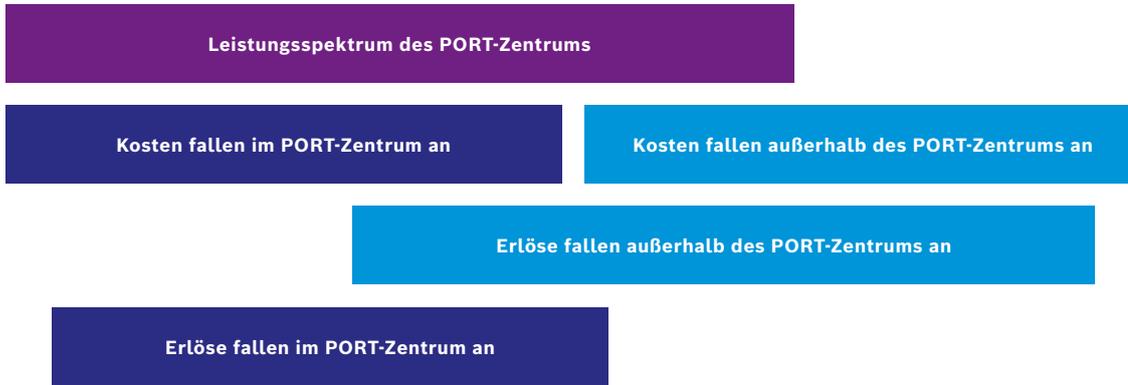


Abbildung 23: Zusammenhang von Leistungen, Kosten und Erlösen

Quelle: Eigene Darstellung

Der größte Kostenblock eines PORT-Zentrums besteht aus Personalkosten, häufig gefolgt von Ausgaben für Miete, Mietnebenkosten (Energie, Wasser etc.) und IT inkl. Software (Tabelle 4). Der Materialaufwand kann je nach medizinischer Ausrichtung erheblich schwanken.

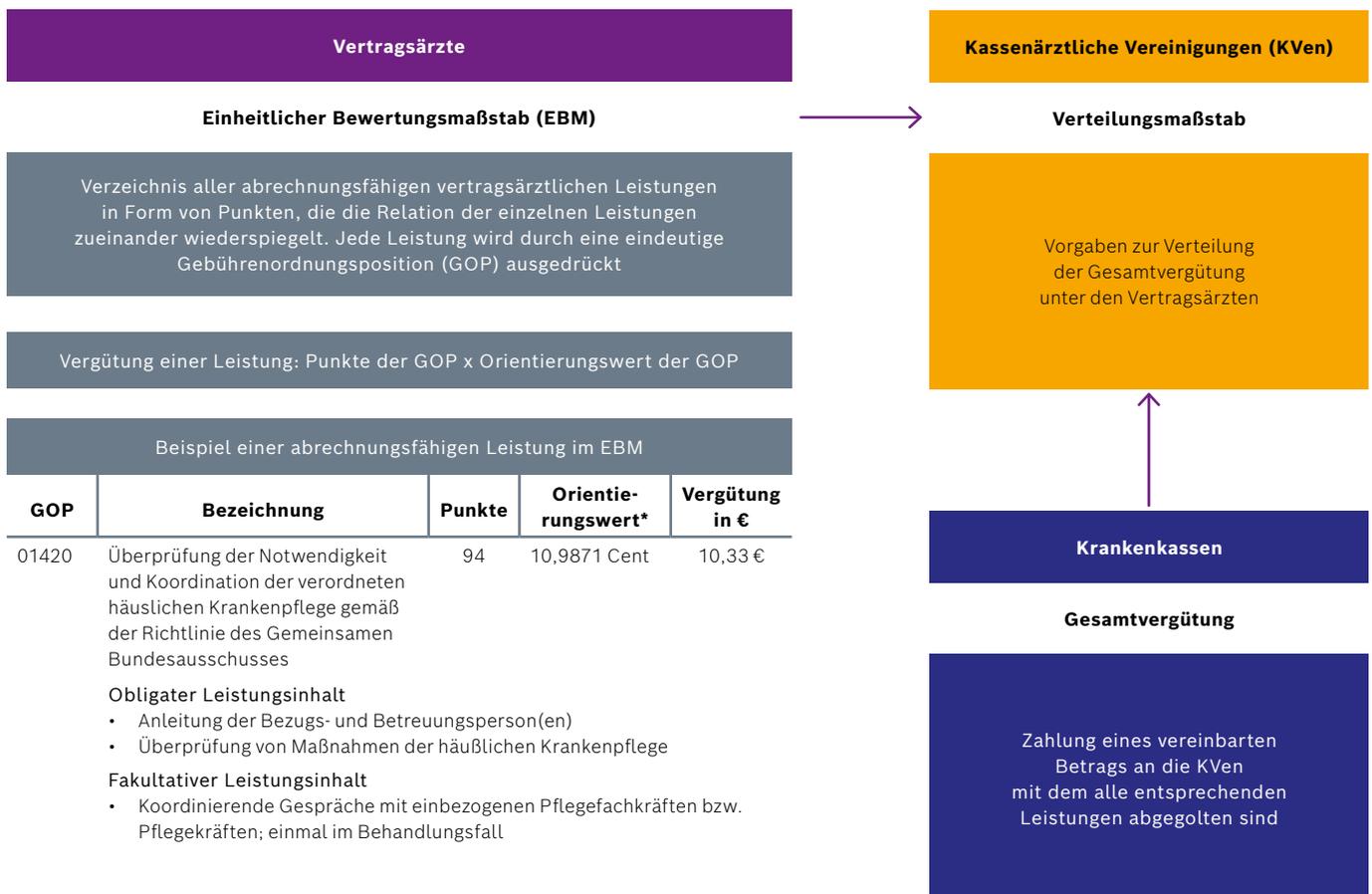
GuV	
Soll	Haben
Personalaufwand	Operative Erträge
Materialaufwand	Erlöse aus ambulanten Leistungen GKV (Kollektivvertrag)
IT- und Telekommunikationskosten inkl. Lizenzen für Software	Erlöse aus ambulanten Leistungen PKV
Versicherungskosten	Erlöse aus § 140a SGB V
Miete	Erlöse aus § 63 SGB V
Energie, Wasser, Brennstoffe	Erlöse aus § 73b SGB V
Instandhaltung, Wartung	Erlöse aus Innovationsfonds
Abschreibungen	Erlöse aus Wahlleistungen wie IGeL
Sonstige betriebl. Aufwendungen (inkl. Zinsen/Steuern/Abgaben)	Erlöse aus Pfl ege t ä t i g k e i t e n (S G B X I)
	Erträge aus Förderungen
	Erträge aus Vermietung
	Sonstige betriebliche Erträge
Summe	Summe

Tabelle 4: Vereinfachte Tabellarisierung einer Gewinn- und Verlust-Rechnung

Quelle: Eigene Darstellung

Will man den Kosten nun Erlöse gegenüberstellen, ist zu differenzieren, durch welche Leistungen die jeweiligen Kosten ausgelöst werden. Zu unterscheiden ist hier zunächst zwischen Kosten für Leistungen, die zum Leistungsumfang der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) gehören, und solchen, für die kein Anspruch auf Vergütung besteht. Anspruch besteht insbesondere für die Vergütung aller kollektivvertraglich geregelten Leistungen, zu denen entsprechend zugelassene Ärzte oder Vertreter anderer Heilberufe eigenständig oder ggf. auf Verordnung befugt sind.

Für ärztliche Leistung ergibt sich eine abschließende Auflistung aller abrechenbaren Leistungen über die Gebührenordnung. Abbildung 24 zeichnet den dahinterliegenden Prozess exemplarisch nach.



*Orientierungswert für das Jahr 2020; wird jährlich angepasst

Abbildung 24: Zentrale Elemente der Vergütungssystematik in der vertragsärztlichen Versorgung

Quelle: KBV 2020, Eigene Darstellung

Angebote beispielsweise im Bereich der Physiotherapie oder Logopädie fallen in den Bereich der Heilmittel und sind nur über die GKV abrechenbar, wenn eine entsprechende ärztliche Verordnung vorliegt. Die Heilmittelrichtlinie des G-BA in Kombination mit dem Heilmittelkatalog sowie den mit den Kostenträgern kollektiv vereinbarten Preislisten ergibt auch hier eine abschließende Liste exakt definierter Leistungsumfänge sowie deren Vergütung. Erlöse werden insbesondere in der Gründungsphase eines PORT-Zentrums in erster Linie durch abrechenbare Leistungen nach dem SGB V sowie der Gebührenordnung für Ärzte für die medizinische Versorgung von GKV-Patienten und von Patienten der privaten Krankenversicherung (PKV) erzielt. Die Zielvision des PORT-Zentrums greift allerdings deutlich weiter und betrifft beispielsweise auch Leistungen im Bereich der Pflege (SGB XI) oder Angebote im Bereich Frühe Hilfen (SGB VIII) sowie diverse weitere Leistungen, die sinnvollerweise im Kontext einer Primär- und Langzeitversorgung erbracht werden sollten. Auch für diese Leistungsbereiche gilt, dass zwischen Leistungen, die in den einschlägigen Gesetzen und Verordnungen als zu vergüten hinterlegt sind, und solchen, für die das nicht der Fall ist, unterschieden werden muss (Abbildung 25).

