

Kathrin Janine Raslan

Patientenorientierte Zentren zur Primär- und Langzeitversorgung

Eine neue Perspektive für die zukünftige
Gesundheitsversorgung in Deutschland

Vorwort

Unsere Gesundheitsversorgung ist mehr denn je in Bewegung. Die Zahl der Gesundheitsfachkräfte sinkt, vor allem in ländlichen Regionen. Die Zahl der älteren Menschen steigt und chronische und Mehrfacherkrankungen nehmen zu. Auch unser Wissen ist gewachsen und damit die Erwartungen an eine qualitativ hochwertige Gesundheitsversorgung. Das Gesundheitssystem steht unter Reformdruck. Wie sehen Lösungen für die Versorgung vor Ort aus? Wie schaffen wir ein zukunftsfähiges Angebot, das allen offensteht?

Etliche Länder haben sich damit bereits seit Längerem auseinandergesetzt und auf den geänderten Versorgungsbedarf in der Bevölkerung unter anderem mit dem Aufbau lokaler Gesundheitszentren reagiert. Derartige Modelle hat der Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen schon in seinem Bericht von 2014 auch für die Gesundheitsversorgung in Deutschland empfohlen.

Mit dem Programm „PORT – Patientenorientierte Zentren zur Primär- und Langzeitversorgung“ und dem im Sommer 2018 gestarteten, ergänzenden Förderprogramm „supPORT“ fördern wir als Robert Bosch Stiftung daran anknüpfend die Einführung von lokalen, inhaltlich umfassenden und exzellenten Gesundheitszentren in Deutschland, welche die Primär- und Langzeitversorgung in einer Region abdecken können.

Wir unterstützen unter anderem Initiativen in Berlin, Büsum, Hohenstein und Willingen-Diemelsee. An diesen Standorten sollen in den kommenden Jahren lokale Gesundheitszentren entstehen, die

- auf den regionalen Bedarf abgestimmt sind,
- eine patientenzentrierte, koordinierte, kontinuierliche Versorgung „aus einer Hand“ anbieten und stetig weiterentwickeln,
- den Patienten im Umgang mit seiner Erkrankung unterstützen,
- multiprofessionelle Teamarbeit auf Augenhöhe voraussetzen,
- neue Potenziale wie E-Health nutzen,
- Prävention und Gesundheitsförderung mit einschließen sowie
- kommunal gut eingebunden sind.

Die Bündelung dieser Merkmale unter einem Dach oder an einem Standort ist in der deutschen Gesundheitslandschaft innovativ. Für die Patienten ist jedoch eine koordinierte Versorgung entscheidend und sie gewinnen viel, wenn die Fachkräfte miteinander kooperieren. Erfreulicherweise nimmt auch hierzulande die Bedeutung von Ansätzen, bei denen Sektoren- und Berufsgrenzen überwunden werden, zu. Mit dem Programm PORT knüpfen wir deswegen auch an bereits bestehende integrierte und sektorenübergreifende Strukturen an.

Die vorliegende Arbeit betrachtet einige dieser Versorgungsformen und zeigt Potenziale zur Weiterentwicklung auf. Wir freuen uns, dass Frau Raslans Tätigkeit als Praxisstudentin im Themenbereich Gesundheit von September 2016 bis Februar 2018 sie zu dieser Analyse angeregt hat, und danken ihr für die sehr gelungene und strukturierte Aufarbeitung der Thematik. Mit der Publikation der vorliegenden Arbeit möchten wir den Austausch zu Lösungsansätzen für die Zukunft der Versorgung weiter fördern.

Wir wünschen Ihnen eine interessante Lektüre!

Mit freundlichen Grüßen
Robert Bosch Stiftung GmbH



Dr. Bernadette Klapper
Bereichsleiterin Gesundheit

Danksagung

An dieser Stelle möchte ich mich bei denjenigen Personen bedanken, die durch ihre fachliche und persönliche Unterstützung zum Gelingen dieser Bachelorarbeit beigetragen haben.

Zunächst gilt mein Dank Herrn Professor Dr. P.H. MPH, Dipl.-Kfm. (FH) Reinhold Wolke für seine wissenschaftliche und methodische Hilfestellung während der Erstellung dieser Arbeit. Ebenso bedanke ich mich bei Herrn Professor Dr. rer. pol. Dipl.-Betr.-päd. Dipl.-Wirt.-Ing. (FH) Arnold Pracht, der mich ebenfalls im Rahmen der Anfertigung dieser Arbeit betreut hat.

Ich möchte mich zudem bei der Bereichsleiterin des Themenbereichs Gesundheit, Frau Dr. Bernadette Klapper, als auch bei allen Kolleginnen und Kollegen der Robert Bosch Stiftung GmbH in Stuttgart bedanken. Durch meine Tätigkeit als Praxisstudentin habe ich viele Einblicke in die gemeinnützige Stiftungsarbeit und die unterschiedlichen Projekte des Themenbereichs Gesundheit erhalten. Meine Anstellung dort hat es mir möglich gemacht, mich dem Thema Patientenorientierte Zentren zur Primär- und Langzeitversorgung zu widmen. Ich bedanke mich für den fachlichen Austausch, die anhaltende Hilfestellung und die vielen Ratschläge während der Bearbeitung des Themas als auch für die gute und konstruktive Zusammenarbeit innerhalb der Stiftung.

Mein besonderer Dank gilt meinen Eltern, meiner Schwester und meinem Ehemann. Ich danke euch für die zahlreiche Unterstützung, die unermüdliche Stärkung und die motivierenden Gespräche; nicht nur während des Verfassens meiner Bachelorarbeit, sondern während der gesamten Zeit meines Studiums.

Kathrin Raslan

Inhalt

06	Abkürzungsverzeichnis
07	Abbildungsverzeichnis
08	1. Einführung
10	1.1 Hintergrund und Problemstellung
12	1.2 Zentrale Fragestellungen und Ziel der Arbeit
13	1.3 Methodik, Literaturlauswahl und Chronologie
14	2. Ambulante medizinische und gesundheitliche Versorgungssystematik in Deutschland
16	2.1 Primärversorgung
17	2.2 Hausärztliche Versorgung
19	2.3 Fachärztliche Versorgung
20	2.4 Ambulante Krankenhausversorgung
22	3. Neue Versorgungsformen
23	3.1 Integrierte Versorgung
25	3.2 Medizinische Versorgungszentren
26	3.3 Hausarztzentrierte Versorgung
28	3.4 Disease-Management-Programme
29	3.5 Arztunterstützende Modelle
32	4. PORT – Patientenorientierte Zentren zur Primär- und Langzeitversorgung
33	4.1 Die Robert Bosch Stiftung GmbH und der Themenbereich Gesundheit
34	4.2 Entstehungshintergrund und Intention des Förderprogramms PORT
36	4.2.1 Exkurs: Internationale Modelle
36	4.2.2 Kanada
37	4.2.3 Finnland
39	4.3 Das Förderprogramm PORT
40	4.4 Eigenschaften und Merkmale der PORT-Zentren
41	4.5 Aufbau und Struktur der PORT-Zentren
42	4.6 Die PORT-Initiativen
44	5. Diskussion – Gegenüberstellung von neuen Versorgungsformen und PORT-Zentren
55	6. Fazit und Ausblick
56	7. Literaturverzeichnis
66	8. Anhang

Abkürzungsverzeichnis

AGnES	Arztentlastende Gemeindefähige E-Health-gestützte Systemische Intervention
ANP	Advanced Nurse Practitioner(s)
ASV	Ambulante spezialfachärztliche Versorgung
BÄK	Bundesärztekammer
BAG	Berufsausübungsgemeinschaft(en)
BV	Besondere Versorgung
BVA	Bundesversicherungsamt
CHC	Community Health Centre(s)
CHN	Community Health Nurse(s)
DBfK	Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe
DDR	Deutsche Demokratische Republik
DEAS	Deutscher Alterssurvey
DEGAM	Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin
DEGS1	Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland
DIVER	Regional differenzierte Versorgung
DMP	Disease-Management-Programm(e)
E-Health	Electronic Health
ELSID-Studie	Studie „Evaluation of a Large Scale Implementation of Disease Management Programs for patients with type 2 diabetes“
e. V.	Eingetragener Verein
EVA	Entlastende Versorgungsassistentin
FHT	Family Health Team(s)
G-BA	Gemeinsamer Bundesausschuss
GEDA	Gesundheit in Deutschland aktuell
GeKo	Gesundheitskollektiv Berlin e. V.
GKV	Gesetzliche Krankenversicherung
GKVRefG2000	Gesetz zur Reform der gesetzlichen Krankenversicherung ab dem Jahr 2000
GKV-VSG	Gesetz zur Stärkung der Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung
GKV-VStG	Gesetz zur Verbesserung der Versorgungsstrukturen in der gesetzlichen Krankenversicherung
GKV-WSG	Gesetz zur Stärkung des Wettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung
GmbH	Gesellschaft mit beschränkter Haftung
GMG	Gesetz zur Modernisierung der gesetzlichen Krankenversicherung
GSG	Gesetz zur Sicherung und Strukturverbesserung der gesetzlichen Krankenversicherung
HELVER	ArztHELferinnen in der ambulanten VERsorgung
HzV	Hausarztzentrierte Versorgung
InGe	Innovative Gesundheitsmodelle
IV	Integrierte Versorgung

KBV	Kassenärztliche Bundesvereinigung
KV	Kassenärztliche Vereinigung(en)
LGZ	Lokale Gesundheitszentren zur Primär- und Langzeitversorgung
LHH	Local Health Hub(s)
LVG & AFS	Landesvereinigung für Gesundheit und Akademie für Sozialmedizin Niedersachsen e. V.
MFA	Medizinische Fachangestellte
MOHLTC	Ministry of Health and Long-Term Care
MoNi	Modell Niedersachsen
MOPRA	Mobile Praxisassistenten
MVZ	Medizinisches Versorgungszentrum / Medizinische Versorgungszentren
NäPa	Nichtärztliche Praxisassistentin
OECD	Organisation for Economic Co-operation and Development
PCMH	Patient Centered Medical Home
PORT-Zentren	Patientenorientierte Zentren zur Primär- und Langzeitversorgung
PriKon	Primärversorgungszentren – Konzepte und Umsetzungspraxis
RBK	Robert-Bosch-Krankenhaus
RBSG	Robert Bosch Stiftung GmbH
RKI	Robert Koch-Institut
SGB V	Sozialgesetzbuch Fünftes Buch – Gesetzliche Krankenversicherung
SVR	Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen
TB	Themenbereich
UN	United Nations
VERAH®	Versorgungsassistentin in der Hausarztpraxis
WHO	Weltgesundheitsorganisation (international: World Health Organization)
WONCA	World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners / Family Physicians

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1:	Umfassendes Modell einer regional vernetzten Versorgung im ländlichen Raum	S. 66
Abbildung 2:	Eigenschaften von Patientenorientierten Zentren zur Primär- und Langzeitversorgung	S. 67
Abbildung 3:	Beispielhafte Bündelung der Leistungen in einem Patientenorientierten Zentrum zur Primär- und Langzeitversorgung	S. 67

1. Einführung

„Der beste Weg, die Zukunft vorauszusagen, ist, sie zu gestalten.“

Willy Brandt, vierter deutscher Bundeskanzler
und Friedensnobelpreisträger, 1913–1992

Die Gestaltung einer bedarfsgerechten gesundheitlichen Versorgung ist eine der zentralen Aufgaben einer Gesundheits- und Sozialpolitik der Zukunft. Der global voranschreitende demografische Wandel bei gleichzeitiger Zunahme der Anzahl der chronischen Erkrankungen stellt dabei eine besondere Herausforderung dar, welche es in der zukünftigen Gesundheitsversorgung zu berücksichtigen gilt. Gleichmaßen herausfordernd ist zudem die Sicherstellung eines Versorgungssystems, das einen ungehinderten Zugang für alle Bürgerinnen und Bürger ermöglicht; auch in ländlichen und strukturschwachen Regionen. Internationale Diskurse über die Gestaltung einer zukünftigen gesundheitlichen Versorgung im Hinblick auf die oben genannten Bedingungen sind bereits seit vielen Jahren präsent. Dabei gelten die Vorteile, welche integrierte, sektorenübergreifende und kooperative Versorgungsmodelle implizieren, als unumstritten (vgl. Schaeffer, Hämel, Ewers 2015, S. 9–11; vgl. Schaeffer, Hämel 2016, S. 1–4).

Auf nationaler und internationaler Ebene lassen sich verschiedene Modelle und Maßnahmen finden, die eine strukturelle Veränderung zur Behebung der sich abzeichnenden gesundheitlichen Versorgungsproblematik, insbesondere für chronisch Erkrankte sowie in ländlichen Regionen Lebende, einschließen. In vielen Ländern setzen sich Wissenschaft als auch Politik seither damit auseinander, wie eine bedarfsgerechte Versorgungsgestaltung realisiert werden kann. Dabei reichen die unterschiedlichen Initiativen von neuen Modellen zur Primärversorgung über eine Verbesserung der Krankenhausversorgung bis hin zur Einrichtung von lokalen Gesundheitszentren. In Deutschland begann die Debatte um neue Versorgungsformen vergleichsweise spät. Doch mittlerweile gibt es auch hier viele Ansätze, die auf eine koordinierte und kooperative Versorgung abzielen. Neben der integrierten Versorgung (IV) oder der Hausarztzentrierten Versorgung (HzV) gehören beispielsweise auch Disease-Management-Programme (DMP), Medizinische Versorgungszentren (MVZ) sowie arztunterstützte Modelle dazu (vgl. Schaeffer, Hämel, Ewers 2015, S. 9–13; vgl. Schaeffer, Hämel 2016, S. 6–7). Ein weiteres Modell, um den komplexen

Bedarfslagen chronisch Erkrankter genügen und dabei die Primär- und Langzeitversorgung in einer Region erfüllen zu können, sind sogenannte Patientensorientierte Zentren zur Primär- und Langzeitversorgung (PORT-Zentren) (vgl. Schott 2017a).

Ausschlaggebend für die ausgewählte Themenstellung dieser Arbeit ist meine Anstellung als Praxisstudentin im Themenbereich (TB) Gesundheit bei der Robert Bosch Stiftung Gesellschaft mit beschränkter Haftung (GmbH) (RBSG) in Stuttgart. Die Tätigkeit innerhalb der Stiftung hat mich mit dem seit Februar 2015 deutschlandweit ausgeschriebenen Förderprogramm PORT – Patientensorientierte Zentren zur Primär- und Langzeitversorgung in Berührung gebracht. Ziel dieses stiftungsinitiierten Fördervorhabens ist „(...) die (Weiter-)Entwicklung und Einführung von lokalen, inhaltlich umfassenden und exzellenten Gesundheitszentren in Deutschland, die die Primär- und Langzeitversorgung in einer Region abdecken können.“ (Schott 2017a) Dabei sollen die zukünftigen PORT-Zentren eine koordinierte, kontinuierliche und umfassende Gesundheitsversorgung ermöglichen. Neben einer multiprofessionellen Ausrichtung, die alle Patientinnen und Patienten in ihrer individuellen Krankheitsbewältigung unterstützt, gelten Prävention und Gesundheitsförderung als integrative Bestandteile. Ausgerichtet auf den regionalen Bedarf sind Patientenzentrierung sowie eine gute kommunale Einbindung unabdingbar, damit die PORT-Zentren die Grundversorgung der Bevölkerung sowie eine bedarfsgerechte Versorgung chronisch Erkrankter aus einer Hand gewährleisten können (vgl. Klapper 2015; vgl. Schott 2017a).

Das PORT-Programm hat mein besonderes Interesse geweckt, weil es Impulse für eine Neuausrichtung der Gesundheitsversorgung in Deutschland bietet und dabei auf eine qualitative Weiterentwicklung der Versorgung abzielt. Es verleiht der Tatsache Ausdruck, dass die Veränderung von gesundheitlichen Versorgungsstrukturen an Bedeutung gewinnt, was die gesellschaftliche und praktische Relevanz der Auseinandersetzung mit dieser Thematik unterstreicht. Das beschriebene Förderprogramm stellt sich somit den Anforderungen an eine zukunftsfähige Gesundheitsversorgung in Deutschland (vgl. Schott 2017b).

Ebenso könnten derart neue Versorgungsformen auch neue berufliche Möglichkeiten für Pflegende und andere Gesundheitsberufe darstellen. Dieser Aspekt ist zudem besonders interessant, da die eigenen Erfahrungen während des Pflege-/Pflegermanagementstudiums zeigen, dass sich neben den Kommilitoninnen und Kommilitonen des Pflegemanagements auch Studierende aus den Bereichen Pflegepädagogik und Pflegewissenschaft die Frage stellen, wo sie nach dem Studienabschluss beruflich tätig sein können. Neben Institutionen wie Krankenhäusern oder stationären Langzeitpflegeeinrichtungen eignen sich neue Versorgungsformen, zum Beispiel in Form von etablierten PORT-Zentren, möglicherweise als potenzielle Arbeitgeber für die akademisch qualifizierten als auch für die beruflich ausgebildeten Gesundheitsprofessionen. Aus diesem Grund ist die Bearbeitung dieser Thematik hilfreich, sofern der Verortung der Pflege innerhalb der Modelle eine wesentliche Komponente zuteilwird.

Thematisch lässt sich die inhaltliche Auseinandersetzung mit den PORT-Zentren beziehungsweise den integrierten, kooperativen Versorgungsmodellen dem Bereich der Gesundheitswissenschaften sowie der Versorgungs- und Gesundheitsforschung zuordnen. Die Thematik lässt zudem Parallelen zu im Studium behandelten Inhalten erkennen. Beispielsweise wurden innerhalb des Moduls H 2015 mitunter Aspekte des Case-, Care- und Disease-Managements bearbeitet, mit denen sich diese Arbeit ebenfalls auseinandersetzt.

Meiner Ansicht nach gehört es zur Aufgabe zukünftiger Pflegermanagerinnen und -manager, sich den Anforderungen an die gesundheitliche und pflegerische Versorgung im Zuge des demografischen Wandels zu stellen und auf eine qualitativ hochwertige Leistung hinzuwirken. Dabei ist die Offenheit gegenüber möglichen Neuerungen obligat. Daher ist es für mich eine besondere Herausforderung, innerhalb dieser Bachelorarbeit ein neues, alternatives Versorgungsmodell für eine umfassende gesundheitliche Versorgung in Deutschland vorzustellen und dessen Potenzial gegenüber bereits bestehenden Modellen zu erörtern. Zu klären bleibt, ob PORT-Zentren die Antwort auf eine zukünftige Gesundheitsversorgung in Deutschland sind.

1.1

Hintergrund und Problemstellung

Das deutsche Gesundheitssystem steht vor der Aufgabe, der wachsenden Summe von älteren und hochaltrigen Menschen innerhalb der Bevölkerung zu begegnen. Weiterhin sieht sich die Gesellschaft mit der steigenden Relevanz von Multimorbidität, chronischen Erkrankungen und Pflegebedürftigkeit konfrontiert. Grundsätzlich zeichnet sich in Deutschland eine ungenügende Orientierung angesichts der Versorgung von alten Menschen und chronisch Kranken ab, die charakteristisch mit dauerhaften und komplexen gesundheitlichen Problemen sowie langfristigen Verläufen einhergeht. Dabei ist eine Neuausrichtung innerhalb der gesundheitlichen Versorgung denkbar, die insbesondere die Potenziale von integrierten, kooperativen Versorgungsmodellen fokussiert (vgl. Robert Koch-Institut (RKI) 2015, S. 415 – 416; vgl. Schaeffer, Hämel 2016, S. 1 – 2).

Deutschland zählt zu den Ländern, die weltweit mit am stärksten vom demografischen Wandel betroffen sind. Im Jahr 2015 liegt der Anteil der Menschen, die 60 Jahre und älter sind, bei 27,6 Prozent und das Land im internationalen Vergleich der United Nations (UN) somit weit vorne. An erster Stelle befindet sich Japan, mit einem Anteil von 33,1 Prozent an Personen, die 60 Jahre und älter sind. Den zweiten Platz belegt mit 28,6 Prozent Italien. Für das Jahr 2050 wird prognostiziert, dass jeder dritte Mensch in Deutschland mindestens 60 Jahre und älter ist. Die progrediente Bevölkerungsalterung drückt sich besonders durch die Zunahme der Anzahl an hochbetagten Menschen aus. Rund 4,5 Millionen 80-Jährige und Ältere leben im Jahr 2014 in Deutschland. Dies macht einen Anteil von etwa sechs Prozent der Bevölkerung aus. Prognosen zufolge wird die Zahl Hochbetagter im Jahr 2050 auf etwa 9,9 Millionen Menschen steigen, was einem Bevölkerungsanteil von 13 Prozent gleichkommen würde (vgl. UN, Department of Economic and Social Affairs 2015, S. 138; vgl. Statistisches Bundesamt 2016a, S. 6, S. 12, S. 15).

Gleichzeitig birgt der demografische Wandel eine Änderung des sogenannten Morbiditätsspektrums. Die Koexistenz mehrerer Erkrankungen wird als Multimorbidität bezeichnet, deren Wahrscheinlichkeit mit wachsendem Lebensalter steigt. Damit geht eine erhöhte Hilfs- und Pflegebedürftigkeit einher. Bei der Gesundheitsversorgung von älteren Menschen stellt die Multimorbidität einen zentralen Faktor dar

(vgl. Schaeffer, Hämel 2016, S. 2 – 3). In Deutschland gehören Herz-Kreislauf-, Krebs-, Muskel-Skelett-, psychische und demenzielle Erkrankungen sowie Diabetes mellitus zu den vorherrschenden chronischen Krankheiten (vgl. RKI 2015, S. 411).