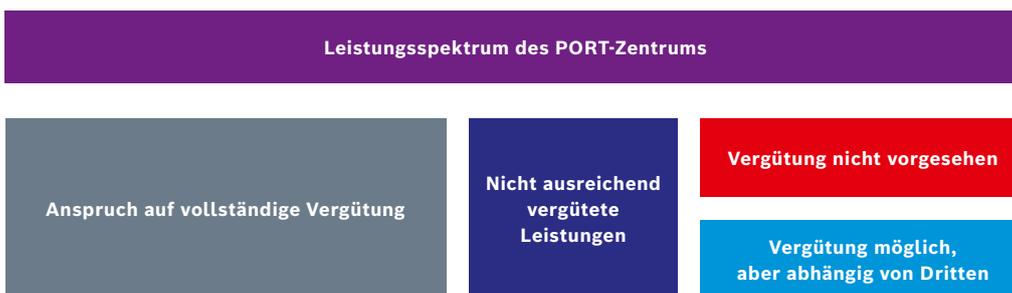


Abbildung 25: Leistungen und Vergütungsanspruch

Quelle: Eigene Darstellung

Im Folgenden wird aus Gründen der Übersichtlichkeit nicht weiter auf die Spezifika dieser nichtärztlichen Leistungsbereiche eingegangen, zumal unterstellt werden kann, dass diese häufig als Partner eingebunden, aber zumindest im ersten Schritt nicht zwingend in die wirtschaftliche Kerneinheit integriert werden.

Als problematisch erweist sich, dass das SGB V keine Vergütung für „ambulante Leistungen“ per se kennt, sondern beispielsweise im § 87b SGB V explizit die Vergütung der Ärzte bzw. die Vergütung für die vertragsärztliche Versorgung definiert. Dies führt dazu, dass Leistungen, die nicht von Ärzten erbracht werden und in keine der anderen definierten Gruppen fallen, häufig nicht erstattungsfähig sind. Dies kann selbst dann der Fall sein, wenn die eigentliche Leistung erstattungsfähig ist, sie aber nicht von der vom SGB V vorgesehenen Gruppe an Leistungserbringern erbracht wird. Eine Diskussion über Möglichkeiten und Grenzen der Delegation und Substitution ärztlicher Leistungen würde an dieser Stelle zu weit führen. Festzuhalten ist jedoch, dass im Status quo nicht alles, was an einer Neuverteilung an Aufgaben im Sinne einer echten interprofessionellen Versorgung denkbar ist, umgesetzt werden kann, da zum Teil aus Gründen der Haftung und zum Teil aus Gründen der Vergütung davon abzusehen ist.

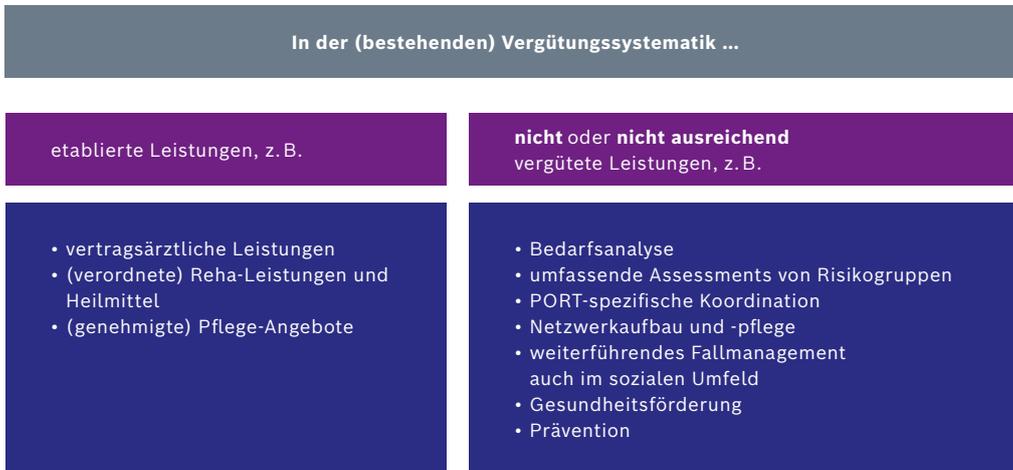
Es zeigt sich hier jedoch mittlerweile eine gewisse Dynamik, dass vermehrt auch nichtärztliche Tätigkeiten, die über das normale Qualifikationsniveau einer MFA hinausgehen, Eingang in den Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) finden. So erlauben die Gebührenordnungsziffern 03060–03065 Zuschläge beim Einsatz von NÄPas, die zum Teil jedoch durch die KVen genehmigt werden müssen.

Ferner sollen neben den Leistungen, denen eine entsprechende Vergütung gegenübersteht, in einem PORT-Zentrum auch Leistungen erbracht werden, auf die dies nicht zutrifft (Abbildung 26). Hierzu gehören beispielsweise weiterführende Aufgaben des Screenings bzw. Assessments von Risikopopulationen auch in ihrem sozialen Lebensumfeld, der weiterführenden Koordination des Behandlungspfades oder der Vernetzung mit allen anderen relevanten Stakeholdern. Die exakte Abgrenzung ist hier jedoch schwierig. So fallen viele interne koordinative Tätigkeiten oder Aufgaben des Praxismanagements auch in regulären Arzthäusern oder MVZ an. Auch wenn es für diese Tätigkeiten keine explizite Abrechnungsziffer gibt, sind sie in der Vergütung berücksichtigt. Wenn es um die Mehrkosten geht, die durch die Ausgestaltung eines PORT-Zentrums entstehen, ist somit genau zu differenzieren, ob es sich um Tätigkeiten handelt, die nicht in ähnlicher Form auch im traditionellen Setting anfallen würden.

Oft liegt der Unterschied auch nicht darin, ob eine bestimmte Leistung angeboten wird oder nicht, sondern wie intensiv und umfassend sie ausgeführt wird. Folgendes Beispiel soll dies illustrieren: Die Gebührenziffer 01420 steht für die Überprüfung der Notwendigkeit und Koordination der verordneten häuslichen Krankenpflege gemäß der Richtlinie des GBA (KBV 2020). Sie ist mit 10,33 € bewertet und umfasst zwingend die Anleitung der Bezugs- und Betreuungsperson(en) sowie die Überprüfung von Maßnahmen der häuslichen Krankenpflege. Mit ihr sind auch ggf. notwendige koordinierende Gespräche mit einbezogenen Pflegefachkräften bzw. Pflegekräften abgedeckt. Sie kann nur einmal im Behandlungsfall abgerechnet werden.¹⁶

Auch wenn die Systematik des EBMs einen expliziten Rückschluss auf die kalkulatorisch hinterlegte Zeit für diese Gebührenziffer nicht zulässt, ist plausibel, dass es sich hier um wenige Minuten handeln muss. Eine im Sinne des PORT-Gedankens erbrachte Leistung erfordert hier eine deutlich intensivere und umfassendere Beschäftigung mit dem Patienten, dem sozialen Umfeld sowie den einzubeziehenden Pflegekräften. Die Leistung „Koordination“ ist dem Begriff nach somit zwar abgegolten, jedoch nur unzureichend vergütet, wird sie inhaltlich dem PORT-Gedanken folgend ausgestaltet.

16 Gemäß EBM Stand 2/2020. (KBV 2020). Dabei ist zu berücksichtigen, dass es sich bei Vergütungsziffern stets um Mittelwertbetrachtungen handelt und pro Behandlungsfall nach den Regeln des EBM durchaus auch mehrere Ziffern abgerechnet werden können.