Der telefonische Gesundheitssurvey zur Multimorbidität aus dem Jahr 2009 im Rahmen der Studie Gesundheit in Deutschland aktuell (GEDA) des RKI belegt, dass sich die Prävalenz chronischer Krankheiten mit steigendem Lebensalter erhöht. Die Ergebnisse zeigen, dass bei 75,8 Prozent der Frauen und rund 68 Prozent der Männer im Alter von 65 bis 74 Jahren mindestens zwei chronische Krankheiten vorliegen. Bei den über 75-jährigen Frauen sind es 81,7 Prozent und bei den Männern 74,2 Prozent. Fünf oder mehr chronische Krankheiten weisen in der Altersgruppe 65 bis 74 27,3 Prozent der Frauen und 19,6 Prozent der Männer auf. Bei den über 75-Jährigen geben 34,6 Prozent der Frauen und 25,9 Prozent der Männer an, an fünf oder mehr chronischen Erkrankungen zu leiden (vgl. Fuchs et al. 2012, S. 579; vgl. RKI 2015, S. 415 – 416). Zu ähnlichen Ergebnissen kommt auch der Deutsche Alterssurvey (DEAS) aus dem Jahr 2014. Hier führen 51,2 Prozent der 55- bis 69-Jährigen an, an zwei bis vier Erkrankungen zu leiden. Ferner geben 14,3 Prozent dieser Altersgruppe an, fünf oder mehr Erkrankungen zu haben. Bei den Personen zwischen 70 und 85 Jahren liegen bei 56,7 Prozent zwei bis vier Erkrankungen vor. Personen dieser Altersgruppe, die fünf oder mehr Erkrankungen haben, sind mit 25,4 Prozent vertreten (vgl. Deutsches Zentrum für Altersfragen 2016, S. 23).

Des Weiteren umfasst der demografische Wandel weitere Problematiken, die sich auf die Beschäftigten im Gesundheitswesen auswirken. Die Ärztestatistik der Bundesärztekammer (BÄK) gibt an, dass im Jahr 2016 von insgesamt 378.607 berufstätigen Ärztinnen und Ärzten 43.289 Personen zwischen 60 und 65 Jahre alt sind, also rund 11,4 Prozent. Die Zahl der über 65 Jahre alten berufstätigen Ärztinnen und Ärzte liegt bei 24.417 Personen und somit bei circa 6,5 Prozent. Aufgrund der sich wandelnden Altersstruktur der Ärzteschaft wird für die nächsten Jahre ein zunehmender Mangel an Ärztinnen und Ärzten vorausgesagt (vgl. BÄK 2016; vgl. Schaeffer, Hämel 2016, S. 3 – 4).

Analog dazu ist die Bilanz in der Pflege, wobei der Fachkräftemangel dort als noch gravierender vorausgesagt wird (vgl. Schaeffer, Hämel 2016, S. 3 – 4). Auf Grundlage der Daten des Mikrozensus aus dem Jahr 2005 gehen Afentakis und Maier davon aus, dass bis zum Jahr 2025 bei gleichbleibender Morbiditätsentwicklung (Status-quo-Szenario) ein Defizit von etwa 112.000 Pflegevollkräften existieren wird (vgl. Afentakis, Maier 2010, S. 997 – 999). Dem gegenüber stehen die Ergebnisse von anderen Studien, die einen noch größeren Fachkräftemangel prognostizieren. So gehen beispielsweise Rothgang et al. davon aus, dass in Deutschland im Jahr 2030 insgesamt rund 434.000 Vollzeitäquivalente in der ambulanten und stationären Pflege fehlen werden (vgl. Rothgang et al. 2012, S. 56). Grundsätzlich wird der Mangel an Fachkräften in der Pflege sowie in der Medizin als regional stark divergierend skizziert. Dabei sind ländliche und strukturschwache Regionen in besonderem Maße von einem Rückgang der Fachkräftequote gefordert (vgl. Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (SVR) 2012, S. 87; vgl. SVR 2014, S. 487; vgl. Schaeffer, Hämel 2016, S. 4).

Hinzu kommt, dass in Deutschland ein Verständnis von gesundheitlicher Versorgung überwiegt, „(...) demzufolge Gesundheitsförderung, Prävention, Kuration, Rehabilitation und Pflege nacheinander geschaltete Maßnahmen darstellen.“ (Schwartz, Helou 2000, S. 134) Das Verständnis kennzeichnet sich weiterhin durch die Ausrichtung auf Akutkrankheiten sowie eine sequenzielle Krankenversorgung, was speziell den Bedürfnissen chronisch Erkrankter wenig entspricht. Dem gegenüber steht eine kontinuierlich entwickelte Desintegration, was Badura und Feuerstein bereits in den 1990er Jahren festgestellt haben. Über viele Jahre hinweg hat sich im deutschen Gesundheitswesen eine Spezialisierung und Ausdifferenzierung der Versorgung sowie eine zunehmende Arbeitsteilung etabliert. Dies verursacht eine umfassende Fragmentierung der Prozesse, die das System komplex und intransparent erscheinen lässt (vgl. Badura 1994, S. 259, S. 261 – 262; vgl. Feuerstein 1994a, S. 205 – 206; vgl. Feuerstein 1994b, S. 233 – 234). Die zentral bestehenden Probleme basieren auf der Trennung der einzelnen Sektoren, welche die soziale, gesundheitliche und pflegerische Versorgung betreffen. Dies impliziert vielfach Schnittstellenproblematiken, die mitunter auf eine

unzureichende Durchlässigkeit zwischen den verschiedenen Versorgungsstrukturen zurückzuführen sind. Gerade der ambulante Bereich kennzeichnet sich durch eine starke Zergliederung, und die zunehmende Spezialisierung und Ausdifferenzierung erschwert den Patientinnen und Patienten die Orientierung. Das Gesundheitssystem in Deutschland ist komplex. Letztendlich weist es Defizite in der Kooperation und Koordination auf, was die Notwendigkeit der Integration zusätzlich unterstreicht. Die Verbesserung der Patientenorientierung im Gesundheitswesen spielt dabei eine wichtige Rolle (vgl. SVR 2012, S. 137 – 139; vgl. Schaeffer, Hämel 2016, S. 5 – 6).

Abschließend kann festgehalten werden, dass der demografische Wandel Deutschland hinsichtlich seiner Gesundheitsversorgung besonders fordert. Altersassoziierte chronische Erkrankungen werden häufiger und bedürfen einer komplexen und langfristigen Versorgung. Der steigende Versorgungsbedarf, kombiniert mit dem Fachkräftemangel und der wachsenden Fragmentierung der Prozesse, stellt das System vor Herausforderungen. Mittlerweile verfügt auch Deutschland über verschiedene Modelle zur Entgegnung der Desintegration, um eine stärkere integrierte, kooperative Versorgung zu erzielen, die den veränderten Bedarfslagen der Bevölkerung entspricht (vgl. RKI 2015, S. 435; vgl. Schaeffer, Hämel 2016, S. 6 – 7).

1.2 Zentrale Fragestellungen und Ziel der Arbeit

Ausgehend von den beschriebenen Darstellungen und Problemen haben sich das dieser Arbeit zugrunde liegende Ziel und die darauf aufbauenden Forschungsfragen entwickelt. Ziel dieser Arbeit ist es, patientenorientierte Zentren zur Primär- und Langzeitversorgung als alternative, neue Möglichkeit der gesundheitlichen Versorgung in Deutschland vorzustellen und sie bereits bestehenden nationalen Versorgungsformen und -modellen gegenüberzustellen. Hierfür sollen die nachfolgenden Fragestellungen leitend fungieren:

- Wie gestaltet sich die ambulante gesundheitliche und medizinische Regelversorgung in Deutschland?
- Welche Versorgungsmodelle und -formen als Maßnahme zur integrierten und kooperativen Gesundheitsversorgung gibt es in Deutschland?
- Was sind patientenorientierte Zentren zur Primär- und Langzeitversorgung und was zeichnet die gesundheitliche Versorgung innerhalb dieser aus?

Die in dieser Arbeit vorgestellten Versorgungsformen und -modelle sollen zudem die Relevanz von chronisch Kranken berücksichtigen und als Maßnahmen der integrierten und kooperativen Gesundheitsversorgung gelten, deren Kernelemente in dieser Arbeit dargelegt werden. Die von der RBSG initiierten PORT-Zentren stellen eine neue Möglichkeit der gesundheitlichen Versorgung in Deutschland dar. Es soll abschließend diskutiert werden, welche Potenziale diese Versorgungsform aufzeigt und ob beziehungsweise inwieweit PORT-Zentren eine Alternative in der Gesundheitsversorgung in Deutschland darstellen können.

1.3 Methodik, Literatursauswahl und Chronologie

Eine systematische Literaturrecherche in den Datenbanken CINAHL, CareLit®, PubMed als auch die Datenbanken und Bestandskataloge der Hochschule Esslingen sowie der Württembergischen Landesbibliothek Stuttgart bilden den theoretischen Rahmen dieser Arbeit. Ebenso erfolgte die Literaturrecherche über die Zeitschriftendatenbank ZDB der Hochschule Esslingen und die der Württembergischen Landesbibliothek Stuttgart sowie über das Internet. Die methodische Durchsichtung der Literatur bezog sich überwiegend auf die Bereiche der Versorgungs- und Gesundheitsforschung. Ferner stellt das Sozialgesetzbuch Fünftes Buch – Gesetzliche Krankenversicherung (SGB V) eine Grundlage der in dieser Arbeit beschriebenen Versorgungsformen dar. Als Schlüsselwörter bei der Recherche gelten die Suchbegriffe Integration, integrierte Versorgung, Gesundheitsversorgung, ambulante Gesundheitsversorgung, hausärztliche Versorgung, Kooperation, Primärversorgung, Gesundheitszentren, Versorgungsmodelle, Versorgungsformen und patientenorientierte Zentren zur Primär- und Langzeitversorgung.

Neben den bereits genannten Problemstellungen, der daraus resultierenden Zielformulierung und den zentralen Fragestellungen wird in Kapitel 2 dieser Arbeit zunächst auf die ambulante medizinische und gesundheitliche Versorgungssystematik in Deutschland eingegangen. Kapitel 2.1 beschreibt den Begriff der Primärversorgung, wobei in Kapitel 2.2 und 2.3 die haus- sowie die fachärztliche Versorgungssystematik dargestellt werden. Im darauffolgenden Kapitel wird auf die ambulante Krankenhausversorgung eingegangen. Das gesamte Kapitel 3 beschäftigt sich mit Maßnahmen der integrierten und kooperativen Gesundheitsversorgung, indem ausgewählte Versorgungsmodelle skizziert werden. Diese subsumieren sich unter dem Begriff der neuen Versorgungsformen. Kapitel 3.1 beschreibt die IV und Kapitel 3.2 die MVZ. In den Kapiteln 3.3 bis 3.5 werden die HzV, die DMP sowie arztunterstützende Modelle vorgestellt. Schließlich beschäftigt sich das Kapitel 4 mit dem Förderprogramm PORT der RBSG. Hierzu werden einleitend die Stiftung sowie der TB Gesundheit vorgestellt, um im weiteren Verlauf auf den Entstehungshintergrund und die Intention der Stiftung zum PORT-Programm einzugehen. Da internationale Versorgungsmodelle die Entstehung des Förderprogramms

betreffen, wird in den Kapiteln 4.2.1 bis 4.2.3 ein Exkurs zu verschiedenen Versorgungsmodellen der Länder Kanada und Finnland vorgenommen. Im weiteren Verlauf werden die Eigenschaften und Merkmale sowie die Struktur und der Aufbau eines PORT-Zentrums abgebildet. Schließlich geht Kapitel 4.6 auf die ausgewählten PORT-Initiativen ein, indem deren Umsetzungsvorhaben kurz skizziert werden. Das Kapitel 5 soll abschließend die Erkenntnisse der vorangegangenen Darlegungen aufgreifen und die unterschiedlichen Versorgungsformen den PORT-Zentren gegenüberstellen, um mögliche Potenziale dieses neuen Modells aufzuzeigen. Abschließend werden ein Fazit sowie ein Ausblick gegeben. Im Zuge der Geschlechtergerechtigkeit und einer geschlechtergerechten Sprachform erfolgt in dieser Bachelorarbeit die Beidnennung der Geschlechter, indem sowohl das generische Femininum als auch das generische Maskulinum (Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter) verwendet werden und die Verwendung geschlechtsneutraler Begriffe (Mitarbeitende) erfolgt. Die stationäre Gesundheitsversorgung, die (pflegerische) Langzeitversorgung sowie die Darstellung der Krankenversicherungssystematik in Deutschland sollen an dieser Stelle nicht weiterführend thematisiert werden.

2. Ambulante medizinische und gesundheitliche Versorgungssystematik in Deutschland

In diesem Kapitel soll das System der ambulanten gesundheitlichen und medizinischen Versorgungssystematik in Deutschland aufgezeigt werden. Somit ist hier die Forschungsfrage, wie sich die ambulante gesundheitliche und medizinische Versorgung in Deutschland gestaltet, maßgeblich. Am Ende soll ein Verständnis dahingehend vorliegen, wie sich die ambulante Gesundheitsversorgung zusammensetzt und welche Professionen und Institutionen dabei relevant sind.

Zunächst ist festzuhalten, dass medizinische und gesundheitliche Leistungen ambulant durchgeführt werden, wenn die zu behandelnde Person nicht über Nacht in einer Versorgungseinrichtung verweilen muss. Dies bedeutet, dass sich die ambulante Versorgung in der Regel außerhalb von Krankenhäusern vollzieht. In einigen Fällen können Krankenhäuser jedoch auch ambulante gesundheitliche Leistungen erbringen (vgl. RKI 2015, S. 303). Neben den niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten spielen weitere Gesundheitsprofessionen in der ambulanten Versorgung eine Rolle. Nach Angaben des Statistischen Bundesamtes arbeiten im Jahr 2015 2.198.000 Personen in der ambulanten Gesundheitsversorgung. Die größte Berufsgruppe stellen mit insgesamt 569.000 Personen Arzt- und Praxishilfen dar. An zweiter Stelle stehen die pflegenden Berufe – hier werden insgesamt 334.000 Beschäftigte in der ambulanten Gesundheits- und Kranken-, Alten- und Entbindungspflege sowie dem Rettungsdienst verzeichnet. Die personell drittgrößte Gruppe bilden Berufe der nichtärztlichen Therapie und Heilkunde: Insgesamt 272.000 Personen sind in diesem Bereich tätig. Human- und Zahnmedizinerinnen und -mediziner stehen mit 219.000 Personen an vierter Stelle der in der ambulanten Gesundheitsversorgung beschäftigten Personen (vgl. Statistisches Bundesamt 2017a, S. 21–30).

Weiterhin nehmen die Kassenärztlichen Vereinigungen (KV) in Deutschland eine zentrale Funktion in der ambulanten Versorgung ein. Als öffentlich-rechtliche Körperschaften erfüllen sie staatliche Aufgaben und agieren als Interessenvertretung aller Vertragsärztinnen und -ärzte. Überdies hat der Staat ihnen den sogenannten Sicherstellungsauftrag erteilt, welcher die KV nach § 75 Absatz 1 SGB V gesetzlich dazu verpflichtet, die ambulante vertragsärztliche Versorgung in dem jeweiligen KV-Bezirk zu sichern. Der Auftrag umfasst zudem die angemessene und zeitnahe Bereitstellung von ambulanten ärztlichen Versorgungsleistungen für alle gesetzlich Versicherten (vgl. Simon 2013, S. 271; vgl. RKI 2015, S. 303).

Aufgrund fehlender einheitlicher Definitionen der Begriffe Primärversorgung, primärärztliche Versorgung und hausärztliche Versorgung erfolgt in der nationalen und internationalen Praxis eine ambivalente bis hin zur synonymen Verwendung dieser Termini. Obwohl es an einer Spezifizierung der Begrifflichkeiten fehlt, sind darauf basierende, differierende Versorgungskonzepte im deutschen Sozialrecht statuiert (vgl. Schlette, Blum, Busse 2009, S. 12; vgl. SVR 2010, S. 29; vgl. Räker 2017, S. 69). Eine Definition der genannten Begriffe ist deshalb zu Beginn der Arbeit zielführend.

Im ersten Teil dieses Kapitels erfolgt eine Beschreibung der gesundheitlichen Primärversorgung. Dabei wird neben der Definition des Begriffes auf den Stellenwert der unterschiedlichen Professionen innerhalb der primären Gesundheitsversorgung eingegangen. Da Ärztinnen und Ärzte eine zentrale Stellung in der ambulanten gesundheitlichen Versorgung haben, werden in den Kapiteln 2.2 und 2.3 die haus- sowie die fachärztliche Versorgung erläutert. Daneben können auch Krankenhäuser ambulante medizinische Leistungen erbringen (vgl. RKI 2015, S. 303). Aus diesem Grund wird im letzten Abschnitt dieses Kapitels die ambulante Krankenhausversorgung skizziert. Neben den Begriffsdefinitionen werden verschiedene Studienergebnisse zur Altersstruktur der Ärzteschaft sowie zum bevölkerungsseitigen Inanspruchnahmeverhalten der ambulanten Gesundheitsversorgung vorgestellt.

2.1

Primärversorgung

Die Primärversorgung ist ein ursprünglich in Großbritannien entwickeltes Konzept, welches auf dem Dawson Report aus dem Jahr 1920 beruht. Dieser Bericht erwähnt erstmals ein Primary Health Centre – also ein Primärversorgungs-zentrum – als eine Einrichtung beziehungsweise erste Anlaufstelle, welche die Erbringung von kurativen und präventiven Interventionen umfasst. Diese Zentren sollen laut Dawson den Mittelpunkt der regionalen Gesundheitsversorgung darstellen und kurative als auch präventive medizinische Versorgungsleistungen bieten, die durch überwiegend dort tätige Hausärztinnen und -ärzte erbracht werden (vgl. Dawson of Penn 1920; vgl. SVR 2010, S. 33–34).

Im Jahr 1978 wird das Konzept der Primärversorgung in der Deklaration von Alma-Ata von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) weiterführend beschrieben. Gemäß der WHO ist die primäre Gesundheitsversorgung, international als Primary Health Care bezeichnet, „(...) die erste Ebene, auf der Einzelpersonen, Familien und die Gemeinschaft in Kontakt mit dem nationalen Gesundheitssystem treten (...) und stellt das erste Element eines kontinuierlichen Prozesses der Gesundheitsversorgung dar.“ (WHO 1978) Weiterhin lässt die WHO verlauten: „Die primäre Gesundheitsversorgung (...) sollte durch integrierte, funktionsfähige und einander unterstützende Überweisungssysteme aufrechterhalten werden (...)“ (WHO 1978) Ebenso werden in der Deklaration die verschiedenen Gesundheitsprofessionen als wichtige Akteure genannt. So heißt es, die Primärversorgung „(...) ist auf der lokalen Ebene und bei Überweisungen auf Gesundheitsfachkräfte wie Ärzte, Pflegekräfte, Hebammen, Hilfskräfte und Sozialarbeiter, gegebenenfalls aber auch auf die Hilfe traditioneller Mediziner angewiesen (...)“ (WHO 1978) Ausgehend von diesem Verständnis betont die WHO auch in den darauffolgenden Jahren den besonderen Stellenwert der Primärversorgung im Gesundheitswesen. 30 Jahre nach der Deklaration von Alma-Ata veranstaltet die WHO eine internationale Konferenz in Almaty in Kasachstan, der ehemaligen Stadt Alma-Ata. Anlässlich dessen wird am 14. Oktober 2008 der World Health Report 2008 publiziert. Der WHO-Bericht verweist unter anderem auf eine direkte Verbindung zwischen den Herausforderungen, die eine alternde Bevölkerung bei gleichzeitiger Zunahme von chronischen Erkrankungen mit sich bringt. Weiterhin wird die interdisziplinäre Kooperation als eine Komponente der primären Gesundheitsversorgung

herausgestellt und die Erforderlichkeit einer Koordination der verschiedenen Einrichtungen beziehungsweise Professionen hervorgehoben, um so die Netzwerkfunktion der Primärversorgung grundlegend zu sichern. Zudem führt die WHO an, dass eine wachsende Fragmentierung der Gesundheitsversorgung eine stärkere Orientierung aller Staaten in Richtung einer primären Gesundheitsversorgung erfordert (vgl. WHO 1978; vgl. WHO 2008; vgl. van den Bussche 2011, S. 453–454; vgl. SVR 2010, S. 34–35).

Daneben definiert der SVR die Primärversorgung als einen „(...) Bereich medizinischer Grundversorgung, in dem die primäre (auch durch ungefilterte Erstinanspruchnahme), umfassende und individuelle Versorgung aller Gesundheitsanliegen erfolgt. Die Primärversorgung umfasst die niedrigschwellige Betreuung auch durch andere Gesundheitsberufe und auch innerhalb von Familien sowie kommunalen Strukturen.“ (SVR 2010, S. 30)

Die Zitate und Ausführungen veranschaulichen, dass es sich bei der primären Gesundheitsversorgung nicht ausschließlich um die medizinische Versorgung handelt; vielmehr geht es um eine Kooperation von zahlreichen Aktivitäten in den unterschiedlichen gesellschaftlichen Bereichen. Primärversorgung übersteigt demzufolge die hausärztliche beziehungsweise allgemeinmedizinische Versorgung (vgl. WHO 1978; vgl. SVR 2010, S. 33–34; vgl. van den Bussche 2011, S. 453–455). Obwohl es keine verbindliche Definition gibt, kann abschließend festgehalten werden, dass die Primärversorgung immer ein umfassendes Konzept darstellt. Sie ist in den meisten Gesundheitssystemen die erste Anlaufstelle für Patientinnen und Patienten und bindet sowohl ärztliche als auch nichtärztliche Gesundheitsberufe in die Versorgung ein. Ihr Ziel besteht in der Überwindung von zergliederten ambulanten und stationären Versorgungsstrukturen und der Koordination der Gesundheitsversorgung im Sinne der Bevölkerung (vgl. Schlette, Blum, Busse 2009, S. 11–14; vgl. van den Bussche 2011, S. 454–456). Die primäre Gesundheitsversorgung kann „(...) je nach Land, System oder Profession über Versorgungsebenen, über Funktionen und Aktivitäten oder eben über Organisationsstrukturen definiert werden.“ (Schlette, Blum, Busse 2009, S. 12)

2.2

Hausärztliche Versorgung

Im deutschen Gesundheitswesen erfolgt die ambulante gesundheitliche und medizinische Versorgung neben Fachärztinnen und -ärzten vor allem durch Hausärztinnen und -ärzte beziehungsweise Vertragsärztinnen und -ärzte der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV). Die hausärztliche Versorgung nimmt dabei eine wesentliche Aufgabe in der gesundheitlichen Primärversorgung ein (vgl. SVR 2010, S. 27; vgl. Raker 2017, S. 48).

Heutzutage wird die ambulante ärztliche Versorgung in Deutschland nahezu ausschließlich durch sogenannte niedergelassene Ärztinnen und Ärzte realisiert. Diese sind bei gesundheitlichen Problemen im Regelfall die erste Anlaufstelle für die Patientinnen und Patienten. Laut den Ergebnissen der Mikrozensus-Zusatzerhebung aus dem Jahr 2015 sind in Deutschland 69.252.000 Personen gesetzlich krankenversichert. Bei einem Bevölkerungsstand zum 31. Dezember 2015 von insgesamt 82.175.000 Personen entspricht dies einem Anteil von rund 85 Prozent in Deutschland gesetzlich krankenversicherter Menschen. Ausgehend davon ist die ambulante ärztliche Versorgung gewissermaßen bedeutungsgleich mit der ambulanten ärztlichen Versorgung von Krankenkassenpatientinnen und -patienten (vgl. Simon 2013, S. 269; vgl. Statistisches Bundesamt 2016b, S. 18; vgl. Statistisches Bundesamt 2017b).

Die niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte können die Versorgung von Krankenkassenpatientinnen und -patienten nur vornehmen, wenn sie hierzu eine Zulassung als Vertragsärztin beziehungsweise Vertragsarzt der GKV haben. Ungefähr 95 Prozent der niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte in Deutschland sind Vertragsärztinnen und -ärzte der GKV (vgl. Simon 2013, S. 269). Laut Kassenärztlicher Bundesvereinigung (KBV) nehmen im Jahr 2016 insgesamt 146.054 Ärztinnen und Ärzte an der vertragsärztlichen Versorgung teil. Darunter sind 54.605 Hausärztinnen und -ärzte; exklusive Pädiaterinnen und Pädiater (vgl. KBV 2016). Die an der vertragsärztlichen Versorgung Teilnehmenden werden untergliedert in Vertrags-, Partner-, angestellte und ermächtigte Ärztinnen und Ärzte. Sofern diese ambulant, aber außerhalb der vertragsärztlichen Versorgung agieren, fungieren sie als Privatärztinnen und -ärzte (vgl. Simon 2013, S. 273–275).

Das SGB V formuliert zur vertragsärztlichen Versorgung in § 73 Absatz 1 Satz 1 Folgendes: „Die vertragsärztliche Versorgung gliedert sich in die hausärztliche und in die fachärztliche Versorgung.“ Die hausärztliche Versorgung ist somit innerhalb der vertragsärztlichen Versorgung statuiert und stellt einen exakt definierten Tätigkeitsbereich dar, welcher in Abgrenzung zur fachärztlichen Versorgung steht. Hausärztinnen und -ärzte sind im Normalfall mit dem persönlichen Umfeld ihrer Patientinnen und Patienten vertraut und können alle relevanten Befunde der zu Behandelnden zusammenführen. Eine weiterführende fachärztliche Versorgung sollte möglichst nur nach einer durch die Hausärztin beziehungsweise den Hausarzt getätigten Überweisung erfolgen (vgl. SVR 2010, S. 30; vgl. Simon 2013, S. 271–272). Der § 73 SGB V definiert ferner den Inhalt und das Aufgabenfeld der hausärztlichen Versorgung. In § 73 Absatz 1 a Satz 1 SGB V heißt es, dass „(...) 1. Allgemeinärzte, 2. Kinderärzte, 3. Internisten ohne Schwerpunktbezeichnung, die die Teilnahme an der hausärztlichen Versorgung gewählt haben, 4. Ärzte, die nach § 95a Abs. 4 und 5 Satz 1 in das Arztregister eingetragen sind und 5. Ärzte, die am 31. Dezember 2000 an der hausärztlichen Versorgung teilgenommen haben (...)“, an der hausärztlichen Versorgung teilnehmen.

Zu Zeiten der Deutschen Demokratischen Republik (DDR) waren Polikliniken und Ambulatorien die vorherrschende Organisationsform der ambulanten ärztlichen Versorgung. Daneben wurde besonders in ländlichen Regionen die ambulante Gesundheitsversorgung durch staatliche Arztpraxen sowie Gemeindeschwesternstationen ausgebaut. Nach der Wiedervereinigung Deutschlands wurden die Polikliniken schnell wieder aufgelöst und die darin angestellten Ärztinnen und Ärzte zur Niederlassung veranlasst (vgl. Busse, Blümel, Ognyanova 2013, S. 182; vgl. Simon 2013, S. 60–63). In Deutschland dominieren heute in der ambulanten gesundheitlichen Regelversorgung Einzelpraxen; in etwa 58 Prozent der Praxen sind in dieser Organisationsform strukturiert. In einer Einzelpraxis behandelt eine Ärztin beziehungsweise ein Arzt Patientinnen und Patienten eigenständig. Zur Gestaltung der ärztlichen Versorgung gemäß eigenen Vorstellungen bietet diese Organisationsform die größtmögliche Flexibilität – zum Beispiel in Bezug auf Leistungsspektrum, Ausstattung der Praxis oder Sprechstundenangebot. Bei der Behandlung innerhalb der Einzelpraxis assistieren dem ärztlichen

Personal üblicherweise mehrere Medizinische Fachangestellte (MFA). Die Eigentümerinnen und Eigentümer der Praxis sind wirtschaftlich selbstständig und tragen die Verantwortung für die Finanzierung. Daneben zählen Praxisgemeinschaften, Berufsausübungsgemeinschaften (BAG) – in der Vergangenheit als Gemeinschaftspraxen bezeichnet – und MVZ zu den klassischen Organisationsformen der ambulanten ärztlichen Versorgung (vgl. Simon 2013, S. 283; vgl. KBV 2017a; vgl. KBV 2017b).

Während die in einer Praxisgemeinschaft zusammengeschlossenen Ärztinnen und Ärzte lediglich Räumlichkeiten, Personal und Ausstattungen innerhalb der Praxis gemeinsam nutzen, schließen sich in einer BAG mindestens zwei Ärztinnen und Ärzte in einer Praxis zusammen. Die in der BAG tätigen Medizinerinnen und Mediziner üben demnach gemeinsam den Beruf aus, besitzen eine kollektive Patientenkartei, rechnen zusammen ab und verfügen über gemeinsam genutzte Räume, Ausstattung und Personal. Die Abrechnung innerhalb einer Praxisgemeinschaft erfolgt dahingegen getrennt; es existieren zudem separate Patientenkarteien und die Berufsausübung erfolgt eigenständig. Die MVZ werden in einem gesonderten Kapitel beschrieben (vgl. Bilger, Engeser 2017, S. 77; vgl. KBV 2017b; vgl. KBV 2017c).

Die GKV-Versicherten haben unter den als Vertragsärztinnen und -ärzten zugelassenen niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten nach § 76 SGB V die freie Arztwahl. Ferner werden sie rechtlich dazu angehalten, sich eine Hausärztin beziehungsweise einen Hausarzt zu suchen und diesen innerhalb eines Kalendervierteljahres auch beizubehalten; allerdings wird nicht überprüft, ob dieser gesetzlichen Regelung tatsächlich Folge geleistet wird (vgl. Busse, Blümel, Ognyanova 2013, S. 177).

Über 90 Prozent der deutschen Bevölkerung haben eine Hausärztin beziehungsweise einen Hausarzt. Bei dem Personenkreis der über 65-Jährigen sind es sogar knapp 95 Prozent (vgl. Klimm 2017, S. 58). In der Zeit von 2008 bis 2011 begehen sich laut der vom RKI im Rahmen des bundesweiten Gesundheitsmonitorings durchgeführten Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS1) Frauen und Männer im Alter von 18 bis 79 Jahren durchschnittlich 9,2-mal binnen eines Jahres in eine Arztpraxis. Dabei geben 96 Prozent

der Frauen und rund 98 Prozent der Männer im Alter von 65 bis 79 Jahren an, innerhalb des letzten Jahres mindestens einmal niedergelassene Ärztinnen und Ärzte aufzusuchen. Laut DEGS1 suchen rund 98 Prozent der 65- bis 79-jährigen Frauen und rund 95 Prozent der 65- bis 79-jährigen Männer mindestens einmal jährlich eine Hausärztin oder einen Hausarzt auf. Bei der Inanspruchnahme ärztlicher Leistungen spielen nicht nur Alter und Geschlecht, sondern auch Sozialstatus und Gesundheitszustand eine Rolle. Personen mit einem eher niedrigen Sozialstatus geben in den letzten zwölf Monaten 10,4 Arztkontakte und Personen mit einem höheren sozialen Status 8,3 Kontakte an. Die Personen mit einem sehr guten bis guten Gesundheitszustand geben 7,4 Arztkontakte innerhalb eines Jahres an, wohingegen Personen mit einem mittelmäßigen bis sehr schlechten Gesundheitszustand durchschnittlich 15,0-mal eine Arztpraxis aufsuchen (vgl. Rattay et al. 2013, S. 833–837; vgl. RKI 2015, S. 423).

Ferner soll kurz auf die Altersstruktur und die Arztzahlenentwicklung eingegangen werden. Nach Angaben der KBV sind im Jahr 2016 10.243 Hausärztinnen und -ärzte zwischen 60 und 65 Jahre alt. Dies entspricht einem Anteil von 22,2 Prozent. Weiterhin sind 5.774 Hausärztinnen und -ärzte über 65 Jahre alt und somit 12,5 Prozent der Personen 65 Jahre und älter (vgl. KBV 2016). Demgegenüber erklären Klose und Rehbein, dass im Jahr 2016 bundesweit knapp 33 Prozent der Hausärztinnen und -ärzte 60 Jahre und älter sind (vgl. Klose, Rehbein 2016, S. 28). Über Prognosen zur Arztzahlenentwicklung in Deutschland liegen unterschiedliche Studien vor. Kopetsch geht davon aus, dass bis zum Jahr 2020 insgesamt 23.768 Hausärztinnen und -ärzte, die aus dem Berufsleben ausscheiden, ersetzt werden müssen (vgl. Kopetsch 2010, S. 64, S. 143). Ostwald et al. nehmen an, dass bis zum Jahr 2020 eine Neubesetzung von 23 Prozent der notwendigen Arztstellen in den ambulanten Arztpraxen nicht möglich sein wird. Für das Jahr 2030 prognostizieren sie, dass über 87.000 Ärztinnen und Ärzte in den Arztpraxen fehlen werden (vgl. Ostwald et al. 2010, S. 41–42).

Wie bereits beschrieben ist die vertragsärztliche Versorgung in die haus- und fachärztliche Versorgung gegliedert. Dabei können an der hausärztlichen Versorgung nach § 73 SGB V unter anderem Allgemeinärztinnen und -ärzte teilnehmen. Demnach kann der Allgemeinmedizin ein hoher Stellenwert

2.3

Fachärztliche Versorgung

beigemessen und diese Disziplin als einer der Kernbereiche innerhalb der hausärztlichen Versorgung verstanden werden (vgl. Simon 2013, S. 276; vgl. Raker 2017, S. 70).

In der Literatur existieren unterschiedliche Definitionen zum Gebiet der Allgemeinmedizin. Die Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin (DEGAM) beschreibt in ihrer Fachdefinition: „Der Arbeitsbereich der Allgemeinmedizin beinhaltet die Grundversorgung aller Patienten mit körperlichen und seelischen Gesundheitsstörungen in der Notfall-, Akut- und Langzeitversorgung sowie wesentliche Bereiche der Prävention und Rehabilitation. Allgemeinärztinnen und Allgemeinärzte sind darauf spezialisiert, als erste ärztliche Ansprechpartner bei allen Gesundheitsproblemen zu helfen.“ (DEGAM 2002) Die BÄK definiert in ihrer (Muster-) Weiterbildungsordnung, dass der Bereich der Allgemeinmedizin eine lebenslang begleitende hausärztliche Betreuung einschließt. Diese soll für Menschen in jedem Alter und bei jeglichen Formen von Gesundheitsstörungen erfolgen (vgl. BÄK 2015). Eine weitere Definition formuliert der europäische Zweig der World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners / Family Physicians (WONCA). Sie beschreibt die Allgemeinmedizin als eine akademische und wissenschaftliche Fachrichtung, die auf die Primärversorgung ausgerichtet ist und als erster medizinischer Berührungspunkt im Gesundheitssystem fungiert (vgl. WONCA 2002).

Deutlich wird, dass die Allgemeinmedizin eine hohe Bedeutung innerhalb der hausärztlichen und der primären Versorgung einnimmt. Laut Gesetz können neben Allgemeinmedizinerinnen und -medizinerinnen ebenfalls Internistinnen und Internisten an der hausärztlichen Versorgung teilnehmen. Sie können entweder an der haus- oder an der fachärztlichen Versorgung partizipieren. Beide Disziplinen stellen unterschiedliche Fachrichtungen dar und erfordern eine entsprechende ärztliche Fachweiterbildung. Von den im Jahr 2016 insgesamt 146.054 an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärztinnen und Ärzten sind 34.865 Personen Allgemeinmedizinerinnen und -mediziner und 26.812 Personen Internistinnen und Internisten. Von den Internistinnen und Internisten sind 14.853 Personen hausärztlich und 9.822 Personen fachärztlich tätig (vgl. Scholz 2009, S. 481; vgl. SVR 2010, S. 79; vgl. KBV 2016).

Wie bereits dargestellt unterteilt sich die vertragsärztliche Versorgung in die Bereiche der haus- und fachärztlichen Versorgung. Beinahe alle Fachgebiete der Medizin lassen sich innerhalb der vertragsärztlichen Versorgung vorfinden (vgl. Busse, Blümel, Ognyanova 2013, S. 182). Die an der hausärztlichen Versorgung partizipierenden Ärztinnen und Ärzte wurden im vorherigen Kapitel genannt. Demnach heißt es in § 73 Absatz 1 a Satz 2 SGB V: „Die übrigen Fachärzte nehmen an der fachärztlichen Versorgung teil.“

Lediglich die über eine abgeschlossene Weiterbildung verfügenden Ärztinnen und Ärzte können an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen. Aufgrund dessen durchlaufen annähernd alle Ärztinnen und Ärzte eine fachärztliche Weiterbildung, wenn sie im Anschluss an ihr Medizinstudium über eine kurative Tätigkeit verfügen möchten. Innerhalb der Weiterbildung werden spezielle Kompetenzen in den jeweiligen medizinischen Fachgebieten vermittelt. Diese reichen über die innerhalb des Grundstudiums erworbenen Fähigkeiten hinaus. Art, Inhalt und Dauer der Weiterbildung sind abhängig von der Fachdisziplin, und der erfolgreiche Abschluss der Weiterbildung führt schließlich zur Facharztbezeichnung in der jeweiligen Fachrichtung. Der Großteil der von den Ländern verabschiedeten Kammergesetze reglementiert, dass sich Ärztinnen und Ärzte auf das medizinische Gebiet beschränken müssen, das deren Facharztbezeichnung entspricht. Hieraus ergibt sich die Notwendigkeit, auch aus haftungsrechtlicher Sicht, dass Haus- sowie Fachärztinnen und -ärzte die zu Behandelnden an ärztliche Kolleginnen und Kollegen verweisen müssen, sofern diese die für eine weiterführende Behandlung erforderlichen speziellen Kompetenzen haben (vgl. Scholz 2009, S. 481; vgl. SVR 2010, S. 75).

Die vertragsärztliche Versorgung verteilt sich auf unterschiedliche Fachgebiete. Dazu gehören zum Beispiel die Gebiete der Chirurgie, Orthopädie, Radiologie und Frauenheilkunde (vgl. KBV 2016). Laut DEGS1 stellt die Allgemeinmedizin die am häufigsten konsultierte Facharzttrichtung dar. Von den 18- bis 79-jährigen Frauen und Männern suchen 79,4 Prozent mindestens einmal innerhalb eines Jahres eine Allgemeinärztin beziehungsweise einen Allgemeinarzt auf. Mit einem Anteil von 71,7 Prozent stellen die Zahnmedizinerinnen und -mediziner die am zweithäufigsten konsultierte Facharzt-

2.4

Ambulante Krankenhausversorgung

gruppe dar. Bei den Frauen haben zudem die Gynäkologinnen und Gynäkologen eine hohe Bedeutung – mit einem Anteil von 69,9 Prozent stehen diese an dritter Stelle der am häufigsten kontaktierten Facharztgruppen. Darüber hinaus nehmen Patientinnen und Patienten im Alter von 18 bis 79 Jahren im Durchschnitt 3,5-mal innerhalb eines Jahres Fachärztinnen und -ärzte in Anspruch. Verglichen mit dem Durchschnitt ist die Frequenz der Inanspruchnahme fachärztlicher Leistungen besonders bei den älteren Patientinnen und Patienten hoch. Personen im Alter von 60 bis 69 Jahren suchen durchschnittlich 4,2-mal und die 70- bis 79-Jährigen durchschnittlich 4,3-mal niedergelassene Fachärztinnen und -ärzte auf (vgl. Rattay et al. 2013, S. 833–840; vgl. RKI 2015, S. 307).

Auch zum prognostizierten Mangel an Fachärztinnen und -ärzten liegen verschiedene Studien vor. So geht Kopetsch davon aus, dass bis zum Jahr 2020 insgesamt 28.006 an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Fachärztinnen und -ärzte fehlen werden. Ein zusätzlicher Ärztebedarf betrifft laut Kopetsch insbesondere die Fachgebiete der Frauen-, Augen- und Nervenheilkunde sowie die Dermatologie (vgl. Kopetsch 2010, S. 72–76, S. 143). Weiterhin beschreiben Ostwald et al., dass speziell Internistinnen und Internisten sowie Allgemein-, Frauen- und Kinderärztinnen und -ärzte im ambulanten Bereich fehlen werden. Dieser Mangel wird Prognosen zufolge ab dem Jahr 2020, spätestens aber bis zum Jahr 2030 eintreten (vgl. Ostwald et al. 2010, S. 47–48).

Ambulante medizinische und gesundheitliche Leistungen können auch in Krankenhäusern durchgeführt werden. Im Jahr 1993 wurde mit Beginn des Gesetzes zur Sicherung und Strukturverbesserung der gesetzlichen Krankenversicherung (GSG) Krankenhäusern die Möglichkeit der ambulanten vor- und nachstationären Behandlung eingeräumt. Rechtsgrundlage hierfür ist § 115 a SGB V. Ergänzend dazu wurden die Krankenhäuser mit Inkrafttreten des GSG nach § 115 b SGB V zum ambulanten Operieren befugt (vgl. Busse, Blümel, Ognyanova 2013, S. 189–190; vgl. Brandhorst 2017, S. 14–15).

Mit Rechtswirksamkeit des Gesetzes zur Modernisierung der gesetzlichen Krankenversicherung (GMG) im Jahr 2004 konnten die Zulassungsausschüsse Krankenhäuser zu einer ambulanten Behandlung in unterversorgten Regionen autorisieren. Diese Regelung wurde durch das Gesetz zur Stärkung der Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-VSG) im Jahr 2015 weiter ausgebaut. Nach § 116 a SGB V muss der Zulassungsausschuss zugelassene Krankenhäuser zur ambulanten fachärztlichen Versorgung in unterversorgten Gebieten ermächtigen (vgl. Busse, Blümel, Ognyanova 2013, S. 189–190; vgl. Brandhorst 2017, S. 15–16).

Darüber hinaus wurde im Jahr 2012 mit Inkrafttreten des Gesetzes zur Verbesserung der Versorgungsstrukturen in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-VStG) unter der Bezeichnung Ambulante spezialfachärztliche Versorgung (ASV) ein neuer Versorgungssektor geschaffen. Zugelassene Krankenhäuser sind dazu berechtigt, eine ASV nach § 116 b SGB V zu erbringen, soweit sie die Anforderungen und Voraussetzungen zur Leistungserbringung erfüllen (vgl. Busse, Blümel, Ognyanova 2013, S. 188–189; vgl. Brandhorst 2017, S. 16; vgl. GKV-Spitzenverband 2017). In § 116 b Absatz 1 Satz 1 SGB V heißt es: „Die ambulante spezialfachärztliche Versorgung umfasst die Diagnostik und Behandlung komplexer, schwer therapierbarer Krankheiten, die je nach Krankheit eine spezielle Qualifikation, eine interdisziplinäre Zusammenarbeit und besondere Ausstattung erfordern.“

Wichtig ist hier, dass eine ASV neben den Krankenhäusern auch niedergelassene Fachärztinnen und -ärzte sowie MVZ leisten können. Zur Inanspruchnahme der entsprechenden ambulanten Versorgungsleistung benötigen die Patientinnen und Patienten regulär eine Überweisung von anderen niedergelassenen ärztlichen Kolleginnen und Kollegen. Innerhalb der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die ambulante spezialfachärztliche Versorgung nach § 116 b SGB V sind die Einzelheiten zu den bewilligten Leistungen, den Qualifikationsanforderungen und den Zugangsvoraussetzungen für die ASV-Angebote aufgeführt (vgl. Busse, Blümel, Ognyanova 2013, S. 189–190, S. 250; vgl. Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA) 2017a). Eine vom SVR durchgeführte Studie ergibt, dass Krankenhäuser als Gründe für einen Antrag auf Zulassung einer ASV insbesondere daraus resultierende langfristige Vorteile der Patientenbindung, im Falle zukünftiger stationärer Aufenthalte, sowie die Kontinuität der Versorgung im Sinne eines integrierten und sektorenübergreifenden Behandlungsprozesses nennen (vgl. SVR 2012, S. 254).

Am Ende des Kapitels wird deutlich, dass viele der vorliegenden Begriffe und Ansätze im Zusammenhang stehen und eine differenzierte Betrachtung erfordern. Gleichwohl ein Defizit dahingehend besteht, dass dem Konzept der Primärversorgung keine verbindliche und international anerkannte Definition zugrunde liegt, besteht Konsens darin, dass sie sich nicht ausschließlich auf die allgemeinmedizinische und hausärztliche Versorgung bezieht, sondern die Koordination des gesamten Leistungsgeschehens inner- und außerhalb des Gesundheitswesens impliziert und verschiedene Gesundheitsprofessionen einschließt. Ferner zielt sie auf die Überwindung einer Zergliederung ambulanter und stationärer Versorgungsstrukturen ab (vgl. WHO 1978; vgl. Schlette, Blum, Busse 2009, S. 12–14; vgl. Räker 2017, S. 69).