**Abbildung 26:** Vergütung von Leistungen**Quelle:** Eigene Darstellung

Der Begriff der Koordination spielt jedoch noch in anderem Kontext eine zentrale Rolle. Dies betrifft die Koordination der verschiedenen Berufsgruppen innerhalb des PORT-Zentrums sowie der externen Kooperationspartner. Will man den in Kapitel 1 skizzierten Gedanken mit Leben füllen, resultiert dies in einem Koordinationsaufwand, der nicht vollständig durch Effizienzgewinne an anderer Stelle kompensiert werden kann. Das bindet zeitliche Ressourcen bei allen Beteiligten und ist in dieser Form nicht direkt abrechnungsfähig. Der daraus unbestritten resultierende Zugewinn an Versorgungsqualität bleibt bei der reinen Kostenbetrachtung unberücksichtigt. Neben der Koordinationsleistung ergibt sich die bereits beschriebene Notwendigkeit eines kontinuierlichen Changemanagements, das hilft, tradierte Rollenbilder und Prozesse im Sinne des PORT-Gedankens nachhaltig zu verändern.

Ferner ist zu berücksichtigen, dass die höhere Qualifikation der im PORT-Zentrum Tätigen (bei einer CHN wird ein Masterabschluss vorausgesetzt) ein höheres Gehaltsniveau nach sich zieht, das ebenfalls nicht im EBM abgebildet wird. Dies wird weiter verstärkt, wenn man für eine CHN mit Führungsaufgaben eine entsprechend lange Berufserfahrung voraussetzt. Wichtig ist daher ein sorgsam geplanter Personaleinsatz, der im Sinne einer am Subsidiaritätsprinzip orientierten Planung eine Leistung auf dem niedrigsten dafür geeigneten Qualifikationsniveau verortet – aber auch nicht darunter. Eine zu hohe Verortung führt jedoch zu einer systematischen Unterfinanzierung.

In begrenztem Umfang ist auch eine Quersubventionierung von profilgebenden Leistungen möglich und in Teilen auch nicht vermeidbar. Je größer die wirtschaftliche Einheit des PORT-Zentrums ist, desto leichter fällt es, Lücken abzudecken, für die keine explizite bzw. hinreichende Refinanzierung besteht. Diese Querfinanzierung stößt jedoch an natürliche Grenzen und sollte sorgsam im Blick behalten werden. Denn bei allen guten Intentionen ist auch ein PORT-Zentrum eine Unternehmung, die wirtschaftlich mit ihren Ressourcen umgehen muss. Ein zur Querfinanzierung verwendeter Betrag kann nicht anderweitig eingesetzt werden, weshalb jede entsprechende Verwendung kritisch hinterfragt werden sollte.

Sofern es sich um klar abgrenzbare Leistungsinhalte in relevanter Größe oder um Leistungsinhalte handelt, die mit besonderen Versorgungskonzepten verknüpft sind, sollte eine nachhaltige Finanzierung angestrebt werden. Wenn diese im Zuge des Kollektivvertrags nicht abgedeckt sind, ist zu prüfen, inwiefern mit den Krankenkassen Verträge zur besonderen Versorgung nach § 140a SGB V oder Modellvorhaben nach § 63ff SGB V abgeschlossen werden können. Beide erfordern einen längeren Vorlauf und sind zeitlich befristet. Ferner besteht kein Anspruch auf den Abschluss durch die Krankenkassen. Vergleicht man die beiden vertraglichen Optionen, zeigen sich schon typische Vor- und Nachteile, die abzuwägen sind. Während bei einem Vertrag nach § 140a SGB V im Regelfall nur einzelne Krankenkassen teilnehmen und damit nur für einen Teil der Patienten eine daraus resultierende Vergütung abgerechnet werden kann,

erstreckt sich der § 63 SGB V auf alle Krankenkassen. Letztere müssen jedoch im Fall des § 63 SGB V alle zustimmen, während beim § 140a SGB V die Zustimmung einiger Krankenkassen ausreicht.¹⁷ Auch sind die Krankenkassen nicht völlig frei in ihren Entscheidungen, da auch sie diesbezüglichen Vorgaben unterliegen, deren Einhaltung für die meisten Krankenkassen durch das Bundesversicherungsamt überwacht wird. Bereits vor Start eines neu geschaffenen PORT-Zentrums derartige Verträge abzuschließen, stellt eine große Herausforderung dar. Dennoch sollten möglichst frühzeitig alle dahingehenden Optionen geprüft und ggf. in die Wege geleitet werden.

Ähnliches gilt für Mittel aus dem Innovationsfonds nach §§ 92a und 92b SGB V. Sie benötigen großen Vorlauf und sind in der Administration nicht trivial. Dennoch können bei erfolgreicher Antragstellung für den Projektzeitraum erhebliche Summen generiert werden, die – wenn vielleicht auch nicht für die initiale Phase, aber sicherlich für Erweiterungsrunden mit hinreichendem Innovationsgehalt gegenüber der Regelversorgung – für die Entwicklung eines PORT-Zentrums einen wichtigen Beitrag leisten können.¹⁸

Weitere Einnahmen, beispielsweise aus der (Unter-)Vermietung der eigenen Räumlichkeiten oder aus Kursgebühren, sind in vielen Fällen nicht die dominanten, aber dennoch relevante Einnahmequellen. Allerdings ist zu prüfen, ob bestimmte edukative Maßnahmen wie Vortragsreihen oder Angebote zur Gesundheitsförderung, die kaum kostendeckend betrieben werden können und ehrenamtlichen Engagements sowie weiterer Zuwendungen bedürfen, nicht sinnvoller in einen Verein ausgelagert werden.

Einordnung der Betriebskosten und Erlöse

Die im Betrieb eines PORT-Zentrums entstehenden Kosten, welche die Betriebskosten für ein klassisches MVZ übersteigen, ergeben sich direkt aus den PORT-spezifischen Merkmalen, die über den regulären Leistungskatalog der GKV hinausgehen. Dies betrifft zu einem geringeren Teil den Bereich der Wiederherstellung von Gesundheit als vielmehr die Bereiche der Erhaltung von Gesundheit (Prävention/Gesundheitsförderung) und des guten Lebens mit Krankheit. Im Bereich der Krankheitsbehandlung betrifft es vorrangig Aufgaben wie die des Fallmanagements und der leistungserbringerübergreifenden und in das soziale Umfeld hineinreichenden Koordination und Optimierung der Versorgung. Damit geht einher, dass es sich weniger um materialkostenintensive Themen handelt, sondern primär um Personalkosten und um Aufgaben, die im vorliegenden Kontext vorrangig mit qualifizierten Pflegekräften, insbesondere der in Kapitel 4.2.1 ausführlich dargestellten Community Health Nurse, assoziiert sind. Summiert man die Aufgaben, ergibt sich ein Umfang, der leicht zwei bis drei Vollkräfte auslasten kann. Damit sind Kosten deutlich im sechsstelligen Bereich zu erwarten, die auch bei einem PORT-Zentrum der diesem Kapitel zugrunde liegenden Größe nicht allein durch Querfinanzierung refinanziert werden können. Relativierend ist anzumerken, dass stets im Einzelfall zu prüfen ist, inwiefern die CHN Aufgaben übernimmt, die auch in einem klassischen MVZ anfallen würden und somit vom hier angedeuteten Betrag abzuziehen wären. Auch wäre in der Aufbauphase zunächst eher eine als drei CHNs realistisch, die sich in ihrer Tätigkeit jedoch entsprechend fokussieren muss und nicht alle Dimensionen abdecken kann. Alles in allem stehen einem PORT-Zentrum vielfältige Finanzierungsmöglichkeiten zur Verfügung, die sorgfältig geprüft und ausgetestet werden müssen.

17 Der § 63 Abs. 3c eröffnet derzeit zudem die Möglichkeit, im Zuge von Modellvorhaben in definiertem Umfang eine Übertragung ärztlicher Tätigkeiten auf Pflegekräfte (Substitution) zuzulassen.

18 Für die Beantragung und Begleitung von Innovationsfondsprojekten hat sich inzwischen ein breites Feld an diesbezüglich spezialisierten Dienstleistern etabliert.