Im deutschen Gesundheitswesen spielen bei der Erbringung von ambulanten gesundheitlichen und medizinischen Leistungen insbesondere die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden beziehungsweise die niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte eine zentrale Rolle. Dabei haben besonders die Hausärztinnen und -ärzte eine wesentliche Stellung und sind speziell für ältere Menschen zunehmend relevant. Das Gebiet der Allgemeinmedizin gehört zu den am häufigsten

konsultierten niedergelassenen Facharztgruppen. Die überwiegende Organisationsform, in der niedergelassene Ärztinnen und Ärzte tätig sind, bilden die Einzelpraxen. Neben den Haus- und Fachärztinnen und -ärzten können aber auch andere Institutionen ambulante Gesundheitsleistungen erbringen. Darüber hinaus gibt es verschiedene sozialrechtlich verankerte Bestimmungen, die Art, Inhalt und Umfang der vertragsärztlichen Versorgung regeln (vgl. Simon 2013, S. 269, S. 271–272, S. 283; vgl. RKI 2015, S. 303, S. 306–307).

Herausforderungen in der zukünftigen Gesundheitsversorgung bestehen besonders aufgrund der sich verändernden Altersstruktur der Ärzteschaft und der unterschiedlichen Prognosen zum Ärztemangel (vgl. Kopetsch 2010, S. 64, S. 143; vgl. Ostwald et al. 2010, S. 41–42; vgl. KBV 2016). Auch in der Pflege liegen unterschiedliche Studien zum prognostizierten Fachkräftemangel vor, der insgesamt als noch gravierender als in der Medizin beschrieben wird (vgl. Afentakis, Maier 2010, S. 997–999; vgl. Rothgang et al. 2012, S. 56; vgl. Schaeffer, Hämel 2016, S. 3–4).

Abschließend wird festgehalten, dass der vorausgesagte Mangel an Fachkräften, verbunden mit der Altersstruktur der Gesamtbevölkerung, der Zunahme an chronisch und mehrfach Erkrankten sowie deren Inanspruchnahmeverhalten bezüglich ambulanter Versorgungsleistungen, das Gesundheitssystem vor Herausforderungen stellt. Wie diesen Herausforderungen begegnet wird, soll Gegenstand des nachfolgenden Kapitels sein.

3. Neue Versorgungsformen

Dass die Problematik der Desintegration von gesundheitlichen Versorgungsleistungen besteht, ist schon länger bekannt. Bereits im Jahr 1975 hat Jahn aufgezeigt, dass das Gesundheitssystem davon gekennzeichnet ist, dass „(...) an jeder Stelle, an der ein Versicherter in Behandlung tritt, ein diagnostischer Prozeß neu aufgenommen wird, ohne daß zuvor gewonnene Untersuchungsergebnisse einbezogen werden (...)“ (Jahn 1975, S. 42) Zudem besteht in der medizinischen Versorgung eine unzureichende Kommunikation zwischen den behandelnden Ärztinnen und Ärzten, und aufgrund fehlender organisatorischer Bedingungen herrscht beim Wechsel der zu Behandelnden zwischen den medizinischen Subsystemen keine Kontinuität innerhalb der Behandlung (vgl. Jahn 1975, S. 29–36, S. 41–43; vgl. Amelung 2011, S. 3–4).

Wie eingangs beschrieben zählen insbesondere die Herausforderungen, die der Anstieg von chronisch und mehrfach erkrankten Menschen impliziert, sowie der fortschreitende Versorgungsbedarf zu einer notwendigen Veränderung innerhalb der gesundheitlichen Versorgungssystematik. Ebenso soll einer Fehl-, Über- und Unterversorgung, der sektoralen Trennung zwischen den unterschiedlichen Versorgungsanbietenden, den Schwierigkeiten in der Fachkräfterekrutierung, der Intransparenz im System sowie einer mangelnden Patientenorientierung entgegengewirkt werden (vgl. Schaeffer, Hämel 2016, S. 6–7). Nicht zuletzt werden ein Aufbruch der bestehenden Strukturen sowie die Anpassung der Versorgung an die Bedürfnisse der Leistungserbringenden als Gründe für die Veränderung von Organisationsstrukturen genannt. Vor diesem Hintergrund hat sich in Deutschland innerhalb der letzten Jahre eine Vielzahl unterschiedlicher Versorgungsmodelle entwickelt. Auch wenn die Gründe für die Initiierung der einzelnen Modelle unterschiedlich sind; das Ziel, eine stärkere Kooperation und Integration in der Gesundheitsversorgung zu erlangen, ist allen gemein (vgl. Amelung 2011, S. 5–8).

In diesem Kapitel wird der Forschungsfrage nachgegangen, welche Versorgungsmodelle und -formen es als Maßnahme zur integrierten und kooperativen Versorgung in Deutschland gibt.

Die Literatur bezeichnet diese Versorgungsmodelle als neue Versorgungsformen. Neue Versorgungsformen sind neue Organisations- und Finanzierungsformen, neue Versorgungskonzepte, die insbesondere einen sektorenübergreifenden Ansatz verfolgen oder eine Kombination dieser Ansätze. Des Weiteren werden darunter Institutionen, Modelle und Konzepte betrachtet, die sich von der Regelversorgung unterscheiden und selektive Vertragsgestaltungen möglich machen (vgl. Amelung 2011, S. 4–5; vgl. RKI 2015, S. 348). Aufgrund der Heterogenität der Versorgungsformen und der in Deutschland bestehenden Vielzahl dieser Ansätze können in der vorliegenden Bachelorarbeit nicht alle Modelle berücksichtigt werden. In den folgenden Kapiteln werden mit der IV, der HzV, den DMP, den MVZ sowie den arztunterstützten Modellen fünf ausgewählte, in Deutschland existierende Versorgungsformen betrachtet, die aufgrund ihrer jeweiligen Komplexität überblicksartig dargestellt werden (vgl. Amelung 2011, S. 8). Auch die PORT-Zentren stellen eine alternative, neue Versorgungsform dar. Da diese in Deutschland noch relativ am Anfang der Entwicklung stehen, kommt ihnen somit eine gesonderte Rolle zu, weshalb das PORT-Programm in einem eigenen Kapitel explizit beschrieben wird (vgl. Schott 2017c). Ferner werden exemplarisch Studien zu den einzelnen Versorgungsformen herangezogen, die deren Effekte auf die gesundheitliche Versorgungsgestaltung beschreiben. Diese können jedoch keine umfassende Einschätzung der neuen Versorgungsformen abbilden.

3.1 Integrierte Versorgung

Die sektorale Trennung von Finanzierung, Regulierung und Leistungserbringung wurde sukzessive als Initiierung für eine Änderung der deutschen Gesundheitsversorgung wahrgenommen (vgl. Busse, Blümel, Ognyanova 2013, S. 190). Für eine nachhaltige Förderung der sektorenübergreifenden Versorgung wurde mit dem Gesetz zur Reform der gesetzlichen Krankenversicherung ab dem Jahr 2000 (GKVRefG2000) die IV in das Krankenversicherungsrecht implementiert (vgl. Simon 2013, S. 395; vgl. Brandhorst 2017, S. 22). Zu dem Begriff der IV existieren in der Literatur uneinheitliche Definitionen. Zusammenfassend kann daraus festgehalten werden, dass die IV im Kontext mit dem in den USA entstandenen Konzept von Managed Care entstanden ist und sich auf fünf zentrale Elemente stützt: Integration, Kooperation, Koordination, Kommunikation und Informationstransfer (vgl. Schreyögg, Weinbrenner, Busse 2006, S. 106–107).

Das GKVRefG2000 war der Beginn der IV und sollte dazu beitragen, dass Krankenkassen vertragliche Vereinbarungen mit Leistungserbringenden treffen, um Versorgungsprozesse der Versicherten über sektorale und institutionelle Begrenzungen hinaus besser zu koordinieren. Rechtsgrundlage waren die §§ 140 a–h SGB V, die zum Ziel hatten, einen Anstoß hin zu einer stärkeren Kooperation und Leistungserbringung, ausgerichtet an den Bedürfnissen der Patientinnen und Patienten, zu bewirken (vgl. Busse, Blümel, Ognyanova 2013, S. 190; vgl. Simon 2013, S. 395–396; vgl. Brandhorst 2017, S. 22). Mit Inkrafttreten des GMG erreichte die IV eine neue Bedeutung und wurde weiter gestärkt. Eine Neudefinition der §§ 140 a–d SGB V räumte der IV mehr Freiraum ein und sollte anhaltende finanzielle Anreize für Vertragsabschlüsse ermöglichen (vgl. Amelung 2011, S. 10; vgl. Busse, Blümel, Ognyanova 2013, S. 191). Darüber hinaus wurde mit dem GMG eine Anschubfinanzierung etabliert, die den Krankenkassen das Recht gewährte, bis zu ein Prozent der vertragsärztlichen Gesamtvergütung und des Entgelts für voll- und teilstationäre Leistungen zurückzubehalten. Dadurch sollte der Abschluss von IV-Verträgen begünstigt werden. Die Anschubfinanzierung war zuerst bis zum Jahr 2006 befristet und wurde dann bis zum Jahr 2008 verlängert. Das GMG bewirkte tatsächlich, dass die Zahl der Vertragsabschlüsse anstieg. Mit der Auflösung der Anschubfinanzierung im Jahr 2008 stoppte die Anzahl der IV-Verträge und seitdem stagniert deren Zahl (vgl. Amelung 2011, S. 10;

vgl. Simon 2013, S. 396; vgl. Müller 2014, S. 363–364; vgl. Brandhorst 2017, S. 22–24).

Heute können gemäß § 140 a Absatz 1 SGB V die Krankenkassen Verträge mit den Leistungserbringenden über eine besondere Versorgung der Versicherten abschließen. Mit dem GKV-VSG wurden die bisher an verschiedenen Stellen des SGB V geregelten selektiven Vertragsformen neu strukturiert und aktuell im § 140 a SGB V als Besondere Versorgung (BV) zusammengefasst (vgl. Brandhorst 2017, S. 23–24; vgl. Schrappe 2017, S. 362). Gemäß § 140 a SGB V beinhaltet die BV „(...) eine verschiedene Leistungssektoren übergreifende oder eine interdisziplinär fachübergreifende Versorgung (integrierte Versorgung) sowie unter Beteiligung vertragsärztlicher Leistungserbringer oder deren Gemeinschaften besondere ambulante ärztliche Versorgungsaufträge.“ Das heißt, einzelne oder mehrere Krankenkassen schließen selektive Verträge mit den Leistungserbringenden ab. Dadurch werden ambulante und stationäre Versorgungsbereiche miteinander verknüpft. Das ist lediglich in der IV möglich (vgl. Busse, Blümel, Ognyanova 2013, S. 191; vgl. Müller 2014, S. 360).

Als Vertragspartnerinnen und -partner der Krankenkassen können zum Beispiel einzelne Vertragsärztinnen und -ärzte, Krankenhäuser, Rehabilitationseinrichtungen, Managementgesellschaften oder MVZ fungieren (vgl. Müller 2014, S. 360). Mit Inkrafttreten des Gesetzes zur Stärkung des Wettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-WSG) im Jahr 2007 können Krankenkassen auch IV-Verträge mit den Pflegekassen sowie zugelassenen Pflegeeinrichtungen abschließen. Das Gesetz zur Neuordnung des Arzneimittelmarktes in der gesetzlichen Krankenversicherung aus dem Jahr 2011 eröffnet weiterhin die Möglichkeit, Arzneimittel- und Medizinproduktehersteller in den Abschluss von Verträgen zur IV einzuschließen (vgl. Brandhorst 2017, S. 24).

IV zielt konzeptionell auf eine verbesserte Versorgung ab. Die tatsächliche Umsetzung dessen wird innerhalb verschiedener Studien geprüft, die zum Beispiel Effekte hinsichtlich Qualität und Kosten infolge der IV untersuchen (vgl. Koch, Schmiemann, Gerhardus 2017, S. 131). Der SVR führte eine umfassende Studie durch, in der er sowohl Krankenkassen als auch -häuser zur IV befragte. Er stellt fest, dass der Ausgabenanteil für ambulante als auch stationäre Behandlungen

innerhalb der IV höher als in der Regelversorgung ist. Ferner benennt er, dass bestehende Verträge unzureichend evaluiert werden (vgl. SVR 2012, S. 350, S. 352). Der wichtigste Grund für die Beteiligung an der IV ist laut Krankenkassen eine Qualitätssteigerung. Daneben sind die Reduktion von Kosten, eine Erhöhung der Patientenzufriedenheit und das Vermeiden von Krankenhausaufenthalten zentrale Aspekte für Vertragsabschlüsse (vgl. SVR 2012, S. 359). Als wichtigster Grund, warum Krankenhäuser an der IV teilnehmen, wird die Erhöhung der Patientenzufriedenheit genannt, gefolgt von einer Steigerung der Fallzahlen. Daneben spielen eine stärkere Bindung von Einweisenden an das Krankenhaus sowie ein Imagegewinn eine wichtige Rolle (vgl. SVR 2012, S. 374). Als Gründe für eine Nichtteilnahme an der IV werden Unsicherheiten bezüglich des wirtschaftlichen Effektes sowie ein erhöhter bürokratischer Aufwand genannt (vgl. SVR 2012, S. 368).

Hoeper et al. stellen fest, dass die IV positive Wirkungen auf die Lebensqualität von Patientinnen und Patienten haben kann, insbesondere wenn kooperierende Versorgungsstrukturen, zum Beispiel in Form eines Entlassungsmanagements, eingesetzt werden. Dennoch schlussfolgern sie, dass es keine eindeutige Evidenz hinsichtlich einer qualitativ hochwertigeren und kostengünstigeren Versorgung im Rahmen der IV gibt, und empfehlen für weitere empirische Untersuchungen die Entwicklung von Evaluationsstandards (vgl. Hoeper et al. 2012, S. 23–27).

Karow et al. und Lambert et al. untersuchen in ihrer Studie Effekte der IV bei Menschen mit psychischen Erkrankungen. Verglichen mit der Standardbehandlung beobachteten sie, dass die Behandlung der Patientinnen und Patienten im Modell der IV zu signifikant geringeren Kosten der stationären Versorgung, jedoch zu signifikant höheren Kosten in der ambulanten Gesundheitsversorgung führt. Demnach lässt sich aus gesundheitsökonomischer Sicht kein Vorteil durch die IV nachweisen. Sie kommen zu dem Schluss, dass sich positive Effekte bezüglich der subjektiven Gesundheit der zu Behandelnden, eine anhaltende Verbesserung der Lebensqualität und eine gesteigerte Zufriedenheit mit der Behandlung im Modell der IV ergeben (vgl. Karow et al. 2014, S. 266; vgl. Lambert et al. 2014, S. 260–265).

Auch Bethge et al. stellen insbesondere für das patientenbezogene Outcome eine positive Wirkung durch die IV fest. Bei Patientinnen und Patienten mit Knie- und Hüftgelenkersatz werden Abstimmungs- und Kommunikationsprozesse zwischen akutstationärer und rehabilitativer Versorgung verbessert. Zusätzlich ist die Zufriedenheit der Patientinnen und Patienten höher. Sie weisen allerdings darauf hin, dass es für die an der IV beteiligten Vertragspartnerinnen und -partner und die einbezogenen Mitarbeitenden eine bedeutende Herausforderung darstellt, das Modell der IV umzusetzen, was insbesondere umfassenden Adaptionen und Modifikationen des Schnittstellenmanagements geschuldet ist (vgl. Bethge et al. 2011, S. 86, S. 92).

Die WHO stellt fest, dass eine vernetzte Versorgung durch Modelle der IV vor allem für sozial Benachteiligte vorteilhaft ist und positive Wirkungen auf Krankenhausaufenthalte, Wiedereinweisungen und gesundheitlichen Status hat. Für diese Vernetzung stellt die Kommunikation aller an der Versorgung Beteiligten ein wichtiges Element dar. Die WHO erklärt weiter, dass die Entwicklungen von Maßnahmen zur Bewertung der IV sehr heterogen sind. Für eine kontinuierliche Weiterentwicklung einer sektorenübergreifenden Versorgung regt sie an, unterschiedliche Strategien simultan aufzugreifen. In ihrem Bericht gibt die WHO verschiedene Beispiele potenzieller Maßnahmen einer personenzentrierten, integrierten Gesundheitsversorgung (vgl. WHO 2015).

Abschließend soll festgehalten werden, dass der Begriff der IV nicht zwingend an das Gesetz gekoppelt werden muss, sondern auch umfassender ausgelegt werden kann. IV beschreibt demnach ein Modell der Versorgung, bei dem ein verbesserter Prozess der Behandlung avisiert wird (vgl. Schreyögg, Weinbrenner, Busse 2006, S. 106). Die IV wurde im Kranken- als auch im Pflegeversicherungsgesetz alternativ zu den regulären Formen der Vertragsarztversorgung seit mehreren Jahren in Gang gesetzt. Ihr Ziel ist es, verschiedene Leistungssektoren zu verknüpfen und die sektorenübergreifende, interdisziplinäre Gesundheitsversorgung dadurch zu optimieren. Gesetzlich wurden dazu verschiedene Modellalternativen eröffnet, auf die in den nachfolgenden Kapiteln eingegangen wird (vgl. Fullerton, Nolte, Erler 2011, S. 556; vgl. Luthe 2013b, S. 20–22).

3.2

Medizinische Versorgungszentren

Das GMG lieferte mit den MVZ ein weiteres neues Versorgungsmodell für die ambulante gesundheitliche Versorgung und somit eine bis dahin unbekannt Form der ärztlichen Zusammenarbeit (vgl. Simon 2013, S. 284). In § 95 Absatz 1 Satz 2 SGB V heißt es: „Medizinische Versorgungszentren sind ärztlich geleitete Einrichtungen, in denen Ärzte, die in das Arztregister nach Absatz 2 Satz 3 eingetragen sind, als Angestellte oder Vertragsärzte tätig sind.“ Weiterhin wird in der gesetzlichen Regelung beschrieben, dass die ärztliche Leitung in dem MVZ selbst als angestellte (Vertrags-)Ärztin beziehungsweise als angestellter (Vertrags-)Arzt agieren muss. Sofern innerhalb der Zentren Angehörige verschiedener Berufsgruppen, die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen, tätig sind, ist auch eine kooperative Leitung möglich (vgl. RKI 2015, S. 349; vgl. Brandhorst 2017, S. 25–26).

Mit dieser Organisationsform soll konzeptionell an die Polikliniken und Ambulatorien aus Zeiten der DDR angesetzt werden. Ziel eines MVZ ist, eine umfassende ambulante Versorgung aus einer Hand bereitzustellen. Somit sollen auch andere gesundheitliche Leistungserbringende und Professionen, wie zum Beispiel ambulante Pflegedienste oder Sanitätshäuser, stärker in die ambulante Gesundheitsversorgung integriert werden (vgl. Deutscher Bundestag 2003; vgl. Simon 2013, S. 284; vgl. Brandhorst 2017, S. 25). Nach § 95 Absatz 1 Satz 1 SGB V nehmen zugelassene MVZ an der vertragsärztlichen Versorgung teil. Ferner heißt es in dem Paragraphen, dass zugelassene Ärztinnen und Ärzte, zugelassene Krankenhäuser, Erbringer nichtärztlicher Dialyseleistungen, gemeinnützige Träger oder Kommunen ein MVZ gründen können. Gesetzlich zugelassene Rechtsformen sind Personengesellschaften, eingetragene Genossenschaften, eine GmbH oder öffentlich-rechtliche Rechtsformen (vgl. Simon 2013, S. 284; vgl. Glaeske 2017, S. 283–284).

Mit Inkrafttreten des GKV-VSG wurde der bis zu der Zeit geltende Ausdruck „fachübergreifend“ gestrichen. Bis dahin war ein MVZ als fachübergreifend ärztlich geleitete Einrichtung deklariert. Die Entfernung des Begriffs – so wie in der heutigen Legaldefinition nach § 95 SGB V – hat zur Folge, dass mittlerweile fachgruppengleiche oder rein hausärztliche MVZ möglich sind. Durch diesen Ansatz soll einerseits der Sicherung der Gesundheitsversorgung in ländlichen Regionen

und andererseits den Bedürfnissen der in einem MVZ angestellten Personen entgegengekommen werden (vgl. RKI 2015, S. 349; vgl. Bilger, Engeser 2017, S. 78; vgl. Brandhorst 2017, S. 25–26).

In Deutschland wurden im Jahr 2004 70 MVZ gegründet. Nach Angaben der KBV gibt es im Jahr 2016 insgesamt 2.490 Zentren. Seit ihrer Einführung hat sich die Anzahl gegründeter MVZ etwa um das 35-Fache erhöht. In einem MVZ können sowohl Vertrags- als auch angestellte Ärztinnen und Ärzte tätig sein. Die am häufigsten beteiligten Facharztgruppen sind die Hausärztinnen und -ärzte, gefolgt von den fachärztlichen Internistinnen und Internisten und den Chirurginnen und Chirurgen. Im Jahr 2016 sind 43 Prozent der MVZ in der Trägerschaft von Vertragsärztinnen und -ärzten und 38,8 Prozent von Krankenhäusern getragen. Die übrigen 18,2 Prozent entfallen auf sonstige Trägerschaften (vgl. KBV 2017d; vgl. KBV 2017e).

Als ein Vorteil eines MVZ gilt die spezialisierte Arbeitsteilung. So kann ein gezielter Einsatz von Expertinnen und Experten für ärztliche und managementbezogene Tätigkeiten erfolgen und daraus eine Steigerung der Produktivität resultieren, da sich die einzelnen Professionen ausschließlich auf die Ausübung ihrer Tätigkeiten fokussieren können. Weiterhin werden mitunter ein fachlicher und inhaltlicher Austausch untereinander, eine attraktive Arbeitsgestaltung, zum Beispiel durch erhöhte Vereinbarkeit von Beruf und Familie, der Ausschluss eines unternehmerischen Risikos durch Gründung einer Praxis sowie eine sektorenübergreifende, koordinierte Versorgung als Vorteile eines MVZ beschrieben (vgl. SVR 2012, S. 296).

Haas stellt fest, dass die Qualität der Behandlung in einem MVZ durch Patientinnen und Patienten als mindestens vergleichbar zu der von niedergelassenen Haus- und Fachärztinnen und -ärzten bewertet wird. Speziell die Zusammenarbeit des ärztlichen Personals innerhalb des MVZ wird durch die zu Behandelnden als vorteilhaft betrachtet. Zudem schätzen die Befragten den Informationsstand der Ärztinnen und Ärzte als höher ein und fühlen sich über Diagnose und Krankheit besser informiert (vgl. Haas 2011, S. 411–415). Auch Schulte und Schulz kommen zu ähnlichen Ergebnissen. Sie stellen fest, dass insbesondere die Arzt-Patienten-Beziehung

3.3

Hausarztzentrierte Versorgung

innerhalb eines MVZ positiv bewertet und von den Befragten hoch gewichtet wird. Auch wird eine Verbesserung der Versorgung der Patientinnen und Patienten im Vergleich zur Behandlung in der regulären ambulanten Versorgungsstruktur erkannt (vgl. Schulte, Schulz 2007, S. 28–29).

Als meistgenannter Nachteil wird in der Literatur das Risiko einer gesteuerten Einweisung in die eigene Klinik beschrieben, wenn sich ein MVZ in der Trägerschaft eines Krankenhauses befindet. Gleiches gilt in umgekehrter Weise. Der positiven Wirkung einer sektorenübergreifenden Versorgung steht hier die Gefahr von monopolistischen Absichten gegenüber, die auf lange Sicht hinderlich sein können (vgl. SVR 2012, S. 298).

In seinem Gutachten aus dem Jahr 2007 bekundet der SVR, es seien „(...) generalistisch ausgerichtete Berufsgruppen notwendig, die den Überblick über das Versorgungsgeschehen behalten und Lotsenfunktionen bzw. Gatekeeper-Rollen übernehmen (z. B. Hausärzte, Case Manager).“ (SVR 2007, S. 54) Mit Inkrafttreten des GKVRefG2000 wurde auf Grundlage des § 65 a SGB V den Hausärztinnen und -ärzten diese Lotsenfunktion zuerteilt (vgl. Brandhorst 2017, S. 18–19). Auch in den darauffolgenden Jahren wollte der Gesetzgeber die hausärztliche Grundversorgung weiterführend stärken. So wurde die HzV mit Inkrafttreten des GMG erstmals gesetzlich verankert und mit den Verträgen zur HzV nach § 73 b SGB V die Hausärztinnen und -ärzte in ihrer zentralen Funktion als Lotsinnen und Lotsen weiter bekräftigt. Ziel der Einführung dieser neuen Versorgungsform ist die Stärkung der Koordinationsfunktion von Hausärztinnen und -ärzten sowie eine dadurch verbesserte Kontinuität in der Gesundheitsversorgung (vgl. Fullerton, Nolte, Erler 2011, S. 558; vgl. Müller 2014, S. 371).

Mit dem GMG war es den Krankenkassen zunächst freigestellt, ihren Versicherten HzV-Verträge anzubieten. Nachdem die Kassen jedoch kaum Verträge auf freiwilliger Basis abschlossen, wurde mit dem GKV-WSG die Verpflichtung der Krankenkassen zu einem flächendeckenden Angebot an HzV-Verträgen eingeführt. Daraufhin erfolgte eine weitere Modifizierung der gesetzlichen Regelungen und es wurde mit dem Gesetz zur Weiterentwicklung der Organisationsstrukturen in der gesetzlichen Krankenversicherung der 30. Juni 2009 als Stichtag festgelegt (vgl. Müller 2014, S. 371–372; vgl. Brandhorst 2017, S. 19; vgl. Räker 2017, S. 77–79). Seit 2009 sind die Krankenkassen dazu verpflichtet, ihren Versicherten nach § 73 b SGB V Absatz 1 eine HzV anzubieten. Im weiteren Verlauf des Paragraphen werden besondere Anforderungen an die HzV genannt, die über die Anforderungen an die hausärztliche Versorgung nach § 73 SGB V hinausgehen. Demzufolge werden nach § 73 b Absatz 2 SGB V die beteiligten Leistungserbringenden zur Teilnahme an strukturierten Qualitätszirkeln zur Arzneimitteltherapie, zur Behandlung nach für die hausärztliche Versorgung entwickelten, evidenzbasierten Leitlinien, zu speziellen Fortbildungen und zur Einführung eines wissenschaftlich anerkannten Qualitätsmanagements verpflichtet (vgl. Räker 2017, S. 78). Weiterhin heißt es, die Versicherten können freiwillig an der HzV

teilnehmen, verpflichten sich bei Teilnahme aber dazu, nur die von ihnen gewählten Hausärztinnen und -ärzte in Anspruch zu nehmen und ambulante fachärztliche Behandlungen, mit Ausnahme der Leistungen der Augen- und Frauenheilkunde, nur nach deren Überweisung zu nutzen (vgl. Deutscher Bundestag 2015; vgl. RKI 2015, S. 348).

Nach Angaben des Deutschen Hausärzterverbandes eingetragener Verein (e. V.) existieren bereits bis August 2017 630 HzV-Einzelverträge nach § 73 b SGB V. Der Verband gibt an, dass die Anzahl der Vertragsabschlüsse seit dem Jahr 2009/2010 kontinuierlich steigt. Weiterhin nimmt auch die Zahl der an der HzV teilnehmenden Patientinnen und Patienten zu. Nehmen im Jahr 2009 etwa 2,9 Millionen Versicherte an der HzV teil, ist die Anzahl im Jahr 2017 auf rund 4,5 Millionen Teilnehmende gestiegen. Die Summe der an der HzV teilnehmenden Hausärztinnen und -ärzte liegt im August 2017 bei 17.000 Personen (vgl. Deutscher Bundestag 2015; vgl. Deutscher Hausärzterverband e. V. 2017, S. 9).

Gerlach und Szecsenyi stellen fest, dass die an der HzV teilnehmenden Patientinnen und Patienten höheren Alters sind, eine verstärkte Krankheitslast aufweisen und im Gegensatz zur gesundheitlichen Regelversorgung intensiver betreut werden. Die zu Behandelnden betrachten speziell Angebote zur Prävention und das Durchführen einer somatischen Untersuchung als signifikant besser als in der Regelversorgung. Zudem beobachten sie, dass im Zuge der HzV eine Reduktion willkürlicher Facharztkontakte als auch eine verstärkte Teilnahme an DMP vorliegt. Die an der HzV teilnehmenden Ärztinnen und Ärzte nehmen ihre Arbeitsbelastung zwar als höher wahr, sind mit ihrer Arbeit aber zufriedener als Hausärztinnen und -ärzte der Regelversorgung (vgl. Gerlach, Szecsenyi 2013, S. 365–366).

Goetz et al. halten in ihrer Studie fest, dass die Versorgung innerhalb des Modells der HzV „(...) keinen Einfluss auf die Gesamtzufriedenheit mit der medizinischen Versorgung (...)“ (Goetz et al. 2013, S. 383) hat. Sie geben an, dass die Zufriedenheit insbesondere vom Umgang mit einer vorliegenden chronischen Erkrankung, der Organisation der Behandlung sowie der Unterrichtung über die Notwendigkeit anderer Arztkontakte abhängt. Daraus schlussfolgern sie, dass aus Sicht der zu Behandelnden Koordination und Kontinuität

innerhalb der Versorgung eine elementare Rolle für die Qualität der Versorgung spielen, und schätzen die Erfahrungen von Patientinnen und Patienten als hilfreiches Mittel für die Optimierung von Versorgungsprozessen und -strukturen ein (vgl. Goetz et al. 2013, S. 383–385).

Ein im Auftrag des SVR erfolgtes systematisches Review kann infolge uneinheitlicher Ergebnisse und einer geringen Anzahl an internationalen Studien keine abschließende Feststellung zu einem möglichen positiven Effekt durch die Lotsenfunktion der Hausärztinnen und -ärzte hinsichtlich einer verbesserten Patientenzufriedenheit und Versorgungsqualität liefern (vgl. SVR 2010, S. 301–302).

3.4 Disease-Management-Programme

Eine elementare Veränderung in der gesundheitlichen Versorgung chronisch Kranker stellt die Einführung der DMP dar. Als DMP werden strukturierte Behandlungsprogramme für Menschen mit spezifischen chronischen Erkrankungen bezeichnet (vgl. Müller 2014, S. 381). Ziel dieser Versorgungsform ist es, eine Verbesserung in der Behandlung und Versorgung über den gesamten Verlauf der chronischen Erkrankungen zu bewirken. Dies soll durch eine strukturierte, prozessorientierte Versorgung geschehen. Kennzeichnend für die DMP ist mitunter eine Koordination der Behandlung auch über die einzelnen Sektorengrenzen hinweg. Die Hausärztinnen und -ärzte verfügen über diese koordinierende Funktion (vgl. Fullerton, Nolte, Erler 2011, S. 555; vgl. Busse, Blümel, Ognyanova 2013, S. 177; vgl. Müller 2014, S. 381). Einer Über-, Unter- und Fehlversorgung soll zudem entgegen gewirkt und die Sicherstellung einer wirtschaftlichen als auch bedarfsgerechten Gesundheitsversorgung erreicht werden. Weiterhin sollen Krankenhausaufenthalte, Komplikationen und mögliche Folge- und Sekundärschäden verhindert werden, was die Minimierung der gesamten Behandlungskosten impliziert. Die Versorgungsqualität von Menschen mit chronischen Krankheiten soll durch DMP verbessert werden (vgl. Müller 2014, S. 381; vgl. Bundesversicherungsamt (BVA) 2016).

Mit dem Gesetz zur Reform des Risikostrukturausgleichs in der gesetzlichen Krankenversicherung wurden die DMP erstmals gesetzlich statuiert (vgl. Fullerton, Nolte, Erler 2011, S. 556). Rechtsgrundlage bilden die §§ 137 f und 137 g SGB V, die Inhalte als auch Ziele der Programme beinhalten. Mit Inkrafttreten des GKV-VStG wurde auf den G-BA die Regelungskompetenz übertragen, sodass dieser seit dem Jahr 2012 Richtlinien an die Anforderungen für DMP erlässt. Ferner wird der G-BA im Gesetz damit beauftragt, die Festlegung von für DMP geeignete chronische Erkrankungen vorzunehmen sowie die kontinuierliche Überprüfung und Aktualisierung der Inhalte der Programme zu gewährleisten. Gemäß § 137 f Absatz 1 SGB V sind derzeit folgende Kriterien bei der Auswahl von geeigneten chronischen Erkrankungen zu berücksichtigen: die Summe der von der Erkrankung Betroffenen, die Möglichkeit zur Optimierung der Qualität der Versorgung und das Vorliegen von evidenzbasierten Leitlinien. Darüber hinaus zählen ein sektorenübergreifender Behandlungsbedarf, die Einflussnahme auf den Verlauf

der Erkrankung durch Eigeninitiative der Versicherten sowie ein mit der Behandlung einhergehender hoher finanzieller Aufwand zu den Auswahlkriterien. Zu den gesetzlich festgelegten inhaltlichen Anforderungen an die DMP gehören eine Behandlung nach aktuellen wissenschaftlichen Erkenntnissen aus der Medizin, Maßnahmen zur Sicherung der Qualität sowie Voraussetzungen für die Einschreibung der Patientinnen und Patienten in ein DMP. Darüber hinaus sind Schulungen der Versicherten als auch der Leistungserbringenden, die Dokumentation und die Evaluation ebenfalls Gegenstand der im § 137 f SGB V festgelegten Anforderungen an die Programme, die es vom G-BA in seinen Richtlinien zu berücksichtigen gilt (vgl. G-BA 2017b; vgl. KBV 2017f).

Die Teilnahme an einem DMP ist für die Versicherten freiwillig und kostenlos. Die gesicherte Diagnose der chronischen Erkrankungen sowie die Bereitschaft zur aktiven Mitarbeit sind die erforderlichen Bedingungen, damit Patientinnen und Patienten an einem DMP teilnehmen können. Für Ärztinnen und Ärzte erfolgt die Teilnahme ebenfalls auf freiwilliger Basis (vgl. KBV 2017f). Das BVA hat nach § 137 g SGB V die Zulassung zu den DMP zu erteilen (vgl. BVA 2016). Aktuell werden strukturierte Behandlungsprogramme zu den folgenden sechs Erkrankungen angeboten: Diabetes mellitus Typ I und Typ II, Asthma bronchiale, koronare Herzkrankheit, Brustkrebs und Chronisch obstruktive Lungenerkrankung. Derzeit sind DMP zu den Erkrankungen Rheumatoide Arthritis, Chronische Herzinsuffizienz, Osteoporose, chronischer Rückenschmerz und Depressionen in der Entwicklung (vgl. G-BA 2017b; vgl. KBV 2017f).

DMP verfolgen einen krankheitsspezifischen Ansatz und sind auf bestimmte Patientenpopulationen ausgerichtet, was sie von den anderen Versorgungsformen unterscheidet (vgl. Fullerton, Nolte, Erler 2011, S. 556; vgl. Schrappe 2017, S. 362). Sie charakterisiert eine Koordination der gesamten Behandlung, worin alle Krankheitsstadien eingeschlossen sind. Demzufolge zielen die Programme sowohl auf die Akutversorgung, die Rehabilitation als auch auf die Langzeitbehandlung ab. Gesetzlich besteht eine Pflicht zur Evaluation; dies stellt ebenfalls einen Unterschied zu den anderen Versorgungsformen dar (vgl. Müller 2014, S. 381–382). Die DMP sind inzwischen stark verbreitet und können eine hohe Anzahl an Teilnehmenden verzeichnen. Bis Ende

3.5 Arztunterstützende Modelle

des Jahres 2015 sind mehr als 6,6 Millionen Versicherte in einem oder mehreren DMP eingeschrieben. Es finden jedoch wiederkehrende Diskussionen in Bezug auf den Nutzen der Programme statt (vgl. RKI 2015, S. 350; vgl. BVA 2016). Dadurch, dass die DMP gesetzlich verpflichtend evaluiert werden müssen, lässt sich eine Vielzahl von Evaluationsberichten zu den einzelnen krankheitsspezifischen Programmen finden, auf die nicht explizit eingegangen werden kann. An dieser Stelle wird exemplarisch auf verschiedene Studien verwiesen. Auffallend ist, dass in der Mehrzahl insbesondere solche für die Indikation Diabetes mellitus vorliegen (vgl. SVR 2012, S. 314).

Fuchs et al. stellen beispielsweise fest, dass positive Entwicklungen bezüglich Mortalität und Lebensdauer der am DMP Diabetes mellitus Typ II teilnehmenden Versicherten für eine verbesserte Versorgung infolge der DMP sprechen (vgl. Fuchs et al. 2014, S. 453). Zu ähnlichen Ergebnissen kommt auch die Studie „Evaluation of a Large Scale Implementation of Disease Management Programs for patients with type 2 diabetes“ (ELSID-Studie). Hier wird eruiert, dass die Mortalität der DMP-Teilnehmenden niedriger ist. Zudem belegt die ELSID-Studie, dass die Versorgungskosten der eingeschriebenen Versicherten im Vergleich zu den Kosten für die Versorgung der Diabetikerinnen und Diabetiker der Regelversorgung geringer ausfallen und die DMP-Teilnehmenden ihre Versorgung durch die Ärztinnen und Ärzte insgesamt als besser empfinden (vgl. AOK-Bundesverband GbR 2017).

Andere Untersuchungen kommen zu keinen oder nur geringen Effekten der DMP. So geben Lindner et al. an, dass ein medizinischer Nutzen durch die Einschreibung in das DMP Diabetes mellitus Typ II nicht eindeutig erkennbar ist. Sie stellen darüber hinaus fest, dass die DMP-Teilnehmenden insgesamt häufiger niedergelassene Ärztinnen und Ärzte aufsuchen als Nicht-DMP-Teilnehmende (vgl. Lindner et al. 2011, S. 161). Auch Berthold et al. schlussfolgern, dass die DMP nur zum Teil zu einer Verbesserung der Behandlungsprozesse führen und einen begrenzten Nutzen aufweisen (vgl. Berthold et al. 2011, S. 393, S. 402).

Die Herausforderungen des Gesundheitssystems haben auch den Einsatz von nichtärztlichen Gesundheitsberufen in der hausärztlichen Versorgung ins Zentrum neuer Versorgungsmodelle gerückt. In den letzten Jahren wurden hierzu unterschiedliche Ansätze diskutiert und in diversen Pilotprojekten geprüft (vgl. Bölker et al. 2010, S. 8; vgl. Amelung 2011, S. 13). Grundlegendes Ziel der arztunterstützenden Modelle ist eine Entlastung der Hausärztinnen und -ärzte. Dies soll durch speziell geschulte nichtärztliche Fachkräfte realisiert werden, die zur erweiterten Durchführung delegierbarer ärztlicher Leistungen befugt sind (vgl. Achterfeld 2014, S. 224).

In ländlichen Regionen der Bundesländer Brandenburg, Mecklenburg-Vorpommern, Sachsen und Sachsen-Anhalt wird zwischen den Jahren 2005 und 2008 das Projekt der Arztentlastenden Gemeindenahen E-Health-gestützten Systemischen Intervention (AGnES) durchgeführt. Ärztliche Aufgaben werden im Rahmen des Projekts an entsprechend fortgebildetes Personal delegiert, um so eine Entlastung von Hausärztinnen und -ärzten zu erzielen (vgl. Hoffmann, van den Berg, Dreier 2013, S. 556; vgl. Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Frauen und Familie des Landes Brandenburg 2013). Das Projekt richtet sich sowohl an MFA als auch an Pflegekräfte, die im Sinne des Berufsbildes der Gemeindeschwester fungieren sollen. Zu den Hauptaufgaben der sogenannten AGnES-Fachkräfte gehört insbesondere das Durchführen von Hausbesuchen. Dabei sind die Beratung von Patientinnen und Patienten sowie der Einsatz von telemedizinischer Ausstattung maßgeblich. Sie erfassen elektronisch die Patientendaten und leiten diese auf direktem Weg an die Arztpraxis weiter. Die Sicherung der hausärztlichen Versorgung in bereits unterversorgten oder in durch einen Hausärztemangel gefährdeten Regionen soll mit Hilfe dieses Versorgungsmodells erreicht werden (vgl. Kalitzkus, Schluckebier, Wilm 2009, S. 404; vgl. Achterfeld 2014, S. 222). Die Ergebnisse des AGnES-Projekts führen schließlich dazu, dass diese Versorgungsform in die Regelversorgung übernommen wird. Infolge des Gesetzes zur strukturellen Weiterentwicklung der Pflegeversicherung entstand nach § 87 Absatz 2 b Satz 5 SGB V die rechtmäßige Möglichkeit, die Delegation von ärztlichen Tätigkeiten an nichtärztliches Fachpersonal vorzunehmen. Somit wurde die ehemalige AGnES-Fachkraft zum 01. April 2009 zur Nichtärztlichen Praxisassistentin (NäPa). Das Projekt war zudem Auslöser

für die Initiierung weiterer Modellprojekte (vgl. Hoffmann, van den Berg, Dreier 2013, S. 559; vgl. Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Frauen und Familie des Landes Brandenburg 2013; vgl. Achterfeld 2014, S. 223).

Anlässlich der Delegationsvereinbarung nach § 87 Absatz 2 b Satz 5 SGB V entwickelte die BÄK ein Fortbildungscurriculum für die NÄPa. Mit dieser Fortbildungsmaßnahme wird insbesondere das Aufgabengebiet der MFA oder anderer medizinischer Fachberufe weiter ausgebaut. Die entsprechend fortgebildeten Fachkräfte können beispielsweise selbstständig Haus-, Alten- oder Pflegeheimbesuche vornehmen oder Aufgaben im Bereich der Wundpflege und -versorgung durchführen. Innerhalb der Fortbildung werden mitunter Kompetenzen aus den Gebieten der Onkologie, Palliativmedizin oder Psychosomatik vermittelt (vgl. BÄK 2012; vgl. BÄK 2017).

Daneben erfolgte mit der Entwicklung des AGnES-II-Konzeptes eine Erweiterung des AGnES-Modells. Im Mittelpunkt von AGnES II stehen das Case- und Schnittstellenmanagement, sodass entsprechend fortgebildetes Fachpersonal neben der Durchführung von an das Personal delegierten Tätigkeiten zusätzlich für die Koordination der Behandlung zuständig ist (vgl. Achterfeld 2014, S. 228).

Auch andere Projekte konzentrieren sich hauptsächlich auf Weiterbildungsmaßnahmen der nichtärztlichen Fachkräfte. Mit dem Konzept Versorgungsassistentin in der Hausarztpraxis (VERAH®) werden MFA weiterqualifiziert, um Ärztinnen und Ärzten bei der Versorgung von multimorbiden und älteren Patientinnen und Patienten zu assistieren. Diese Weiterbildung wird abschließend mit einer Prüfung zur sogenannten VERAH® beendet. VERAH® tätigen ebenfalls Hausbesuche und werden dazu befähigt, koordinierende Arbeiten im Bereich des Fallmanagements zu übernehmen. Inhaltlich ist das VERAH®-Curriculum dem der BÄK angeglichen (vgl. Kalitzkus, Schluckebier, Wilm 2009, S. 405; vgl. Baca 2017).

Auch das Projekt Entlastende Versorgungsassistentin (EVA) stellt eine Weiterbildungsmaßnahme dar, welche die Vermittlung unterschiedlicher Kompetenzen zur Übernahme delegierter ärztlicher Tätigkeiten bezweckt. Entwickelt wurden die Spezialisierungsqualifikationen zur EVA in Kooperation

der KV und Ärztekammern Nordrhein und Westfalen-Lippe. Das EVA-Curriculum entspricht dem Fortbildungscurriculum der BÄK zur NÄPa nach § 87 Absatz 2 b Satz 5 SGB V (vgl. Kalitzkus, Schluckebier, Wilm 2009, S. 405; vgl. Ärztekammer Westfalen-Lippe 2017).

Daneben gibt es noch weitere Modellprojekte. So wurde zum Beispiel das Projekt Mobile Praxisassistenten (MOPRA) im Dezember 2007 in Sachsen-Anhalt gestartet. MOPRA suchen Patientinnen und Patienten in ihrer Häuslichkeit auf, wägen deren Gesundheitszustand und Krankheitsverlauf eigenständig ab, sind zuständig für die Umsetzung der Anordnungen der Hausärztinnen und -ärzte und direkt an das Praxisteam angebunden. Sie leisten in etwa acht bis zehn Hausbesuche am Tag (vgl. Gerst 2008, S. 1178; vgl. Kalitzkus, Schluckebier, Wilm 2009, S. 404–405). Weitere Projekte finden sich in dem Modell Niedersachsen (MoNi) oder dem Projekt ArztHELferinnen in der ambulanten VErversorgung (HELVER) aus Schleswig-Holstein wieder (vgl. Achterfeld 2014, S. 223).