8

Fazit

PORT-Zentren – Patientenorientierte Zentren der Primär- und Langzeitversorgung – sollen einen Beitrag dazu leisten, Gesundheit zu erhalten, Krankheit zu heilen und auch mit Krankheit und Behinderung gut leben zu können. Eine konsequente Umsetzung derartiger Konzepte der Primärversorgung erfordert auf verschiedenen Ebenen einen Paradigmenwechsel. Ein solcher impliziert eine Überwindung von bekannten und vertrauten Mustern und ist eine der zentralen Herausforderungen, die sich bei der Etablierung eines PORT-Zentrums stellen. Berufsbilder müssen neu entwickelt und in die Praxis überführt werden, was ein neues Rollenverständnis bei allen Beteiligten erfordert. Auch das Verständnis dessen, was Aufgabe und Wirkungsbereich der Primärversorgung ist, und dass diese Aufgabenbereiche deutlich über die klassische hausärztliche Versorgung hinausreichen, muss vermittelt werden. Außerdem gilt es die derzeit noch existierenden Lücken in der Vergütung dieses breiten Ansatzes durch alternative Finanzierungsquellen jenseits des Regelleistungskatalogs der gesetzlichen Krankenversicherung zu schließen. Dies kann in manchen Regionen, in denen der Bedarf besteht, aber die Voraussetzungen für einen wirtschaftlichen Betrieb nicht gegeben sind, bedeuten, dass öffentliche Ressourcen aufgewendet werden müssen, um dies zu kompensieren – sei es in Form sachlicher, fachlicher oder finanzieller Unterstützung.

Es wird aber auch deutlich, dass man bei den vielen zu bedenkenden Details nicht das große Ganze aus dem Blick verlieren darf. Auch wenn in einem ersten Schritt beispielsweise ein Behandlungspfad für eine in der lokalen Bevölkerung besonders präsent oder bisher nicht ausreichend versorgte Krankheit umgesetzt wird, soll das PORT-Zentrum am Ende für alle da sein – für Junge wie Alte, für Alleinstehende wie für Familien, für Gesunde wie Kranke.



Auch drängt die Macht der Gewohnheit, der informellen und formellen Institutionen, häufig zurück in Richtung des Altbekanntes. Meist bedeutet dies eine starke Fokussierung auf die ärztliche und kurative Tätigkeit. Gesundheitsförderung und Prävention, aber auch die Potenziale der Pflege, insbesondere der akademisch qualifizierten Pflege, werden dann nicht ausgeschöpft, und wichtige Bestandteile des Konzepts der Primärversorgung geraten ins Hintertreffen. So ist beispielsweise dafür zu sorgen, dass die Bedürfnisse Pflegebedürftiger entsprechend adressiert werden und die Vernetzung mit der Gemeinde und allen anderen relevanten Gruppen aktiv gelebt wird.

Die existierenden PORT-Zentren und die Ausführungen der vorangehenden Kapitel zeigen jedoch auch zweierlei. Erstens: Mag sie auch nicht trivial sein, eine erfolgreiche Umsetzung ist möglich. Es gibt zahlreiche Anknüpfungspunkte in den existierenden Strukturen und wenn sich motivierte Initiatoren zusammenfinden, lassen sich die bestehenden Hürden überwinden. Zweitens: Die Umsetzung lohnt sich. Wird das Konzept der Primärversorgung mit Leben gefüllt, verbessert es die gesundheitliche Versorgung der Bevölkerung umfassend und führt nicht nur zu mehr Gesundheit, sondern auch zu einer höheren Lebensqualität. Hierzu einen Beitrag leisten zu können, ist für viele Beteiligte die Motivation, sich zu engagieren und durch das Verlassen bekannter Pfade Fortschritt zu ermöglichen.

PORT-Zentren bieten für viele Regionen – sei es auf dem Land oder in der Stadt – große Potenziale, nicht nur Defizite zu beheben, sondern die Gesundheitsversorgung komplett neu zu denken. Das Wichtigste dabei ist, den ersten Schritt zu tun. Dann kann daraus ein PORT-Zentrum entstehen, das nicht nur eine Gesundheitseinrichtung, sondern ein Ort des lebendigen Gemeinwesens ist.

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1:	Exemplarische Formulierung von Vision, Mission und Werten eines PORT-Zentrums	13
Abbildung 2:	Das PORT-Zentrum	15
Abbildung 3:	Medizinisch-pflegerische und nichtmedizinische Bedarfe	17
Abbildung 4:	Vorgehen zur bedarfsorientierten Konzeption eines PORT-Zentrums	19
Abbildung 5:	Soziale Determinanten von Gesundheit	21
Abbildung 6:	Verteilung ausgewählter Arztgruppen in der vertragsärztlichen Versorgung nach Altersgruppen, 2018	27
Abbildung 7:	Patient Journey 1 – Versorgung im PORT-Zentrum über die Lebensphasen hinweg	35
Abbildung 8:	Legende der an der Patient Journey beteiligten Akteure	39
Abbildung 9:	Patient Journey 2 – Versorgungsablauf und sektorenübergreifende Interaktion	40
Abbildung 10:	Patient Journey 3 – Versorgungsablauf und Interaktion innerhalb des PORT-Zentrums	41
Abbildung 11:	Niedergelassene Ärztinnen und Ärzte in der Allgemeinmedizin, nach Altersgruppen, prozentual	46
Abbildung 12:	Exemplarische Darstellung ausdifferenzierter Tätigkeitsprofile der Community Health Nurse	51
Abbildung 13:	Synopse ausgewählter an der Versorgung Beteiligter	54
Abbildung 14:	Behandlung ohne und mit Segmentierung	58
Abbildung 15:	Drei Governance-Ebenen	59
Abbildung 16:	Eine MVZ-GmbH als wirtschaftlicher Kern des PORT-Zentrums	61
Abbildung 17:	Wirtschaftlich autonome Einheiten als Mieter im PORT-Gebäude	62
Abbildung 18:	Ausgliederung größerer Geschäftsbereiche in separate Gesellschaften	63
Abbildung 19:	Ein PORT-Zentrum mit einem breiten Spektrum verschiedener Integrations- und Kooperationsformen	64
Abbildung 20:	Exemplarisches Organigramm zur Verdeutlichung zentraler Herausforderungen	70
Abbildung 21:	Schematische Struktur relevanter Netzwerkpartner eines PORT-Zentrums	77
Abbildung 22:	Zusammensetzung von klassischen und PORT-spezifischen Investitionskosten	88
Abbildung 23:	Zusammenhang von Leistungen, Kosten und Erlösen	90
Abbildung 24:	Zentrale Elemente der Vergütungssystematik in der vertragsärztlichen Versorgung	91
Abbildung 25:	Leistungen und Vergütungsanspruch	92
Abbildung 26:	Vergütung von Leistungen	94

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1:	Stilisierte Synopse eines Abgleichs von Bedarfen und Angeboten	32
Tabelle 2:	Schwerpunktsetzung der durch die Robert Bosch Stiftung geförderten Hochschulen, die einen Masterstudiengang Community Health Nursing anbieten	50
Tabelle 3:	Überblick über die Kosten der Erstausrüstung einer Arztpraxis	88
Tabelle 4:	Vereinfachte Tabellarisierung einer Gewinn- und Verlust-Rechnung	90

Abkürzungsverzeichnis

ABDA	Bundesvereinigung Deutscher Apothekerverbände
AOK	Allgemeine Ortskrankenkassen
AOLG	Arbeitsgemeinschaft der Obersten Landesgesundheitsbehörden
BÄK	Bundesärztekammer
BMG	Bundesministerium für Gesundheit
CHN	Community Health Nurse
DBfK	Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe e. V.
DHPV	Deutscher Hospiz- und Palliativverband e. V.
DMP	Disease-Management-Programm (dt.: strukturierte Behandlungsprogramme)
EBM	Einheitlicher Bewertungsmaßstab
EKG	Elektrokardiogramm
ePA	Elektronische Patientenakte
GBA	Gemeinsamer Bundesausschuss
GBE	Gesundheitsberichterstattung des Bundes
GKV	Gesetzliche Krankenversicherung
GKV-Spitzenverband	Spitzenverband Bund der Krankenkassen
IPL	Interprofessionelles Lernen
IPZ	Interprofessionelle Zusammenarbeit
KBV	Kassenärztliche Bundesvereinigung
KV	Kassenärztliche Vereinigung
MFA	Medizinische Fachangestellte/Medizinischer Fachangestellter
MVZ	Medizinisches Versorgungszentrum
NäPa	Nichtärztliche Praxisassistentin/Nichtärztlicher Praxisassistent
ÖPNV	Öffentlicher Personennahverkehr
PKV	Private Krankenversicherung
PORT-Zentrum	Patientenorientiertes Zentrum zur Primär- und Langzeitversorgung
RKI	Robert Koch-Institut
SGB	Sozialgesetzbuch
StMGP	Bayerisches Staatsministerium für Gesundheit und Pflege
TI	Telematikinfrastruktur
vdek	Verband der Ersatzkassen e. V.
VERAH	Versorgungsassistent/-in der Hausarztpraxis
WHO	World Health Organization

Literaturverzeichnis

ABDA (2019): Die Apotheke. Zahlen, Daten, Fakten 2019. Berlin.