In einer Studie zum Einsatz von VERAH® in der HzV beschreiben Mergenthal et al., dass die fortgebildeten Fachkräfte in ansteigendem Umfang patientennahe Versorgungsleistungen tätigen. Zu diesen zählen neben Hausbesuchen beispielsweise Aufgaben im Bereich der Wund-, Impf- und Medikamentenbehandlung. Neben den Hausärztinnen und -ärzten empfinden die VERAH®-Fachkräfte die Patientenversorgung als besser und benennen mehr zeitliche Ressourcen, die sich für die Ärztinnen und Ärzte ergeben. Mergenthal et al. schlussfolgern, dass der Einsatz von VERAH® Vorteile für chronisch Erkrankte bringt, die durch dieses Modell eine kontinuierliche Kontaktperson haben. Ferner ergibt sich eine Umverteilung der Aufgaben, wodurch Ärztinnen und Ärzte entlastet werden. Zuletzt beschreiben sie, dass sich durch dieses Modell neue berufliche Perspektiven für MFA abzeichnen (vgl. Mergenthal et al. 2013, S. 386–387).

Eine weitere Studie hat den Effekt der Implementierung des AGnES-Modells und insbesondere den der MOPRA untersucht. Hier zeigt sich, dass bei Patientinnen und Patienten mit einem Diabetes mellitus Typ II Gesundheitszustand und Lebensqualität verbessert und stabilisiert werden, wenn diese durch MOPRA kontinuierlich beraten, betreut und angeleitet werden. Daneben ändert die Mehrzahl der zu

Behandelnden infolge der Betreuung und regelmäßiger Hausbesuche durch MOPRA ihre Verhaltensweisen, was eine bessere Selbstregulation und einen sichereren Umgang mit der Erkrankung bewirkt (vgl. Czernohorsky, Roth, Lothaller 2012, S. 371).

Kritisch an den arztunterstützenden Modellen wird betrachtet, dass sie zu stark unter dem Aspekt der Arztentlastung gesehen und dadurch die nichtärztlichen Fachkräfte in ihrer Funktion als Assistenz des ärztlichen Personals weiter geprägt werden. In der Folge werden Rollen- und Verantwortungsumverteilungen wenig berührt. An dieser Stelle soll darauf hingewiesen werden, dass beispielsweise in Ländern wie Kanada oder Schweden das nichtärztliche Personal, besonders die Pflege, in der ambulanten Gesundheitsversorgung einen anderen Stellenwert einnimmt. Dort führt es sie eigenverantwortlich diagnostische, therapeutische und beratende Tätigkeiten durch, die in Deutschland Aufgaben der Ärztinnen und Ärzte sind. Besonders Engpässe in der gesundheitlichen Versorgung führten in der internationalen Versorgungslandschaft zu dieser Aufgabenneuverteilung und -erweiterung im Bereich der Pflege (vgl. SVR 2014, S. 518–519).

Das gesamte Kapitel 3 macht deutlich, dass in Deutschland vielfältige Versorgungsmodelle und -formen initiiert wurden, die zur Überwindung von sektoralen Grenzen, zur Koordination aller an der Gesundheitsversorgung Beteiligten, zu mehr interprofessioneller Kooperation und zu einer optimierten Zusammenarbeit mit den Patientinnen und Patienten beitragen sollen. Besonders bei komplexen und dauerhaften gesundheitlichen Problemen gelten diese Modelle als adäquate Versorgungsansätze (vgl. RKI 2015, S. 348; vgl. Schaeffer, Hämel 2016, S. 1). Die neuen Versorgungsformen lassen sich dabei in unterschiedliche Bereiche differenzieren, innerhalb welcher der Gesetzgeber in der Vergangenheit diverse, im deutschen Sozialrecht festgeschriebene Regelungen hervorgebracht und fortwährend adjustiert hat (vgl. Brandhorst 2017, S. 14).

Die zentralen Aussagen der hier vorgestellten neuen Versorgungsmodelle werden in Kapitel 5 erneut aufgeführt und dem Modell der PORT-Zentren gegenübergestellt. Letzteres wird im nachfolgenden Kapitel beschrieben. Abschließend lässt sich festhalten, dass alle Ansätze darauf abzielen, „(...) der Desintegration zwischen den Einrichtungen und Sektoren und Gesundheitsprofessionen durch Stärkung der Koordination, Kommunikation und Kooperation auf der Fall-, Prozess- und Organisationsebene zu begegnen.“ (Schaeffer, Hämel 2016, S. 6)

4. PORT – Patienten- orientierte Zentren zur Primär- und Langzeitversorgung

In diesem Kapitel soll das Förderprogramm PORT – Patientenorientierte Zentren zur Primär- und Langzeitversorgung der RBSG vorgestellt werden. Dabei gilt die Forschungsfrage, was Patientenorientierte Zentren zur Primär- und Langzeitversorgung sind und was die gesundheitliche Versorgung innerhalb dieser auszeichnet, als leitend. Zu Beginn werden die Stiftung sowie der TB Gesundheit vorgestellt. Im Anschluss daran sollen der Entstehungshintergrund und die Intention des Förderprogramms skizziert werden. Da sich das Programm unter anderem auf im Vorfeld getätigte und stiftungsseitig geförderte Untersuchungen stützt, erfolgt in Kapitel 4.2.1 bis 4.2.3 ein Exkurs, bei dem internationale Versorgungsmodelle aus den Ländern Kanada und Finnland aufgezeigt werden. Im weiteren Verlauf werden die Merkmale und Eigenschaften sowie die mögliche Struktur und der Aufbau der PORT-Zentren dargestellt. Abschließend findet die Vorstellung von insgesamt fünf ausgewählten PORT-Initiativen inklusive deren geplanter Umsetzung im Sinne des Förderprogramms statt.

4.1

Die Robert Bosch Stiftung GmbH und der Themenbereich Gesundheit

Die RBSG wurde im Jahr 1964 gegründet und zählt in Deutschland „(...) zu den großen unternehmensverbundenen Stiftungen (...)“. (Schott 2017c) Sie ist Gesellschafterin der im Jahr 1886 gegründeten Robert Bosch GmbH, womit ihr anteilig die ausgeschüttete Dividende zufließt. Neben der Stiftung kommen außerdem der Robert Bosch Industriehand Kommanditgesellschaft und der Familie Bosch Anteile der Robert Bosch GmbH zu. Das Stammkapital der Robert Bosch GmbH beträgt rund 1,2 Milliarden Euro. Die Stiftung ist mit 92 Prozent an diesem Kapital beteiligt. Die Verwaltung der Vermögenswerte der RBSG erfolgt dabei im Sinne von Robert Bosch. Die Stiftung verfolgt ausschließlich gemeinnützige Zwecke und agiert nicht unternehmerisch (vgl. Schott 2017c).

Ihren Hauptsitz hat die RBSG seit dem Jahr 1986 auf dem ehemaligen Privatgelände der Familie Bosch auf der Stuttgarter Gänsheide, zu dem das Robert Bosch Haus gehört. Im Jahr 2012 richtete die Stiftung eine Repräsentanz in Berlin-Mitte ein. Zu der in Stuttgart niedergelassenen RBSG gehören als Einrichtungen mit Gesundheitsbezug das Robert-Bosch-Krankenhaus (RBK), das Dr. Margarete Fischer-Bosch-Institut für Klinische Pharmakologie und das Institut für Geschichte der Medizin. Heute zählen etwa 200 Mitarbeitende zur RBSG. Sie verzeichnet ungefähr 800 Eigen- und Fremdprojekte im Jahr und arbeitet an diversen gesellschaftlichen Themen. Seit ihrer Gründung hat die Stiftung inzwischen mehr als 1,4 Milliarden Euro für die Projektförderung bereitgestellt. Die Fördergebiete erstrecken sich auf die Themenbereiche Bildung, Gesellschaft, Gesundheit, Wissenschaft und Völkerverständigung (vgl. Schott 2017c; vgl. Schott 2017d).

Ausgehend von dem im Jahr 1940 durch Robert Bosch persönlich eingeweihten RBK ist die Auseinandersetzung mit dem Thema Gesundheit seit Gründung der Stiftung eine ihrer zentralen Aufgaben. Im Hinblick auf die demografischen Veränderungen ist die Ermöglichung einer guten gesundheitlichen Versorgung von chronisch und mehrfach erkrankten Menschen derzeit ein wesentliches Anliegen des Themenbereichs Gesundheit. Dazu agiert der Bereich in verschiedenen Projekten und unterstützt ergänzende Initiativen Dritter. Die Förderung betrifft insbesondere Vorhaben, die an einer

zukunftsfähigen Gestaltung der Gesundheitsversorgung ansetzen. Das Fördergebiet Gesundheit ist in vier Themen untergliedert: Versorgung gestalten, Kooperation der Gesundheitsberufe, Leben mit Krankheit und Thema Demenz (vgl. Schott 2017b; vgl. Schott 2017e).

Innerhalb des Themas „Versorgung gestalten“ soll vor allem mit den PORT-Projekten ein Beitrag geleistet werden, die gesundheitliche Versorgung auf zukünftige Herausforderungen auszurichten und Impulse für die Gesundheitsversorgung in Deutschland zu setzen (vgl. Schott 2017f). Unterstützt werden darüber hinaus Fördervorhaben, die neue Ansätze für eine verbesserte Patientenversorgung und ein Gesundheitssystem, das insbesondere den Bedürfnissen chronisch und mehrfach Erkrankter gerecht wird, aufweisen.

4.2 Entstehungshintergrund und Intention des Förderprogramms PORT

Wie bereits beschrieben setzt sich die RBSG innerhalb des TB Gesundheit seit Langem mit den Herausforderungen und Möglichkeiten einer Neuausrichtung der gesundheitlichen Versorgung in Deutschland auseinander und war in den vergangenen Jahren in unterschiedlichen Projekten aktiv (vgl. Schott 2017e).

So förderte sie vom 01. Januar 2013 bis zum 31. Dezember 2014 das Projekt Innovative Gesundheitsmodelle (InGe), welches am Institut für Allgemeinmedizin der Goethe-Universität Frankfurt entwickelt wurde. Das Projekt zielte darauf ab, innovative Gesundheitsmodelle¹ in ganz Deutschland zu identifizieren. Dazu wurden bereits erfolgreich umgesetzte Modelle recherchiert und auf ihre Eigenschaften, Erfolgsfaktoren, Anforderungen für ihre Übertragbarkeit sowie Barrieren bei der Implementierung hin überprüft. Diese Modelle stehen auf einer eigens dafür eingerichteten Internetseite der Öffentlichkeit zur Verfügung. Daneben wurde ein unterstützendes Beratungsangebot für die verschiedenen Gesundheitsakteure konzipiert, die ein innovatives Gesundheitsmodell in ihrer Region implementieren möchten. Als Ergebnis des InGe-Projekts kann festgehalten werden, dass in Deutschland zahlreiche innovative und erfolgreiche Modelle für eine zukünftige Gesundheitsversorgung existieren. Auffallend ist jedoch, dass viele der recherchierten Ansätze eher arztzentriert sind. Dabei kann „(...) ein umfassendes Gesundheitsmodell, das präventive, kurative, palliative, pflegerische, Wohn- und Mobilitätskonzepte vereint (...)“ (Erler 2015), zum Zeitpunkt der Projektdurchführung nicht ausfindig gemacht werden. Es werden Empfehlungen dahingehend ausgesprochen, eine Kombination aus den unterschiedlichen Modellen zu überprüfen. Ebenfalls wird auf die Etablierung von in vorwiegend ländlichen Bereichen niedergelassenen lokalen Gesundheitszentren hingewiesen, um somit eine umfassende gesundheitliche Versorgung sicherstellen zu können (vgl. Erler 2012 – 2015a; vgl. Erler 2012 – 2015b; vgl. Erler 2015).

Weiterhin hat die RBSG das Projekt Regional differenzierte Versorgung (DIVER) – eine international vergleichende Analyse ländlicher Versorgungsmodelle – gefördert. Von April 2012 bis März 2014 hat die Universität Bielefeld in Kooperation mit der Charité-Universitätsmedizin Berlin Versorgungsmodelle in den Ländern Kanada und Finnland untersucht. Innerhalb des Projekts wurden innovative ländliche Versorgungsmodelle der beiden Länder ausfindig gemacht und dargestellt. Zudem sollten Anregungen für Deutschland sichtbar gemacht werden, wie auch hierzulande die gesundheitliche Versorgung in ländlichen und strukturschwachen Regionen hinsichtlich der epidemiologischen und demografischen Entwicklungen gestaltet werden kann. Die untersuchten Modelle wurden außerdem auf ihre Übertragbarkeit auf (ländliche) deutsche Regionen hin überprüft. Dabei haben sich beispielsweise die kanadischen Community Health Centres (CHC) als Erfolg versprechendes Vorbild eines Modells der Primärversorgung herausgestellt (vgl. Schaeffer, Hämel, Ewers 2015, S. 11 – 17; vgl. Paulußen 2017a; vgl. Schott 2017g).

Ferner knüpft das Förderprogramm an Empfehlungen und Überlegungen des SVR an. In seinem Gutachten aus dem Jahr 2014 schlägt der SVR „(...) das Konzept von ‚Lokalen Gesundheitszentren zur Primär- und Langzeitversorgung‘ (LGZ) (...)“ (SVR 2014, S. 612) vor. Der Rat plädiert für eine Zentralisierung von medizinischen Versorgungsangeboten, wodurch eine effizientere, leistungsfähigere und qualitativ hochwertige gesundheitliche Versorgungsstruktur erzielt werden soll. Gemäß den Vorstellungen des SVR ist die Integration von sämtlichen medizinischen, pflegerischen und sozialen Angeboten als auch weiteren Gesundheitseinrichtungen Grundlage für eine umfassende Versorgung von chronisch und mehrfach Erkrankten (vgl. SVR 2014, S. 612 – 613).

¹ Als innovative Gesundheitsmodelle werden innerhalb des InGe-Projekts integrierte und / oder populationsorientierte Versorgungsansätze und Praxisbeispiele sowie Kooperationen und Netzwerke verschiedener Gesundheitsakteure definiert, welche die gesundheitliche Versorgung der Bevölkerung innerhalb einer Region nachhaltig sicherstellen sollen (vgl. Erler 2012 – 2015b).

Abbildung 1 illustriert die möglichen Konstellationen einer Versorgung innerhalb der LGZ. In dieser Illustration wird deutlich, dass in Abhängigkeit vom bestehenden Versorgungsangebot verschiedene Ausprägungen solcher Zentren möglich sein können. Im praxisgestützten Typ A können beispielsweise ärztliche und pflegerische Versorgungsangebote primär ambulant durchgeführt werden. Die ambulanten medizinischen Leistungen werden in diesem Fall vorrangig durch niedergelassene Hausärztinnen und -ärzte sowie grundversorgende Fachmedizinerinnen und -mediziner durchgeführt. Die Vernetzung mit und Ansiedlung an umliegenden Krankenhäusern sind dabei grundlegend. LGZ agieren beim Typ A in koordinierender Funktion und können zudem Ärztinnen und Ärzte sowie medizinisches Fachpersonal für regelmäßige Zweigsprechstunden bereitstellen. Ansatzpunkte für diesen Versorgungstyp können nach Vorstellungen des Rats besonders die Weiterentwicklung von BAG, Praxisgemeinschaften sowie MVZ sein (vgl. SVR 2014, S. 613).

Im klinikgestützten Typ B hingegen stellen Krankenhäuser, stationäre Pflegeeinrichtungen oder geriatrische Rehabilitationseinrichtungen den Ansatzpunkt für die Versorgung dar. Gemeinsam mit weiteren Versorgenden können hier, in Abhängigkeit von lokalem Versorgungsbedarf und -situation, differenzierte stationäre und gegebenenfalls auch ambulante Versorgungsangebote bereitgestellt werden. LGZ vom Typ B umfassen nach Vorstellungen des Rats vorrangig stationäre Angebote. Diese beinhalten die für eine Grundversorgung kennzeichnenden Fachrichtungen beziehungsweise primär geriatrisch ausgerichtete Angebote. Zudem sind auch spezialisierte Versorgungsleistungen denkbar, sofern sich dadurch eine große Anzahl von betroffenen Patientinnen und Patienten versorgen lässt. Die Arbeit in einem interdisziplinären Team bildet dabei das Fundament für eine effiziente Gesundheitsversorgung (vgl. SVR 2014, S. 613). Die möglichen Versorgungskonstellationen innerhalb der LGZ sollen an dieser Stelle nicht weiter beschrieben werden. Sie verdeutlichen die Ansatzpunkte für die innerhalb eines PORT-Zentrums denkbaren Strukturen der Versorgungsleistungen, auf die in Kapitel 4.5 näher eingegangen wird.

Auf Basis dieser vorangegangenen stiftungsseitig geförderten Projekte und eigenen Untersuchungen wurde das Förderprogramm PORT abgeleitet. Damit knüpft die Stiftung an die Ergebnisse der Projekte an, begegnet den daraus resultierenden Forderungen beziehungsweise Empfehlungen und intendiert, lokale und inhaltlich umfassende Gesundheitszentren in Deutschland zu entwickeln und einzuführen. Darüber hinaus beabsichtigt die RBSG, mit dem Förderprogramm Best-Practice-Beispiele auf den Weg zu bringen und Nachahmende gewinnen zu können. Es sollen damit nicht nur Modelle zum Füllen von entstehenden Versorgungslücken aufgezeigt, sondern auch neue Qualitätsmaßstäbe in der Gesundheitsversorgung generiert werden (vgl. Klapper 2015).

Der Begriff PORT hat mehrere Bedeutungen: Einerseits steht die Abkürzung PORT für Patientenorientierte Zentren zur Primär- und Langzeitversorgung. Darüber hinaus ist Port das englische Wort für Hafen. Auch im deutschen Sprachgebrauch ist ein Port ein Ort der Geborgenheit. Sinnbildlich steht ein PORT-Zentrum demnach für einen Hafen, der Knotenpunkt und Anlaufstelle ist und zudem Sicherheit bietet. Andererseits sollen die Zentren eine Leuchtturm-Funktion bieten, indem sie als Vorbild dienen und Innovation ausstrahlen. Die im Gesundheitswesen häufige Assoziation des Wortes PORT mit einem Portkatheter soll, ebenso wie die eigentliche Funktion eines Portkatheters, einen langfristigen und dauerhaften Zugang – in diesem Fall zur gesundheitlichen Versorgung – symbolisieren. Als weitere Metapher versteht man unter dem Begriff Port innerhalb der Elektronischen Datenverarbeitung eine Schnittstelle. Über diese Schnittstelle werden Lösungen in eine geänderte Umgebung übertragen beziehungsweise portiert. Ein PORT-Zentrum fungiert im Sinne dieser Assoziation als eine solche Schnittstelle. Ferner steht der Begriff Port ebenso für einen zentralen Ort, den die PORT-Zentren versinnbildlichen, indem sie offen, zugänglich und lokal ausgerichtet sind. Die Offenheit innerhalb der Zentren gilt dabei für sämtliche Fachrichtungen als auch für sämtliche Patientinnen und Patienten (vgl. Klapper 2015; vgl. Mißbeck, Staeck 2017).

Die Ausführungen sollen die Intention der Stiftung als auch deren nachhaltige Überlegungen zu dem Förderprogramm, inklusive dessen Namensgebung, verdeutlichen. Auf die inhaltlichen Aspekte des Programms wird im weiteren Verlauf der Arbeit eingegangen.

4.2.1 Exkurs: Internationale Modelle

Da das von der RBSG geförderte Projekt DIVER ein wichtiges Element auf dem Weg zu dem PORT-Projekt darstellt und die daraus resultierenden Erkenntnisse von zentraler Bedeutung für die weitere Etablierung von PORT-Zentren oder anderen möglichen Versorgungsmodellen sein können, werden an dieser Stelle auszugsweise Inhalte dieser Untersuchung vorgestellt. Folglich werden in diesem Kapitel internationale Modelle der Gesundheitsversorgung aus Kanada und Finnland skizziert. Strukturschwache und ländliche Bezirke machen eine Vielzahl dieser beiden Flächenstaaten aus. Somit sehen sich auch diese Länder mit den aus der Bevölkerungsveränderung resultierenden gewandelten Bedarfslagen konfrontiert, was Kanada und Finnland schon früh zur Erarbeitung unterschiedlicher Konzepte und Modelle bewegt hat (vgl. Schaeffer, Hämel, Ewers 2015, S. 11–13, S. 21; vgl. Schott 2017g).

4.2.2 Kanada

Mit einer rund 9,98 Millionen Quadratkilometer großen Fläche ist Kanada hinter Russland das zweitgrößte Land der Welt. Die Gesundheitsversorgung innerhalb strukturschwacher Regionen ist insofern von besonderer Bedeutung, da territorial gesehen rund 96 Prozent kanadischer Grundfläche ländlich strukturiert sind (vgl. Statistics Canada 2005; vgl. Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD) 2011, S. 22; vgl. Schaeffer, Hämel, Ewers 2015, S. 27). Im Jahr 2010 sind rund 14 Prozent der Bevölkerung 65 Jahre und älter, im Jahr 2017 sind es rund 17 Prozent. Prognosen zufolge wird der Anteil der 65-jährigen und älteren Personen im Jahr 2050 bei 25 Prozent liegen (vgl. OECD 2015, S. 193; vgl. Statistics Canada 2017). Das kanadische Gesundheitssystem ist durch Regionalisierung gekennzeichnet. Die gesundheitliche Versorgung liegt sowohl in zentraler als auch in dezentraler Verantwortung regionaler Gesundheitsbehörden. Die Gesundheitsausgaben sind

privat- und steuerfinanziert (vgl. Schaeffer, Hämel, Ewers 2015, S. 26–27).

Zuerst sind die Family Health Teams (FHT) als ein in Kanada etabliertes Versorgungsmodell für eine Neuausrichtung der primären Gesundheitsversorgung zu nennen. Ab dem Jahr 2005 begann die Entwicklung der FHT im Zuge eines vom Ministry of Health and Long-Term Care (MOHLTC) der Provinz Ontario initiierten Programms. Das Konzept des Patient Centered Medical Home (PCMH) hat dabei Einfluss auf die Entwicklung genommen (vgl. Meuser et al. 2006, S. 436; vgl. Rosser et al. 2011, S. 166; vgl. Schaeffer, Hämel, Ewers 2015, S. 35). Ziel der FHT ist eine patientenzentrierte Hausarztmedizin, die eine umfassende, personelle und kontinuierliche Versorgung in einem multiprofessionellen Rahmen garantiert (vgl. Schaeffer, Hämel, Ewers 2015, S. 35–36). Vom MOHLTC werden die FHT als eine Organisation der primären Gesundheitsfürsorge bezeichnet, die aus einem Team aus Hausärztinnen und -ärzten, Pflegekräften, Sozialarbeitenden und weiteren Fachleuten besteht. Dadurch soll die gesundheitliche Grundversorgung innerhalb einer Gemeinde sichergestellt werden; basierend auf den Bedarfen der Bevölkerung in der jeweiligen Region (vgl. MOHLTC 2016). Die Einschreibung in ein FHT sowie die Bestimmung einer Allgemeinärztin beziehungsweise eines Allgemeinarztes als persönliche Kontaktperson sind Voraussetzungen, um sich durch die FHT behandeln zu lassen. Das Konzept des PCMH gilt dabei als verbindliche Grundlage, sodass die Bedürfnisse der einzelnen Patientinnen und Patienten berücksichtigt werden (vgl. Schaeffer, Hämel, Ewers 2015, S. 37, S. 40).

Ein weiteres Versorgungsmodell stellen die Local Health Hubs (LHH) dar. Darunter versteht man ein lokales, integriertes Modell zur Bereitstellung von Gesundheitsdienstleistungen, bei dem möglichst alle Sektoren formal miteinander verbunden sind. LHH bilden ein Versorgungsnetz mit einer zentralen Anlaufstelle, sodass eine umfassende und sektorenübergreifende Versorgung ermöglicht wird (vgl. MOHLTC 2010, S. 14; vgl. Ontario Hospital Association 2012, S. 2; vgl. Schaeffer, Hämel, Ewers 2015, S. 135). Sie können zum Beispiel an Krankenhäusern, FHT oder CHC angesiedelt werden und somit einen Campus bilden, innerhalb dessen

jede Einrichtung autonom, aber in einem Netzwerk agiert. Dadurch wird die Kooperation der lokal zusammengeschlossenen Institutionen gefördert, die räumlich gebündelt einen zentralen Anlaufpunkt für die Patientinnen und Patienten bilden. Kernelemente der LHH sind immer Angebote der Akut-, Primär- und Langzeitversorgung sowie Leistungen im Bereich der Rehabilitation, Psychiatrie und Psychologie. Weitere Versorgungsangebote werden je nach lokalen Gegebenheiten ergänzt (vgl. Schaeffer, Hämel, Ewers 2015, S. 135–136, S. 142).

Zuletzt sollen die CHC angeführt werden, deren Anfänge bis in die 1970er Jahre zurückreichen (vgl. Suschnigg 2001, S. 91). Das Konzept der lokalen Gesundheitszentren ist ausgerichtet an der Deklaration von Alma-Ata, die ein umfassendes Gesundheitsverständnis voraussetzt. Demnach soll das Gesundheitssystem keinesfalls erst bei Krankheit, sondern bereits im Vorhinein wirksam werden. In Anlehnung daran sind Maßnahmen der Prävention und Gesundheitsförderung in den CHC von besonderer Wichtigkeit (vgl. WHO 1978; vgl. Schaeffer, Hämel, Ewers 2015, S. 113). Die Zentren bilden ein Modell einer breit aufgestellten, integrierten Primärversorgung, das einen kosteneffektiven Weg zur Verbesserung der Gesundheitsversorgung der Bevölkerung darstellt; und das auf einem hohen Qualitätsniveau. Die Rücksichtnahme auf soziale Determinanten von Gesundheit spielt ebenfalls eine wichtige Rolle, wobei vulnerable Gruppen besonders beachtet werden. CHC verfolgen einen multidisziplinären und -professionellen Ansatz, der sich sowohl auf die Bedürfnisse und Bedarfe der Kommunen als auch auf die der Individuen konzentriert. Dabei sind eine gute Erreichbarkeit und ein niederschwelliger Zugang obligat. Die Ausführungen machen deutlich, dass die CHC ein weitgefächertes Aufgaben- und Angebotspektrum haben, das nicht zuletzt den Fokus auf die Stärkung der Gesundheitskompetenz der Nutzerinnen und Nutzer legt (vgl. Schaeffer, Hämel, Ewers 2015, S. 114–115, S. 128–130; vgl. Canadian Association of Community Health Centres 2017).

4.2.3 Finnland

Innerhalb der OECD-Länder stellt Finnland mit ungefähr 93 Prozent ländlicher Fläche das mit am ländlichsten gegliederte Land dar. Im Jahr 2010 sind rund 17 Prozent der finnischen Bevölkerung 65 Jahre und älter; bis zum Jahr 2050 wird ein Anstieg auf 27 Prozent prognostiziert (vgl. OECD 2015, S. 193; vgl. Schaeffer, Hämel, Ewers 2015, S. 24). Das Land besitzt weltweit eines der am dezentralisiertesten gestalteten Gesundheitssysteme. Die Gesundheitsversorgung ist Aufgabe der Kommunen, die verantwortlich für die Planung, Regulierung und Realisierung dieser sind. Gesundheitsausgaben werden mehrheitlich öffentlich finanziert (vgl. Vuorenkoski 2008, S. 36–37; vgl. Schaeffer, Hämel, Ewers 2015, S. 23–25).

Ein Versorgungskonzept für eine Neuausrichtung der Primärversorgung stellen die Gesundheitskioske dar, in denen Gesundheitsleistungen schnell und niederschwellig zugänglich gemacht werden sollen. Diese werden von den Kommunen betrieben. Charakteristische Versorgungsleistungen beziehen sich auf (Beratungs-)Angebote und Informationen zur Prävention und Gesundheitsförderung sowie kleine, akute medizinische Leistungen, wie zum Beispiel Impfungen oder Blutdruckkontrollen. Die Leistungen sind als Komponente der allgemeinen Gesundheitsfürsorge für die Bürgerinnen und Bürger kostenfrei und können ohne Terminvereinbarung wahrgenommen werden. Dabei fungieren Pflegekräfte als primäre Kontaktpersonen. Struktur und Angebot der Gesundheitskioske sind abhängig vom regionalen Bedarf der Bevölkerung (vgl. Schaeffer, Hämel, Ewers 2015, S. 75–77, S. 82).

Ein weiteres Modell bilden die mobilen Kliniken. Diese sind bewegliche Einrichtungen mit differenzierten Versorgungsangeboten, die zum Beispiel in Form von Demenz- oder Impfmobilen agieren. Zielgruppe des Versorgungskonzeptes sind Personen, die infolge sozialer oder geografischer Hindernisse Versorgungsangebote und Institutionen mit einem festen Standort nicht aufsuchen können. Mobile Kliniken sind temporär an einem gut zugänglichen Ort niedergelassen. In Ländern wie Südafrika oder Australien gehört dieses Konzept schon lange zur Regelversorgung. Für Finnland gilt die mobile Klinik Mallu als Vorreiter. Im Mittelpunkt von Mallu

steht eine Public Health Nurse, zu deren Aufgaben beispielsweise gesundheitliche Beratungen, Angebote der Gesundheitsförderung und Prävention, Gesundheitschecks oder das Durchführen von Impfungen gehören. Die Klinik ist auf die Versorgung der älteren und chronisch erkrankten Landbevölkerung fokussiert. Die zu Behandelnden vereinbaren in der Regel vorab einen Termin in der mobilen Klinik; entweder via Internet oder über Gesundheitszentren, mit denen Mallu vernetzt ist (vgl. Schaeffer, Hämel, Ewers 2015, S. 85–87, S. 90).

Zuletzt sind die kommunalen Gesundheitszentren zu nennen, die den Mittelpunkt der finnischen Primärversorgung einnehmen (vgl. Hämel, Schaeffer 2014, S. 14). Die Gründung der Zentren hat ihren Ursprung in den 1960er Jahren (vgl. Jespersen, Wrede 2009, S. 167). Ziel damals war es, ausreichend ambulante Versorgungsleistungen für die gesamte Bevölkerung zu generieren, da besonders ländliche Regionen mit einem Mangel dieser konfrontiert waren. Um weiterhin ein Gleichgewicht der bestehenden regionalen Unterschiede zu erreichen, wurde im Jahr 1972 das Primärversorgungsgesetz wirksam. Dieses Gesetz schaffte die Grundlage für einen flächendeckenden Aufbau kommunaler Gesundheitszentren, die staatlich subventioniert werden (vgl. Hämel, Schaeffer 2014, S. 13; vgl. Schaeffer, Hämel, Ewers 2015, S. 95). Somit war Finnland der WHO um fünf Jahre voraus, die im Jahr 1978 in der Deklaration von Alma-Ata eine umfassende Primärversorgung zur globalen Gesundheitsstrategie erklärte (vgl. WHO 1978; vgl. Melkas 2013, S. 6; vgl. Hämel, Schaeffer 2014, S. 13). Die kommunalen Gesundheitszentren verfolgen das Ziel, eine umfassende und integrierte, für alle Bürgerinnen und Bürger zugängliche primäre Gesundheitsversorgung zu gewährleisten. Ihr Aufgabenspektrum erstreckt sich von Angeboten zur Prävention über medizinische, pflegerische und soziale Dienste bis hin zu Leistungen im Bereich der Rehabilitation (vgl. Vuorenkoski 2008, S. 105–107).

Aufgrund ihrer populationsorientierten Ausrichtung bilden die Bevölkerungsbedarfe die Basis für die Angebotsprofile der Zentren. Kennzeichnend ist außerdem in den Großteilen der Zentren das Vorhalten von stationären Abteilungen, die für die Akut- und Langzeitversorgung zur Verfügung stehen. Ferner sind sie multiprofessionell organisiert, wobei im Besonderen der Pflege eine prägnante Rolle innerhalb der Primärversorgung zufließt. Seit den 1990er Jahren avisieren kommunale Gesundheitszentren verstärkt die komplexen Versorgungsbedarfe von chronisch Kranken (vgl. Schaeffer, Hämel, Ewers 2015, S. 96–97, S. 110).

Die kanadischen und finnischen Modelle verschaffen eine Vorstellung darüber, wie eine mögliche Gesundheitsversorgung angesichts der mit den gewandelten Bedarfslagen einhergehenden Herausforderungen aussehen kann. Darüber hinaus kann die Beschäftigung mit internationalen Modellen im Hinblick auf eine mögliche Versorgungsgestaltung in Deutschland inspirierend sein. Innerhalb des DIVER-Projekts wurden Modelle selektiert, die gemäß den Rahmenbedingungen des deutschen Gesundheitswesens ausgebildet werden können. Auch wenn eine Eins-zu-eins-Übertragung der Konzepte nicht möglich ist, bieten die durchgeführten Untersuchungen Anregungen, die für die Erprobung und Entwicklung neuer Versorgungsmodelle in Deutschland elementar sind (vgl. Schaeffer, Hämel, Ewers 2015, S. 11, S. 28, S. 225–226).

4.3

Das Förderprogramm PORT

Ausgehend von den in Deutschland bestehenden Problematiken und den damit verbundenen Herausforderungen hinsichtlich der gesundheitlichen Versorgung wurden mit dem Förderprogramm PORT für Deutschland Pioniere gesucht, die innovative und umfassende Gesundheitszentren zur Primär- und Langzeitversorgung innerhalb einer Region umsetzen wollen. Das Programm wurde im Februar 2015 deutschlandweit ausgeschrieben. Die Ausschreibung war an Vorreiter adressiert, die Offenheit und Interesse an einer Neuausrichtung der gesundheitlichen Versorgung zeigen und diese auch in Zukunft auf hohem Qualitätsniveau leisten wollen. Zusätzlich sollten die Adressaten über eine Kooperation mit anderen Versorgenden aus dem Gesundheitswesen verfügen. Die Förderung richtete sich an Pioniere, die das Potenzial dazu haben, ein PORT-Zentrum tatsächlich zu realisieren, eine Idee dazu haben oder sich eventuell bereits eigenständig aufgemacht haben, diese Idee umzusetzen. Bewerberinnen und Vertreter aus den Gesundheitsberufen und von Wohlfahrtsverbänden sowie Pflegeeinrichtungen, Krankenhäuser, Kommunen oder andere Akteurinnen und Akteure. Betriebliche Ausstattungen, Investitionen, Personalstellen sowie Bauvorhaben werden innerhalb des PORT-Programms nicht gefördert (vgl. Schott 2017h; vgl. Schott 2017i).

Das Bewerbungsverfahren lief in mehreren Stufen ab. Zu Beginn des Förderprogramms war ein Informationstag vorgesehen, an dem die potenziellen Bewerberinnen und Bewerber Anregungen für ihre Konzeptideen als auch weiterführende Informationen zur Antragstellung erhalten konnten. Bereits bei der Anmeldung für den Informationstag mussten die Motivation für die Initiierung eines PORT-Zentrums und eine erste Projektskizze vorgelegt werden. Die Bewerbungsfrist wurde auf den 15. April 2015 terminiert. Insgesamt gingen bis zu diesem Zeitpunkt 60 Bewerbungen bei der RBSG ein. Nach einer ersten Sichtung und Vorauswahl wurden von den eingegangenen Bewerbungen 30 Initiativen zu einer Antragstellung und dem Informationstag eingeladen, der am 29. Mai 2015 innerhalb der Räumlichkeiten der RBSG in Stuttgart stattfand. Neben der Intention der Stiftung zum Förderprogramm PORT wurden an diesem Tag inhaltliche Kriterien des Programms detaillierter erläutert, Präsentationen zu den Inhalten und Ergebnissen der Projekte InGe und DIVER durchgeführt und einzelne, für ein PORT-Zentrum

relevante Elemente intensiv veranschaulicht (vgl. Schott 2017g; vgl. Schott 2017h; vgl. Schott 2017i).

Im Verlauf des Sommers 2015 entwickelten sich unterschiedliche Anträge in Form einer zweiten Bewerbung, die in einem abgestuften Verfahren bewertet und eingeschätzt wurden. Dabei wurde die RBSG durch eine elfköpfige Expertenjury unterstützt, die sich aus unterschiedlichen Spezialisten, überwiegend aus dem Bereich der Gesundheits- und Versorgungsforschung, zusammensetzt. Die RBSG und die Expertenjury wählten aus den eingegangenen Bewerbungen in einem ersten Schritt acht Initiativen aus, die im Jahr 2016 für etwa neun Monate mit bis zu 50.000 Euro finanziell sowie inhaltlich in ihrer Konzeptentwicklung von der RBSG gefördert und begleitet wurden. In einem zweiten Schritt wurden aus den ausgearbeiteten Konzepten fünf Initiativen ausgewählt, die Anfang 2017 den Förderzuschlag für die Umsetzung ihrer Konzepte erhielten. In den nächsten fünf Jahren stellt die RBSG für dieses Vorhaben zwei Millionen Euro zur Verfügung, um mit dem Förderprogramm die ausgewählten Initiativen bundesweit bei der Etablierung von lokalen Gesundheitszentren zu unterstützen. Internationale Fachtagungen, Vernetzungstreffen und Expertenberatungen sind integrativer Bestandteil der Förderung. Zudem werden Hospitationen im Ausland sowie Studienreisen zu vorbildlichen Einrichtungen in den skandinavischen Ländern durchgeführt. Die fünf ausgewählten PORT-Initiativen werden im weiteren Verlauf dieser Arbeit vorgestellt (vgl. Schott 2017i; vgl. Schott 2017j; vgl. Schott 2017k).

4.4 Eigenschaften und Merkmale der PORT-Zentren

In diesem Kapitel sollen die Eigenschaften und Merkmale eines PORT-Zentrums aufgeführt werden. Diese stellen den Kerngedanken des Förderprogramms dar und sind ausschlaggebend für die ausgewählten Konzeptentwicklungen der PORT-Initiativen. In der Ausschreibung aus dem Jahr 2015 als auch in der weiteren Literatur über das PORT-Programm werden diese Eigenschaften und Merkmale wiederkehrend dargelegt.

Innerhalb der Ausschreibung heißt es, dass die beispielhaften zukünftigen Gesundheitszentren mehreren Anforderungen entsprechen sollen. Dazu gehört einerseits eine kommunal gute Einbindung der Zentren, wobei die Ausrichtung auf den jeweiligen regionalen Versorgungsbedarf grundlegend ist. Weiterhin sollen die Entwicklung von Therapie- und Versorgungspraxis sowie die Inanspruchnahme von neuen Potenzialen, wie zum Beispiel Electronic Health (E-Health)², zur Anwendung kommen. Auf der anderen Seite werden Angebote zur Gesundheitsförderung und Prävention als zentrales Merkmal genannt. Des Weiteren wird das in einem PORT-Zentrum beschäftigte Personal als multiprofessionelles Team charakterisiert, welches sich aus Gesundheits- und Sozialberufen sowie anderen Professionen zusammensetzt und auf Augenhöhe agiert. Dies impliziert die erforderliche fachliche Qualität der Versorgung, um die Patientinnen und Patienten gemäß ihrem individuellen Bedarf im Verlauf ihrer kompletten Lebenszeit optimal zu versorgen und sie im Umgang mit ihrer Krankheit zu unterstützen. Die Patientenorientierung und -zentrierung spielt somit eine wichtige Rolle innerhalb des Förderprogramms. Ferner sollen, bedingt durch die kommunal gute Eingliederung, beispielsweise auch engagierte Bürgerinnen und Bürger die Möglichkeit zur Mitwirkung und -gestaltung der Gesundheitsversorgung innerhalb der Zentren erhalten. Ein effizientes Management der Versorgungsleistungen wird zudem vorausgesetzt, um Übergänge in andere Versorgungsbereiche zu erleichtern, Schnittstellen besser zu koordinieren und auf diese Weise mehr Transparenz innerhalb der Gesundheitsversorgung zu erzielen.

² Unter E-Health wird „(...) jeglicher Einsatz von Kommunikations- und Informationstechnologien (ICT) im Bereich Gesundheit und Krankheit verstanden (...).“ (Dockweiler, Razum 2016, S. 5) Darunter fallen zum Beispiel die elektronische Patientenakte, Gesundheitsapplikationen für mobile Endgeräte oder Telekonsile. Im deutschen Sprachgebrauch wird häufig der Begriff Gesundheitstelematik synonym verwendet (vgl. Dockweiler, Razum 2016, S. 5–6).

Langfristig sollen die Zentren zudem eine akademische Anbindung aufweisen. Abschließend kann festgehalten werden, dass die PORT-Zentren die Primär- und Langzeitversorgung innerhalb einer Region sicherstellen sollen, indem sie eine umfassende, koordinierte und kontinuierliche Gesundheitsversorgung aus einer Hand gewährleisten. Abbildung 2 führt diese zentralen Elemente und Eigenschaften ebenfalls auf. Da diese maßgeblich für die PORT-Zentren sind und in der zur Verfügung stehenden Literatur zum Förderprogramm wiederholend aufgeführt werden, werden diese spezifischen PORT-Charakteristika in Abbildung 2 stichpunktartig illustriert (vgl. Klapper 2017, S. 18; vgl. Schott 2017a; vgl. Schott 2017k).

4.5 Aufbau und Struktur der PORT-Zentren

Eine patientenorientierte, sektorenübergreifende und integrierte Versorgung spielt innerhalb einer zukunftsfähigen Gesundheitsversorgung eine wichtige Rolle. Dies benötigt insbesondere eine für die Koordination der Versorgungsleistungen zuständige Funktion, damit die zu Behandelnden eine optimale und individuelle Versorgung erhalten. Zudem soll die Leistungserbringung bestenfalls in einem multiprofessionellen Team erfolgen und die Abstimmung von Angeboten zur Gesundheitsförderung und Prävention sowie die Einbindung beziehungsweise Absprache mit weiteren Akteurinnen und Akteuren und Versorgenden gegeben sein (vgl. Schaeffer, Hämel 2016, S. 2; vgl. Klapper 2017, S. 20–21).

Abbildung 3 stellt exemplarisch die Bündelung der Versorgungsleistungen in einem PORT-Zentrum dar und skizziert die dortige idealtypische Versorgung. Inmitten des Zentrums agiert eine Community Health Nurse (CHN)³. Ihr kommt eine zentrale Funktion zu, indem sie für die Koordination sämtlicher Versorgungsleistungen sowie für Angebote zur Gesundheitsförderung und Prävention zuständig ist und in fallbetreuender Position agiert. Weitere, in einem PORT-Zentrum fest angestellte Personen werden in Abbildung 3 mit einem dunkelroten Kasten gekennzeichnet, denen eine Grundfunktion/-verbindung zugewiesen wird. Zu ihnen zählen Hausärztinnen und -ärzte, MFA, Fallbetreuende – zum Beispiel im Profil von Advanced Nurse Practitioners (ANP)⁴ – sowie ein Patientenhol- und -bringdienst. Eine weitere Grundfunktion innerhalb des PORT-Zentrums haben das Leitungsteam, die Verwaltung sowie das Telemedizinische Zentrum. Diese Rollen und Funktion machen den elementaren Bestandteil des Zentrums aus. Ferner sind die kommunale Anbindung sowie Angebote zur Gesundheitsförderung feste Komponenten, die sich innerhalb des Zentrums wiederfinden. Maßnahmen der Prävention und Gesundheitsförderung

können zum Beispiel durch Selbstmanagementkurse, Krabbel- und Gymnastikgruppen oder durch diverse Präsentationen zu verschiedenen gesundheitlichen Themen stattfinden. Um diese Komponenten als Grundfunktion zu garantieren, kooperiert das PORT-Zentrum mit Kommunen, Schulen oder Kirchengemeinden. Eine weitere Grundfunktion für die Versorgungsgestaltung der Zentren spielen Akutkrankenhäuser und Fachkliniken. Diese stehen in Grundverbindung mit dem PORT-Zentrum, sodass die Behandlung durch Fachärztinnen und -ärzte sichergestellt ist. Das fachärztliche Personal ist dabei nicht dauerhaft im Zentrum angestellt, sondern kann stunden- oder tagesweise im PORT-Zentrum tätig sein oder zum Beispiel per Telekonsil agieren. Das bedeutet, dass deren Funktion je nach Bedarf und Verfügbarkeit greift. Weiterhin können Logopädinnen und Logopäden, Sozialarbeitende, Physiotherapeutinnen und -therapeuten, Psychologinnen und Psychologen sowie Hebammen und Entbindungspfleger entweder fest im PORT-Zentrum angestellt oder außerhalb dessen niedergelassen sein und dort für mehrere Stunden oder an einzelnen Wochentagen agieren. Weitere wichtige Instanzen, die nicht im PORT-Zentrum selbst, deren Grundverbindungen jedoch unerlässlich sind, bilden Apotheken, stationäre Pflegeeinrichtungen, Hospize, ambulante Pflegedienste und Universitäten beziehungsweise Einrichtungen, die eine akademische Anbindung sicherstellen. Die Abbildung 3 kann als mustergültiges Exemplar angesehen werden, wie sich die Versorgung innerhalb der PORT-Zentren gestalten kann. In jedem Fall lassen sich die in Kapitel 4.4 beschriebenen Eigenschaften und Merkmale in dieser beispielhaften Bündelung der Versorgungsleistungen wiederfinden (vgl. Klapper 2017, S. 21). Die anschließende Vorstellung der ausgewählten PORT-Initiativen soll verdeutlichen, wie diese Aspekte umgesetzt werden sollen.