ACT (o.J.): Plan, Do, Study, Act (PDSA) cycles and the model for improvement. Academy for their Quality, Service Improvement and Redesign suite of programmes.

Agnes-Karll-Gesellschaft (2019): Community Health Nursing in Deutschland. Eine Chance für die bessere Gesundheitsversorgung für Kommunen. 2. Aufl. Berlin.

Anderson, Elizabeth T.; McFarlane, Judith M. (2015): Community as partner. Theory and practice in nursing. 7. Aufl. Philadelphia, London: Wolters Kluwer.

AOK-Bundesverband (o.J.): Ärztliche Versorgung. Online verfügbar unter https://www.aok-bv.de/hintergrund/dossier/aerztliche_versorgung/, zuletzt geprüft am 30.01.2020.

AOK-Bundesverband (2019): Lexikon. Primärversorgung. Online verfügbar unter https://www.aok-bv.de/lexikon/h/index_00384.html, zuletzt geprüft am 31.10.2019.

AOLG (2003): Indikatorenatz für die Gesundheitsberichterstattung der Länder. 3. Aufl. Bielefeld: Landesinstitut für den Öffentlichen Gesundheitsdienst des Landes Nordrhein Westfalen.

AOLG (2008): Bericht der Arbeitsgemeinschaft der Obersten Landesgesundheitsbehörden zur Sicherstellung der hausärztlichen Versorgung in Deutschland. Die Primärversorgung in Deutschland im Jahr 2008. Stand: 11.03.2008.

Bachert, Robert (2005): Ein Corporate Governance Kodex für gemeinnützige Organisationen: Projekt zur Entwicklung eines Kodexes für eine Nonprofit-Organisation – Umsetzung und konkrete Instrumente. In: Rudolf X. Ruter, Karin Sahr und Georg Graf Waldersee (Hg.): Public Corporate Governance. Wiesbaden: Gabler Verlag, S. 195 – 217.

BÄK (2000): Ärzttestatistik zum 31. Dezember 2000. Tabelle 8: Niedergelassene Ärztinnen/Ärzte nach Altersgruppen Stand: 31.12.2000. Online verfügbar unter https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/downloads/Stat2000_Tabelle__8.pdf, zuletzt geprüft am 12.03.2020.

BÄK (2010): Ärzttestatistik zum 31. Dezember 2010. Tabelle 8: Niedergelassene Ärztinnen und Ärzte nach Gebietsbezeichnungen und Altersgruppen am 31.12.2010. Online verfügbar unter https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/specialdownloads/Stat10Tab08.pdf, zuletzt geprüft am 12.03.2020.

BÄK (2016): Fortbildungsscurriculum „Case Management in der ambulanten medizinischen Versorgung“. Berlin.

BÄK (2018): Ärzttestatistik zum 31. Dezember 2018.

BÄK; KBV (2017): Physician Assistant – Ein neuer Beruf im deutschen Gesundheitswesen. Berlin.

BÄK; KBV (2018): Hinweise und Empfehlungen zur ärztlichen Schweigepflicht, Datenschutz und Datenverarbeitung in der Arztpraxis. Bekanntgaben der Herausgeber. In: Deutsches Ärzteblatt 115 (10), A453-A455.

- BMG (2019): Ärztliche Behandlung und Versorgungsformen. Online verfügbar unter <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/aerztliche-behandlung.html>, zuletzt geprüft am 30.01.2020.
- BMWi (2018): Orientierungshilfe zum Gesundheitsdatenschutz. Frankfurt am Main.
- Bohmer, Richard (2009): Designing Care. Aligning the Nature and Management of Health Care. Boston: Harvard Business Press.
- Braeseke, Grit; Meyer-Rötz, Sinja Henrike; Pflug, Claudia; Haaß, Friederike (2017): Digitalisierung in der ambulanten Pflege – Chancen und Hemmnisse. Abschlussbericht für das Bundesministerium für Wirtschaft und Energie (BMWi). IGES Institut. Berlin.
- Brand, Helmut; Michelsen, Kai (2012): Collaborative governance: the example of health conferences. In: David V. McQueen, Matthias Wismar, Vivian Lin, Catherine M. Jones und Maggie Davies (Hg.): Intersectoral Governance for Health in All Policies. Structures, actions and experiences. Copenhagen, Denmark, S. 165 – 184.
- Brauns, H-J; Loos, Wolfgang (2015): Telemedizin in Deutschland. Stand - Hemmnisse - Perspektiven. In: Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz 58 (10), S. 1068 – 1073. DOI: 10.1007/s00103-015-2223-5.
- Budysh, Karolina; Carius-Düssel, Christine; Schultz, Carsten; Helms, Thomas; Schultz, Martin; De, Johannes (2013): Telemedizin. Wege zum Erfolg. Stuttgart: Kohlhammer Verlag.
- Dahlgren, Göran; Whitehead, Margaret (2007): European strategies for tackling social inequities in health: levelling up, Part 2. WHO.
- DBfK (o.J.): Masterstudium Community Health Nursing. Informationsflyer. Online verfügbar unter https://www.ksh-muenchen.de/fileadmin/user_upload/Flyer_CommHealthNurs_2019.pdf, zuletzt geprüft am 03.02.2020.
- Demografieportal des Bundes und der Länder (2019): Anzahl der Pflegebedürftigen steigt vor allem bei den Hochbetagten. Online verfügbar unter https://www.demografie-portal.de/SharedDocs/Informieren/DE/ZahlenFakten/Pflegebeduerftige_Anzahl.html;jsessionid=4C75C72ED1417842C389FA28F0CF3ED8.1_cid389, zuletzt geprüft am 30.01.2020.
- Deutsche Krebsgesellschaft (2020): Portal der Deutschen Krebsgesellschaft. Online verfügbar unter <https://www.krebsgesellschaft.de/>, zuletzt geprüft am 13.03.2020.
- Deutsches Ärzteblatt (2019a): „Ohne-Arzt-Praxis“ im Rems-Murr-Kreis geplant. Online verfügbar unter <https://www.aerzteblatt.de/dossiers/aerztmangel?nid=106735>, zuletzt geprüft am 30.01.2020.
- Deutsches Ärzteblatt (2019b): Pflegedienste sollen Hausärzte im ländlichen Raum entlasten. Online verfügbar unter <https://www.aerzteblatt.de/dossiers/aerztmangel?nid=106792>, zuletzt geprüft am 30.01.2020.
- DHPV (o.J.): Hospizarbeit und Palliativversorgung. Online verfügbar unter https://www.dhpv.de/themen_hospiz-palliativ.html, zuletzt geprüft am 28.10.2019.
- Ehrhardt, Lisa (2018): Das Investitionsverhalten niedergelassener Ärzte. Hamburg: Verlag Dr. Kovač (Schriftenreihe Gesundheitsmanagement und Medizinökonomie, Band 50).

Euro-Informationen (o.J.): Diabetes-Apps. Blutzuckerspiegel, Ernährung und Medikamente per App im Blick behalten. Online verfügbar unter <https://www.krankenkassen.de/gesetzliche-krankenkassen/leistungen-gesetzliche-krankenkassen/apps/diabetes/search-4.html>, zuletzt geprüft am 13.03.2020.

Europäische Kommission (2014): Expert Panel on effective ways of investing in health (EXPH). Report on definition of a frame of reference in relation to primary care with a special emphasis on financing systems and referral systems. Brüssel: Europäische Kommission.

Forouzanfar, Mohammad H.; Alexander, Lily; Anderson, H. Ross; Bachman, Victoria F.; Biryukov, Stan; Brauer, Michael et al. (2015): Global, regional, and national comparative risk assessment of 79 behavioural, environmental and occupational, and metabolic risks or clusters of risks in 188 countries, 1990–2013: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2013. In: *The Lancet* 386 (10010), S. 2287–2323. DOI: 10.1016/S0140-6736(15)00128-2.

G-BA (2018): Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Abnahme des Endberichts „Gutachten zur Weiterentwicklung der Bedarfsplanung i.S.d. §§ 99 ff. SGB V zur Sicherung der vertragsärztlichen Versorgung“. Berlin.

G-BA (2019a): Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Bedarfsplanung sowie die Maßstäbe zur Feststellung von Überversorgung und Unterversorgung in der vertragsärztlichen Versorgung (Bedarfsplanungs-Richtlinie). Zuletzt geändert am 05. Dezember 2012, veröffentlicht im Bundesanzeiger (BAnz AT 20.12.2019 B9).

G-BA (2019b): Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Zusammenführung der Anforderungen an strukturierte Behandlungsprogramme nach § 137f Absatz 2 SGB V (DMP-Anforderungen-Richtlinie/DMP-A-RL). Zuletzt geändert am 15. August 2019, veröffentlicht im Bundesanzeiger (BAnz AT 20.12.2019 B5).

gematik (o.J.): Die ganze Gesundheit auf einen Blick. Online verfügbar unter <https://www.gematik.de/anwendungen/e-patientenakte/>, zuletzt geprüft am 31.03.2020.

Gesinform (2019): Beschwerden/Symptome. Arztinformation. Online verfügbar unter <https://deximed.de/home/a/beschwerden-symptome/arztinformationen/>, zuletzt aktualisiert am 01.03.2019, zuletzt geprüft am 13.03.2019.

Geyer, Siegfried (2008): Social inequalities in the incidence and case fatality of cancers of the lung, the stomach, the bowels, and the breast. In: *Cancer Causes Control* 19 (9), S. 965–974.

GKV-Spitzenverband (2016): Telemedizin in der vertragsärztlichen Versorgung. Vorschläge der gesetzlichen Krankenkassen. Positionspapier beschlossen vom Verwaltungsrat des GKV-Spitzenverbandes am 16. März 2016. Berlin.

Hensen, Peter (2019): Qualitätsmanagement im Gesundheitswesen. 2. Aufl. Wiesbaden: Springer Fachmedien.
Hollederer, A. (2015): Gesundheitskonferenzen in Deutschland: ein Überblick. In: *Gesundheitswesen* 77 (3), S. 161–167. DOI: 10.1055/s-0033-1361109.

Jäschke, Thomas (Hg.) (2016): Datenschutz im Gesundheitswesen. Grundlagen, Konzepte, Umsetzung. Berlin: Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft. Online verfügbar unter http://www.content-select.com/index.php?id=bib_view&ean=9783954662579.

Kaiser, Nicole; Amann, Flavia; Meier, Nora; Inderbitzi, Laura; Haering, Barbara; Institut universitaire de formation et recherche en soins (IFS) et al. (2019): PT1-2-01 Berufsausübung: Potenziale für Interprofessionalität.

KBV (2016): Richtig Kooperieren. Mit Praxisbeispielen und Informationen zum Anti-Korruptionsgesetz. Berlin.

KBV (2018a): Ärztemonitor 2018: Bürokratielast ist ungebrochen hoch. Online verfügbar unter https://www.kbv.de/html/1150_36945.php, zuletzt geprüft am 30.01.2020.

KBV (2018b): Medizinische Versorgungszentren. Ein Leitfaden für Gründer. 4. Auflage, überarbeitete Ausgabe. Köln: Deutscher Ärzte-Verlag.

KBV (2018c): Niedergelassene Ärzte werden immer älter. Online verfügbar unter <https://gesundheitsdaten.kbv.de/cms/html/16397.php>, zuletzt geprüft am 11.03.2020.

KBV (2019): Telematikinfrastruktur. Informationen zum Anschluss der Praxis, zur technischen Ausstattung und zur Finanzierung. Berlin.

KBV (2020): Einheitlicher Bewertungsmaßstab (EBM). Stand: 1. Quartal 2020. Berlin.

Klaes, Lothar; Köhler, Thorsten; Rommel, Alexander; Schüler, Gerhard (2013): Public Private Health. Neue Qualifikationsanforderungen in der Gesundheitswirtschaft. s.l.: Bertelsmann W. Verlag (Qualifikationen erkennen – Berufe gestalten – Band 16). Online verfügbar unter <http://gbv.ebib.com/patron/FullRecord.aspx?p=1322623>.

Klapper, Bernadette (2017): Zusammenarbeit für den Patienten - noch keine Selbstverständlichkeit. In: G+G Wissenschaft 17 (3), S. 16 – 22.

Klapper, Bernadette (2018a): Das PORT-Modell als Perspektive. Gesundheitsversorgung im ländlichen Raum: patientenorientiert – wohnortnah – integrierend. In: KU Gesundheitsmanagement 8, S. 45 – 47.

Klapper, Bernadette (2018b): Primärversorgung in Deutschland stärken. PORT und supPORT – Die Bausteine der Robert Bosch Stiftung. Hg. v. Robert Bosch Stiftung, Stuttgart.

Kroll, Lars Eric; Lampert, Thomas (2012): Arbeitslosigkeit, prekäre Beschäftigung und Gesundheit. Berlin: Robert Koch-Institut.

Kroll, Lars Eric; Lampert, Thomas (2013): Direct costs of inequalities in health care utilization in Germany 1994 to 2009: a top-down projection. In: BMC Health Services Research 13 (1), S. 271.

Krüger-Brand, Heike-E (2013): Telemedizin: Problem der Infrastruktur. In: Deutsches Ärzteblatt 110 (14), S. 10 – 11.

KVB (2017): Erlaubte Kooperation versus Korruption. München.

KVB (2019): Allgemeine Informationen zum Thema Medizinische Versorgungszentren (MVZ). München.

Lampert, Thomas; Saß, Anke-Christine; Häfelinger, Michael; Ziese, Thomas (2005): Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Armut, soziale Ungleichheit und Gesundheit. Expertise des Robert Koch-Instituts zum 2. Armuts- und Reichtumsbericht der Bundesregierung. Berlin: Robert Koch-Institut.

Landesgesundheitsamt Baden-Württemberg (o.J.): Kommunale Gesundheitskonferenzen. Online verfügbar unter <https://www.gesundheitsamt-bw.de/lga/DE/Themen/Gesundheitsfoerderung/Gesundheitsdialog/Seiten/Kommunale-Gesundheitskonferenzen.aspx>, zuletzt geprüft am 13.03.2020.

- Lange, Cornelia; Finger, Jonas D. (2017): Gesundheitsverhalten in Europa – Vergleich ausgewählter Indikatoren für Deutschland und die Europäische Union. In: *Journal of Health Monitoring* 2 (2), S. 3 – 20.
- Laschet, Helmut (2019): Die Sorge um Ärztemangel wächst. *Ärzte Zeitung*. Online verfügbar unter <https://www.aerztezeitung.de/Politik/Die-Sorge-um-Aerztemangel-waechst-253732.html>, zuletzt geprüft am 30.01.2020.
- LGA Baden-Württemberg (2015): Handbuch zur Kommunalen Gesundheitsförderung. Städte und Gemeinden gesundheitsförderlich, lebenswert und generationenfreundlich gestalten. 3. aktualisierte Auflage.
- Mackenbach, Johan P.; Meerding, Willem J.; Kunst, Anton E. (2011): Economic costs of health inequalities in the European Union. In: *Journal of Epidemiology and Community Health* 65 (5), S. 412 – 419.
- Marmot, Michael (2005): Social determinants of health inequalities. In: *The Lancet* 365 (9464), S. 1099 – 1104. DOI: 10.1016/S0140-6736(05)71146-6.
- Marmot, Michael; Allen, Jessica; Boyce, Tammy; Goldblatt, Peter; Morrison, Joana (2020): *Health Equity in England: The Marmot Review 10 Years On*. The Health Foundation. London.
- May, Wolfgang (2018): Ärztestatistik: Mehr Ärzte, Trend zur Anstellung. *Deutsches Ärzteblatt*. Online verfügbar unter <https://www.aerzteblatt.de/nachrichten/92153/Aerztestatistik-Mehr-Aerzte-Trend-zur-Anstellung>, zuletzt geprüft am 30.01.2020.
- Medizinio (o.J.): Kosten der Ausstattung und Einrichtung einer Arztpraxis - ein Überblick. Online verfügbar unter <https://medizinio.de/medizintechnik/praxis-einrichtung>, zuletzt geprüft am 04.03.2020.
- Mergenthal, K.; Güthlin, C. (2018): Umsetzung von Delegationskonzepten – So klappt es in der Hausarztpraxis. In: Mario A. Pfannstiel, Axel Focke und Harald Mehlich (Hg.): *Management von Gesundheitsregionen IV. Bedarfsplanung und ganzheitliche regionale Versorgung und Zusammenarbeit*. Wiesbaden: Springer Gabler, S. 89 – 100.
- Miller, Robin; Weir, Catherine; Gulati, Steve (2018): Transforming primary care: scoping review of research and practice. In: *Journal of Integrated Care* 26 (3), S. 176 – 188. DOI: 10.1108/JICA-03-2018-0023.
- Müller, Beate S.; Falkenhagen, Nadine; Wilke, Dennis; Gerlach, Ferdinand M.; Erler, Antje (2018): Implementierung von Modellen zur Sicherung der Gesundheitsversorgung in ländlichen Regionen: Entwicklung eines Beratungsangebots. In: *Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen* 131 – 132, S. 53 – 59. DOI: 10.1016/j.zefq.2018.01.010.
- Müller, Beate S.; Leiferman, Mareike; Wilke, Dennis; Gerlach, Ferdinand M.; Erler, Antje (2016): Innovative Versorgungsmodelle in Deutschland – Erfolgsfaktoren, Barrieren und Übertragbarkeit. In: *Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen* 115 – 116, S. 49 – 55. DOI: 10.1016/j.zefq.2016.05.012.
- RKI (2015a): Allgemeines zur Gesundheitsförderung. Online verfügbar unter https://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Gesundheitsberichterstattung/GesundAZ/Content/G/GesFoerderung/Inhalt/gesundheitsfoerderung_inhalt.html, zuletzt geprüft am 03.02.2020.
- RKI (2015b): *Gesundheit in Deutschland. Gesundheitsberichterstattung des Bundes*. Gemeinsam getragen von RKI und Destatis. Berlin.
- RKI (2016): *Gesundheit in Deutschland – die wichtigsten Entwicklungen. Gesundheitsberichterstattung des Bundes*. Gemeinsam getragen von RKI und Destatis. Berlin.

RKI (2017): Gesundheitsverhalten in Europa – Vergleich ausgewählter Indikatoren für Deutschland und die Europäische Union.

Robert Bosch Stiftung (2020): 360° Pflege – Qualifikationsmix für den Patienten – in der Praxis. Online verfügbar unter <https://www.bosch-stiftung.de/de/projekt/360deg-pflege-qualifikationsmix-fuer-den-patienten-der-praxis>, zuletzt geprüft am 11.03.2020.

Roller, Gottfried; Wuthe, Jürgen (2014): Runde Tische, Gesundheitskonferenzen, Gesundheitsregionen – Evolutionsgeschichte eines Projektes des Öffentlichen Gesundheitsdienstes. In: Public Health Forum 22 (4). DOI: 10.1016/j.phf.2014.09.014.

Rösler, U.; Schmidt, K.; Merda, M.; Melzer, M. (2018): Digitalisierung in der Pflege. Wie intelligente Technologien die Arbeit professioneller Pflegenden verändern. Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin. Berlin: Geschäftsstelle der Initiative Neue Qualität der Arbeit.

Scherer, Martin; Wagner, Hans-Otto; Lühmann, Dagmar; Muche-Borowski, Cathleen; Schäfer, Ingmar; Duben, Hans-Hermann et al. (2017): Multimorbidität. S3-Leitlinie. Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin e. V. Berlin.

Schlüchtermann, Jörg (2016): Betriebswirtschaft und Management im Krankenhaus. Grundlagen und Praxis. 2. Aufl. Berlin: Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft.

Schmitz, Christof; Atzeni, Gina; Berchtold, Peter (2020): Interprofessionelle Zusammenarbeit in der Gesundheitsversorgung: erfolgskritische Dimensionen und Fördermassnahmen. Differenzierung, Praxis und Implementierung. In: Swiss Academies Communications 15 (2), S. 1 – 131. DOI: 10.5281/zenodo.3355205.

SGB V: Sozialgesetzbuch fünftes Buch. Gesetzliche Krankenversicherung. Zuletzt geändert durch Artikel 2 des Gesetzes vom 15.11.2019 I 1604.

StMGP (o.J.): Gesundheitsregionen plus. Entscheidungen vor Ort treffen. Online verfügbar unter <https://www.gesundheitsregionenplus.bayern.de/>, zuletzt geprüft am 13.03.2020.

StMGP (2016): Gesundheitsregionen plus. Konzept. Stand 09.03.2016.

SVR Gesundheit (2009): Koordination und Integration – Gesundheitsversorgung in einer Gesellschaft des längeren Lebens. Sondergutachten 2009 Kurzfassung.

SVR Gesundheit (2014): Bedarfsgerechte Versorgung – Bedarfsgerechte Versorgung – Perspektiven für ländliche Regionen und ausgewählte Leistungsbereiche. Gutachten 2014. Bern: Hans Huber.

SVR Gesundheit (2018): Bedarfsgerechte Steuerung der Gesundheitsversorgung. Gutachten 2018. Berlin: Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft.

Tesch-Römer, Clemens; Wurm, Susanne (2009): Wer sind die Alten? Theoretische Positionen zum Alter und Altern. In: K. Böhm, Statistisches Bundesamt, C. Tesch-Römer, Deutsches Zentrum für Altersfragen, T. Ziese und Robert Koch-Institut (Hg.): Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Gesundheit und Krankheit im Alter. Berlin: Robert Koch-Institut, S. 7 – 20.

Universität Bayreuth; EY (2018): Auswirkungen des Zustroms von Asylbewerbern auf die gesundheitliche Versorgung in Bayern. Endbericht des Gutachens im Auftrag des Bayerischen Staatsministeriums für Gesundheit und Pflege.

UWPHI; Robert Wood Johnson Foundation (o.J.): County Health Rankings & Roadmaps. Building a Culture of Health, County by County. 2019 Ranked Measures & Data Sources.

vdek (o.J.): Pflegelotse. Online verfügbar unter https://www.pflegelotse.de/presentation/pl_startseite.aspx, zuletzt geprüft am 28.10.2019.

Verband medizinischer Fachberufe (2006): Berufsordnung für Medizinische Fachangestellte. Bochum.

Völkel, Manuela; Weidner, Frank (2020): Community Health Nursing. Meilenstein in der Primärversorgung und der kommunalen Daseinsvorsorge. In: Pflege. Praxis - Geschichte - Politik. Bonn (Pflege), S. 318–329.

Weidner, Frank (2019): Juristische Fachveranstaltung im Rahmen des 24. Pflege-Recht-Tages in Berlin am 26. Januar 2019. Vorbehaltene Tätigkeiten für Pflegefachkräfte – Konsequenzen für die Pflegepraxis und das Haftungsrecht. Vortrag im Rahmen des Kongress Pflege 25.-31.01.2019. Springer Pflege.

WHO (1978): Erklärung von Alma-Ata. Genf.

WHO (2008): Closing the Gap in a Generation. Health Equity through Action on the Social Determinants of Health. Geneva: World Health Organization.

WHO (2010): Framework for Action on Interprofessional Education & Collaborative Practice.

WHO (2014): Health Systems Governance for Universal Health Coverage. Action Plan.

Anlagen

Anlage 1: Auswahl von Verzeichnissen nichtärztlicher Heilberufsgruppen

Nichtärztliche Heilberufsgruppe	Verzeichnis/Suchportal
Ergotherapeuten	Deutscher Verband der Ergotherapeuten (DVE) e. V.
Physiotherapeuten	Der Deutsche Verband für Physiotherapie (ZVK) e. V.
Logopäden	Deutscher Bundesverband für Logopädie e. V.
Osteopathen	Verband der Osteopathen Deutschland e. V.
Berufsübergreifend	Praxisverzeichnis für nichtärztliche Heilberufe https://px.de/ Deutsche Therapeutenauskunft http://www.deutsche-therapeutenauskunft.de

Anlage 2: Nach Aufgabenbereich und Qualifikation differenzierte Berufsbilder im PORT-Zentrum (Auswahl)

Community Health Nurse 1	
Aufgabenschwerpunkte	Koordination/stellvertretende Geschäftsführung <ul style="list-style-type: none"> Leitung und Koordination des Betriebsprozesses Führungs- und Personalverantwortung (insbesondere Ansprechpartner für die Mitarbeiter) Entwicklung und Implementierung von Versorgungskonzepten und Behandlungspfaden
	Strategische Entwicklung in Zusammenarbeit mit dem ärztlichen Leiter bzw. dem Geschäftsführer <ul style="list-style-type: none"> Netzwerkaufbau und -pflege <ul style="list-style-type: none"> Identifikation und Charakterisierung relevanter Netzwerkpartner Aufbau, Pflege und Anpassung des Netzwerkes Regionale Bedarfsanalyse <ul style="list-style-type: none"> Erfassung von medizinischen und nichtmedizinischen Bedarfen in der Region und den gegenüberstehenden Versorgungsangeboten Methodik: quantitative (z. B. regionale epidemiologische Erhebungen) und qualitative Analyse (z. B. Interviews und Austausch mit relevanten Akteuren)
Qualifikation und Vorerfahrung	<ul style="list-style-type: none"> Pflegerische Grundausbildung und Berufserfahrung Abgeschlossenes Grundstudium (Pflegermanagement, Gesundheitsmanagement, Public Health, Health Science oder vergleichbarer Studiengang) Abgeschlossenes Masterstudium (Community Health Nursing, Public Health, Sozialmanagement oder vergleichbarer Studiengang) Idealerweise Erfahrung im Changemanagement, Coaching, Führung, Casemanagement oder vergleichbare Vorerfahrung

Community Health Nurse 2

Aufgabenschwerpunkte	Gesundheitsförderung, Prävention und sonstige Angebote
	<ul style="list-style-type: none"> • Koordination (ggf. auch Durchführung) von Angeboten im Bereich Prävention und Gesundheitsförderung • Erarbeitung von Konzepten für spezifische Themenbereiche (z. B. Ernährung,- Bewegung, Erziehung) und Zielgruppen (chronisch Erkrankte, Schwangere, Kinder, Senioren) in Form von Beratung, Informationsveranstaltungen und Vorträgen • Anleitung und Supervision ehrenamtlicher Angebote • Prozesse, Standards und interne Entwicklung
Qualifikation und Vorerfahrung	Prozesse, Standards und interne Entwicklung
	<ul style="list-style-type: none"> • Changemanagement und Teambuilding • Koordination externer Partner und Mieter des PORT-Zentrums • Qualitätsmanagement
	<ul style="list-style-type: none"> • Pflegerische Grundausbildung • Abgeschlossenes Bachelorstudium (Casemanagement, Pflegemanagement, Public Health, Health Science oder vergleichbarer Studiengang) • Abgeschlossenes Masterstudium (Community Health Nursing, Public Health oder vergleichbarer Studiengang) • Idealerweise Erfahrung im Casemanagement, Primärprävention, Marketing oder vergleichbare Vorerfahrung

Community Health Nurse 3

Aufgabenschwerpunkte	Medizinisch-pflegerische Versorgung
	<ul style="list-style-type: none"> • Triage und Patientensteuerung <ul style="list-style-type: none"> - Erste Anlaufstelle im Krankheitsfall für den Patienten - Koordination und Einleitung weiterer (sektorenübergreifender) Versorgungsschritte (Übergang in die Weiterversorgung, z. B. ambulante oder stationäre Langzeitversorgung, Kurzzeitpflege, Krankenhaus, Rehabilitation) • Fallmanagement <ul style="list-style-type: none"> - Leitung und Durchführung von Fallbesprechungen - Kontroll- und Wiederholungsuntersuchungen (klinische Assessments) - Gesundheitliche Grundversorgung (Behandlung von Bagatellerkrankungen wie Schürfwunden etc.) und bei Bedarf Hinzuziehung bzw. Veranlassung ärztlicher Expertise - Versorgung chronisch kranker Patienten - Beratung von Patienten und Angehörigen - Durchführung von strukturierten Behandlungsprogrammen (Disease-Management-Programmen [DMP]), insbesondere Monitoring der Erkrankung, Erhöhung der Compliance und Stärkung des Selbstmanagements der Patienten • Hausbesuche zum individuellen Assessment der Versorgungssituation, bei Bedarf unter Hinzuziehung des Arztes und unter Nutzung telemedizinischer Anwendungen, etwa Videokonsultationen; Einleitung weiterer Maßnahmen im Sozialraum
Qualifikation und Vorerfahrung	<ul style="list-style-type: none"> • Pflegerische Grundausbildung und Berufserfahrung • Abgeschlossenes Grundstudium (Casemanagement, Physician Assistant, Pflegemanagement oder vergleichbarer Studiengang) • Abgeschlossenes Masterstudium (Community Health Nursing, Public Health, Sozialmanagement oder vergleichbarer Studiengang) • Idealerweise Erfahrung in der Pflege, im Casemanagement, Tätigkeit in einer zentralen Notaufnahme, Rettungsdienst oder vergleichbare Vorerfahrung

Medizinische Fachangestellte

Medizinische Fachangestellte	
Aufgabenschwerpunkte	Medizinisch-pflegerische Versorgung <ul style="list-style-type: none"> • Patientenversorgung <ul style="list-style-type: none"> - Medizinische Anamnese (Erstgespräch, körperliche Untersuchung, Vitalzeichenermittlung, Erhebung Impfstatus, Durchführung von Assessments, Medikamentenstatus, Schreiben von EKGs und Durchführung von Lungenfunktionsprüfungen, Blutentnahme etc.) - Durchführung von Injektionen, Infusionen und Anlegen von Verbänden - Durchführung von Hausbesuchen, z. B. zur Kontrolle von Vitalzeichen und Wundheilung - Zusammenstellen und Priorisieren von Informationen für den Hausarzt - Teilnahme an Fallbesprechungen • Verwaltung <ul style="list-style-type: none"> - Planung und Koordination von Patiententerminen - Verwalten der Behandlungsunterlagen und Pflege der Patientenakte - Posteingang und Postausgang - Organisation des Sprechstundenablaufs, Vorbereiten von Behandlungsräumen - Aufgaben der Qualitätssicherung • Mitwirken bei der Entwicklung von Standards und internen Prozessen
Qualifikation und Vorerfahrung	<ul style="list-style-type: none"> • Ausbildung Medizinische Fachangestellte • Idealerweise Ausbildung Praxismanagement • Erfahrung als MFA in einer Arztpraxis bzw. zentralen Notaufnahme oder Ambulanz eines Krankenhauses

Hausarzt

Hausarzt	
Aufgabenschwerpunkte	Medizinisch-pflegerische Versorgung <ul style="list-style-type: none"> • Patientenversorgung in Diagnostik und Therapie (Tätigkeiten, die obligat dem Hausarzt vorbehalten sind, d. h. nicht durch eine CHN oder andere Berufsgruppen ausführbar sind) <ul style="list-style-type: none"> - Treffen von diagnostischen und therapeutischen Entscheidungen - Durchführung spezieller Diagnostik - Verordnung von Arznei- sowie Heil- und Hilfsmitteln - Überweisung an weiterbehandelnde Fachärzte • Entscheidung über bzw. Initiierung der Weiterversorgung <ul style="list-style-type: none"> - PORT-intern: z. B. Übergabe an CHN - PORT-extern: Überweisung an weiterbehandelnde Versorger • Mitwirken an Fallbesprechungen Strategische und operative Koordination des PORT-Zentrums <ul style="list-style-type: none"> • Mitwirkung bei Netzwerkaufbau und -pflege • Mitwirkung bei der Entwicklung von Standards (etwa Qualitätsmanagement) und internen Prozessen
Qualifikation und Vorerfahrung	<ul style="list-style-type: none"> • Studium Humanmedizin und Approbation als Arzt • Facharztausbildung Allgemeinmedizin oder Innere Medizin • Berufserfahrung in der Tätigkeit als Hausarzt

Impressum

Herausgegeben von der

Robert Bosch Stiftung GmbH
Heidehofstraße 31, 70184 Stuttgart
www.bosch-stiftung.de

Kontakt in der Stiftung

Cordula Hoffmanns
Senior Projektmanagerin Gesundheit
Telefon +49 711 46084-855
cordula.hoffmanns@bosch-stiftung.de

Copyright

Robert Bosch Stiftung GmbH
Stuttgart, 2020
Alle Rechte vorbehalten.

Gestaltung

siegel konzeption | gestaltung, Stuttgart

Druck

Offizin Scheufele
Druck und Medien GmbH & Co. KG

ISBN

978-3-939574-60-6

DOI

10.15495/EPub_UBT_00005121

Autoren

PD Dr. Andreas Schmid (Projektleiter)
Sarah Günther
Jochen Baierlein

Unter Mitwirkung von

Franziska Bächer
Markus Bunzel
Viktoria Geier
Katrin Huff
Christian Naber
Claudius Nagler
Irina Quandt

Oberender AG
Unternehmensberatung im Gesundheitswesen
Friedrichstraße 20
95444 Bayreuth
Telefon +49 921 745443-0
Fax +49 921 745443-29
info@oberender.com

Wissenschaftlicher Beirat

Prof. Dr. Jörg Schlüchtermann, Universität Bayreuth
Prof. Dr. Volker Ulrich, Universität Bayreuth