³ CHN unterstützen die Gesundheit von Individuen, Familien, Gruppen, Gemeinden, Bevölkerungen und Systemen. Sie praktizieren in Gesundheitszentren, Schulen, der häuslichen Umgebung und anderen gemeindenahen Settings und sind als speziell qualifizierte Pflegefachpersonen ein wichtiger Bestandteil der primären Gesundheitsversorgung. Zu ihren Aufgaben gehören insbesondere die Gesundheitsförderung und Prävention in Kommunen, Gemeinden oder Quartieren (vgl. Canadian Nurses Association 2017; vgl. Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe (DBfK) 2017).

⁴ ANP sind Pflegefachpersonen mit akademischer Zusatzqualifikation, die über Expertenwissen, komplexe Entscheidungsfindungsfähigkeiten und klinische Kompetenzen für eine erweiterte pflegerische Praxis verfügen. Sie arbeiten autonom in spezifischen Versorgungsbereichen. Ein Masterabschluss wird für die ANP empfohlen (vgl. International Council of Nurses 2017).

4.6

Die PORT-Initiativen

Anfang des Jahres 2017 wurden von der RBSG fünf Initiativen ausgewählt, die nach der Entwicklung ihrer Konzepte den Förderzuschlag zur Umsetzung dieser erhalten haben. Zu ihnen zählen die Gemeinde Büsum in Schleswig-Holstein, das Gesundheitskollektiv Berlin e. V. (GeKo) in Berlin, die Gemeinde Hohenstein und der Landkreis Calw in Baden-Württemberg sowie der Landkreis Waldeck-Frankenberg in Hessen. Diese sollen nachfolgend kurz beschrieben werden (vgl. Schott 2017a; vgl. Schott 2017k).

Büsum sah sich in der Vergangenheit mit einem drohenden Mangel an Ärztinnen und Ärzten konfrontiert, da vier von insgesamt fünf in der Gemeinde tätigen Hausärztinnen und -ärzten auf das Rentenalter zusteueren und sich für deren Praxen keine Nachfolgenden fanden. Als Reaktion darauf errichtete die Gemeinde ein Gesundheitszentrum, indem sie vier Hausarztpraxen übernahm. Das Zentrum wird von der Gemeinde organisiert und finanziert, in dem aktuell vier Hausärztinnen und -ärzte und ein Nachwuchsmediziner in Weiterbildung angestellt sind und gemeinschaftliche Praxisräume nutzen. Zusätzlich verfügt es über eine Apotheke, eine Physiotherapie- und Naturheilpraxis, eine Pflegeberatungsstelle sowie Trainingsräume. In den nächsten Jahren sollen zusätzliche Schulungsräume in dem Zentrum geschaffen werden, sodass präventive Angebote, wie zum Beispiel regelmäßige Schulungen für chronisch Erkrankte, Kinder und Jugendliche, Pädagoginnen und Pädagogen, Ehrenamtliche und gesundheitsinteressierte Bürgerinnen und Bürger, durchgeführt werden können. Weiterhin sollen neben den Hausärztinnen und -ärzten NÄPa sowie ein Casemanagement in dem Zentrum etabliert werden und die verstärkte Integration von telemedizinischen Anwendungen erfolgen (vgl. Mißbeck, Staeck 2017; vgl. Schott 2017l).

Das GeKo möchte im Norden Berlin-Neuköllns ein PORT-Zentrum aufbauen, das in einen voraussichtlich im Jahr 2019 fertiggestellten Gebäudekomplex integriert wird, in dem auch Stadtteilinitiativen sowie andere soziale Einrichtungen niedergelassen sind. GeKo ist ein multiprofessionelles Team, das mitunter aus Ärztinnen und Ärzten, Pflegenden, Sozialarbeitenden sowie Physio- und Psychotherapeutinnen und -therapeuten besteht. Die Arbeit des Teams berücksichtigt besonders die sozialen Determinanten der Gesundheit

der Bürgerinnen und Bürger und orientiert sich an dem lokalen Bedarf, wobei Partizipation eine wichtige Rolle spielt. Dabei soll sich das PORT-Zentrum auf die vier Säulen Beratung, Primärversorgung, Forschung und Gemeinwesenarbeit stützen. Bis zur Errichtung des Zentrums ist es ein Anliegen von GeKo, durch aufsuchende Angebote Kenntnisse über die Gesundheitssituation und Lebenswelt der Bürgerinnen und Bürger zu erlangen. Begleitende Maßnahmen sind beispielsweise die Übersetzung von Arztbriefen, die Errichtung einer Lotsen- und Multiplikatorengruppe sowie der Einsatz einer mobilen Gesundheitsberatung (vgl. Mißbeck, Staeck 2017; vgl. Schott 2017m).

In Hohenstein soll ein PORT-Zentrum errichtet werden, in dem viele Professionen zusammenwirken. Neben einem Hausarzt, einer Ergotherapeutin und einer Logopädin sollen ein Pflegestützpunkt, eine Wohnberatung, die Nachbarschaftshilfe, Sozialarbeitende sowie Physiotherapeutinnen und -therapeuten in das Zentrum integriert werden. Weiterhin wird über die Verortung eines Bürgercafés, den Einsatz von Patientenbussen sowie die Möglichkeit zur zahnmedizinischen Versorgung nachgedacht. Eine wichtige Rolle in dem PORT-Zentrum hat zudem der Lotse, welcher begleitende, koordinierende und aufsuchende Arbeiten tätigt. Zudem sollen regelmäßige Vorträge und der Einsatz von E-Health das Versorgungsangebot ergänzen. Aufgrund einer speziellen Bauweise und flexiblen Modulräumen wird das Zentrum jederzeit räumlich erweiterbar sein. Mitwirkende am Aufbau des PORT-Zentrums Hohenstein sind der Arbeitskreis Gesunde Gemeinde, die Geschäftsstelle der Kommunalen Gesundheitskonferenz des Landkreises Reutlingen sowie die Universität Tübingen (vgl. Mißbeck, Staeck 2017; vgl. Schott 2017n).

Calw möchte bis zum Jahr 2020 einen Gesundheitscampus errichten, der ein Krankenhaus, ein Nephrologisches und ein Psychiatrisches Zentrum sowie ein Haus der Gesundheit umfasst. Das Haus der Gesundheit soll neben Fachärztinnen und -ärzten Pflegeplätze und ein PORT-Zentrum beinhalten. Aufgrund der räumlich nahen Ansiedlung am Krankenhaus und den anderen Gesundheitseinrichtungen soll eine umfassende, koordinierte und sektorenübergreifende Gesundheitsversorgung erleichtert werden.

Mithilfe eines Casemanagements sollen die Versorgungspfade im gesamten therapeutischen Team abgestimmt werden. Angebote zur Prävention sowie interprofessionelle Fallbesprechungen werden zum Aufgabenspektrum des PORT-Zentrums gehören (vgl. Mißbeck, Staeck 2017; vgl. Schott 2017o).

Im Landkreis Waldeck-Frankenberg sind bereits eine hausärztliche Gemeinschaftspraxis sowie ein Pflegehotel vorhanden, welches momentan umgebaut beziehungsweise erweitert wird. Diese machen den schon existierenden Kern des zukünftigen PORT-Zentrums aus, wobei aktuell ein direkt danebenliegendes Schulungs- und Beratungszentrum aufgebaut wird, das Angebote zur Prävention und Gesundheitsförderung einschließen soll. Auch in diesem PORT-Zentrum soll die Arbeit in einem multiprofessionellen Team stattfinden, das neben Hausärztinnen und -ärzten aus Pflegefachkräften, einem Case- und Gesundheitsmanagement und einer VERAH® besteht. Darüber hinaus sollen Ehrenamtliche in die Versorgungsleistungen einbezogen werden. Die Nutzung einer digitalen Patientenakte ist dabei grundlegend (vgl. Mißbeck, Staeck 2017; vgl. Schott 2017p).

Das gesamte Kapitel 4 dieser Arbeit hat einen Einblick darüber gegeben, welchen Entstehungshintergrund das Förderprogramm PORT hat, welche Merkmale und Eigenschaften ein solches Zentrum ausmachen, wie die Versorgungsleistungen strukturiert und gebündelt werden können und wie die geförderten Initiativen diese Aspekte umsetzen wollen.

Das Förderprogramm wird von der Landesvereinigung für Gesundheit und Akademie für Sozialmedizin Niedersachsen e. V. (LVG & AFS) begleitend evaluiert. Innerhalb der Evaluation werden neben den PORT-Zentren selbst, inklusive der jeweiligen Umsetzung der Versorgungskonzeptionen, die Schnittstellen zu anderen Versorgenden, wissenschaftliches Zusammenarbeiten als auch die Integration in bestehende oder herzustellende kommunale Strukturen berücksichtigt. Auch eine gesundheitspolitische Sichtbarkeit spielt bei der Evaluation eine Rolle, die während der Zeit vom 15. Juni 2017 bis zum 14. Juni 2020 durchgeführt wird (vgl. LVG & AFS 2017). Da zum jetzigen Zeitpunkt keine Evaluationsergebnisse vorliegen, soll im nachfolgenden Kapitel

eine Gegenüberstellung von PORT-Zentren und bereits in Deutschland vorhandenen Versorgungsmodellen erfolgen. Weiterhin wird diskutiert, ob und welche möglichen Potenziale die Zentren gegenüber den in dieser Arbeit bereits beschriebenen Versorgungsformen aufweisen.

5. Diskussion – Gegenüber- stellung von neuen Versorgungsformen und PORT-Zentren

In diesem Kapitel werden die in Kapitel 2 skizzierte Regelversorgung sowie die in Kapitel 3 beschriebenen neuen Versorgungsformen den PORT-Zentren gegenübergestellt. Des Weiteren soll diskutiert werden, ob und welche Potenziale PORT-Zentren bezüglich einer zukünftigen Versorgungsgestaltung gegenüber den in Deutschland existierenden Versorgungsformen aufzeigen.

Die ambulante ärztliche Regelversorgung in Deutschland wird nahezu ausschließlich durch niedergelassene Ärztinnen und Ärzte realisiert, die bei gesundheitlichen Problemen im Regelfall die erste Anlaufstelle für die Patientinnen und Patienten darstellen. Insbesondere hausärztliches Personal spielt hier eine zentrale Rolle. Die hausärztliche Versorgung hat zudem eine zentrale Bedeutung in der Primärversorgung (vgl. SVR 2010, S. 27; vgl. Simon 2013, S. 269; vgl. Klimm 2017, S. 58; vgl. Räker 2017, S. 48). Häufigste Organisationsform der Niederlassung bilden die Einzelpraxen; daneben sind Praxisgemeinschaften oder BAG möglich. Die niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte werden in ihrer Tätigkeit insbesondere von MFA unterstützt und das Aufsuchen von Fachärztinnen und -ärzten soll bestenfalls ausschließlich auf Überweisung stattfinden (vgl. Simon 2013, S. 272, S. 283; vgl. Bilger, Engeser 2017, S. 77). Wie DEGS1 belegt, nimmt die Anzahl der Arztkontakte mit steigendem Lebensalter zu und die Frequenz der Inanspruchnahme fachärztlicher Leistungen ist besonders bei den älteren Patientinnen und Patienten hoch (vgl. Rattay et al. 2013, S. 833–837; vgl. RKI 2015, S. 423).

Diese Aussagen unterstreichen die Relevanz der Hausärztinnen und -ärzte innerhalb der ambulanten gesundheitlichen Versorgung. Auch in den PORT-Zentren sind diese grundversorgender Bestandteil (vgl. Klapper 2017, S. 21). In Anlehnung an die oben beschriebenen Darlegungen werden hier bereits Unterschiede sowie Potenziale der PORT-Zentren im Vergleich zur Regelversorgung sichtbar. In den PORT-Zentren arbeitet ein multiprofessionelles Team auf Augenhöhe zusammen. Es spielen nicht zwei Professionen, also Ärztinnen und Ärzte und die sie unterstützenden MFA, sondern ebenso Pflegekräfte als auch weitere Gesundheits- und Sozialberufe eine zentrale Rolle. Die PORT-Zentren zielen außerdem auf eine umfassende Versorgung ab. Dies meint, dass unterschiedliche gesundheitliche als auch soziale Dienste an der Behandlung und Versorgung beteiligt sind. Insbesondere Pflegekräfte, beispielsweise im Profil einer CHN oder ANP, sowie MFA sind neben den Hausärztinnen und -ärzten fest in den PORT-Zentren angestellt. Sozialarbeitende, Hebammen und Entbindungspfleger, Physiotherapeutinnen und -therapeuten sowie Psychologinnen und Psychologen können fest angestellt sein oder je nach Bedarf hinzugezogen werden. Die umfassende Versorgung meint außerdem auch, dass Angebote der Gesundheitsförderung und Prävention ebenso zum Aufgabenspektrum der Versorgung gehören. Durch diese Bündelung der Leistungen und Professionen haben die Patientinnen und Patienten mit den PORT-Zentren nur eine Anlaufstelle (vgl. Schaeffer, Hämel 2016, S. 8; vgl. Klapper 2017, S. 21; vgl. Schott 2017a).

Im Hinblick auf die unterschiedlichen Definitionen der Primärversorgungen und insbesondere die Beschreibungen der WHO, dass die interdisziplinäre Kooperation eine Komponente der primären Gesundheitsversorgung ist und die Koordination verschiedener Einrichtungen beziehungsweise Professionen erfordert, erfüllen die PORT-Zentren diesen Anspruch (vgl. WHO 1978; vgl. WHO 2008). Auch der Einbeziehung unterschiedlicher Gesundheitsberufe und kommunaler Strukturen in die Versorgung gemäß der Definition des SVR zur Primärversorgung werden die Zentren gerecht (vgl. SVR 2010, S. 30).

Aus diesen Darstellungen ergibt sich, dass die PORT-Zentren ein umfassendes Aufgabenspektrum bieten. Neben der medizinischen Versorgung zählen auch Angebote der Prävention und Gesundheitsförderung dazu. Die Zentren sind nicht nur auf die Primär-, sondern auch auf die Langzeitversorgung ausgerichtet, was deren Name bereits einräumt. Darüber hinaus stellt auch die Patientenorientierung ein wichtiges Element der PORT-Zentren dar (vgl. Klapper 2015; vgl. Schott 2017a). Meiner Ansicht nach kommt die Patientenorientierung zum einen insofern zum Tragen, indem durch die Versorgungsgestaltung in den Zentren der Zusammenarbeit und Kommunikation mit den Patientinnen und Patienten ein hohes Interesse zugeschrieben wird. Die Patientinnen und Patienten sollen partizipativ in den Behandlungsprozess und in die individuelle Gestaltung der gesundheitlichen Versorgung einbezogen werden (vgl. Schaeffer, Hämel 2016, S. 10; vgl. Schott 2017a). Zum anderen drückt sich die Patientenorientierung in der „(...) Förderung der Gesundheits- und Selbstmanagementkompetenz durch Information, Beratung und Gesundheitsbildung (...)“ (Schaeffer, Hämel 2016, S. 10) aus, was ebenfalls ein zentrales Anliegen der PORT-Zentren ist und neben den Angeboten zur Prävention und Gesundheitsförderung beispielsweise durch die Durchführung von Präsentationen zu Gesundheitsthemen oder Selbstmanagementkursen deutlich wird (vgl. Schaeffer, Hämel 2016, S. 10; vgl. Klapper 2017, S. 21).

Um dieses Aufgabenspektrum erfüllen zu können, ist die multiprofessionelle Ausrichtung der Zentren ein Vorteil. Zudem ergibt sich daraus ein anderer Professionsmix als in den traditionellen Niederlassungen der ambulanten ärztlichen Regelversorgung. Das bedeutet, dass jede Fachrichtung

ihre spezifischen Kompetenzen gezielt einsetzen kann und dabei kooperativ im Team bei gemeinsamer Verantwortung für die Versorgung der Patientinnen und Patienten agiert (vgl. Schaeffer, Hämel, Ewers 2015, S. 228). Die Arbeit „(...) als multiprofessionelles Team aus Gesundheits-, Sozial- und anderen Berufen auf Augenhöhe (...)“ (Schott 2017a) fördert zudem den Abbau von Hierarchien. In der heutigen Versorgungsgestaltung sind hierarchische Denkmuster nach wie vor üblich. Insbesondere der Medizin wird ein hoher Status anerkannt, während die Pflege als auch andere Gesundheitsprofessionen oft als assistierende Instanzen mit geringer Eigenverantwortung gelten. Um diesem Verständnis zu weichen und gleichzeitig eine Aufwertung nichtärztlicher Berufe zu erzielen, können der Professionsmix und das Arbeiten in einem gleichrangigen, multiprofessionellen Team fördernd sein (vgl. Schaeffer, Hämel, Ewers 2015, S. 229; vgl. Schott 2017a).

Des Weiteren wird in der vorhandenen Literatur zu den PORT-Zentren nicht explizit aufgeführt, welche fachärztlichen Bereiche je nach Bedarf und Verfügbarkeit hinzugezogen werden. Dies kann nach meinem Verständnis auch nicht eindeutig festgelegt werden, da sich die Versorgung innerhalb der PORT-Zentren an den Bedürfnissen der einzelnen Patientinnen und Patienten beziehungsweise an denen der regionalen Bevölkerung orientieren sollte (vgl. Schott 2017a). Bezugnehmend auf die Ergebnisse von DEGS1, dass Zahnmedizinerinnen und -mediziner sowie Gynäkologinnen und Gynäkologen die am zweit- beziehungsweise dritthäufigsten konsultierte Facharztgruppe darstellen, kann darüber nachgedacht werden, diese Fachbereiche fest in das Leistungsspektrum der PORT-Zentren aufzunehmen (vgl. Rattay et al. 2013, S. 833–840; vgl. RKI 2015, S. 307). Dies schließt neben der Anstellung von zahnmedizinischen Fachangestellten auch den dauerhaften Einbezug von Hebammen und Entbindungspflegern in das Grundversorgungsangebot der Zentren mit ein. Da eine Grundverbindung zu Fachkliniken zentrales Merkmal der Zentren ist, besteht in der Anbindung an Kliniken für Gynäkologie und Geburtshilfe ein weiteres Potenzial dieser Versorgungsform. Das PORT-Zentrum Hohenstein zieht beispielsweise die feste Anstellung von Zahnärztinnen und -ärzten bereits in Erwägung (vgl. Klapper 2017, S. 21; vgl. Mißbeck, Staack 2017; vgl. Schott 2017n).

Im Gegensatz zur Regelversorgung besteht ein weiterer Unterschied darin, dass in einem PORT-Zentrum eine gesonderte Überweisung an Fachärztinnen und -ärzte nicht zwingend notwendig ist. Fachärztliches Personal kann je nach Bedarf und Verfügbarkeit im PORT-Zentrum angestellt sein oder dort stunden- oder tageweise agieren. Durch die Grundverbindung zu Akutkrankenhäusern und Fachkliniken besteht eine andauernde Verbindung zu fachärztlichem Personal, sodass dieses schnell herangezogen werden kann. Der erforderliche Bedarf einer fachärztlichen Untersuchung steht im Idealfall im Vorhinein der Behandlung in den PORT-Zentren fest. Regelungen zu fest definierten Wochentagen und Zeiträumen, an denen die Fachspezialistinnen und -spezialisten im PORT-Zentrum anzutreffen sind, können gezielte Terminabsprachen mit den Patientinnen und Patienten erleichtern. Die fachärztliche Behandlung per Telekonsil verschafft meiner Meinung nach zusätzliche Flexibilität. Des Weiteren wird eine notwendige Überweisung an weitere Versorgende durch die Grundverbindung zu Akutkrankenhäusern und Fachkliniken erleichtert. Daraus resultiert, dass innerhalb der Zentren eine interdisziplinäre und sektorenübergreifende Versorgung gegeben ist (vgl. Klapper 2017, S. 21).

Ich bin der Ansicht, dass sich durch dieses Netzwerk an unterschiedlich beteiligten Institutionen und Professionen Vorteile ergeben. Einerseits kann der Informationsaustausch der Leistungserbringenden dadurch verbessert werden. Eine internationale Vergleichsstudie von Schoen et al. zeigt, dass 23 Prozent der deutschen Bevölkerung den Informationsfluss zwischen den unterschiedlichen Leistungserbringenden als unzureichend bezeichnen. Damit steht Deutschland an erster Stelle im Vergleich der Länder (vgl. Schoen et al. 2011, S. 2439–2440). Hier wird deutlich, dass für die zu Behandelnden eine abgestimmte Versorgung eine besondere Relevanz hat. Diese spielt insbesondere für die Behandlung chronisch und mehrfach Erkrankter eine wichtige Rolle. Andererseits können durch eine verbesserte Kommunikation mögliche Doppel- und Mehrfachuntersuchungen vermieden werden (vgl. Schaeffer, Hämel 2016, S. 4).

Betrachtet man die Veränderung des Morbiditätsspektrums und die Zunahme an chronisch Erkrankten infolge des demografischen Wandels, wird die Notwendigkeit des Einbezugs unterschiedlicher Professionen innerhalb der Gesundheitsversorgung zusätzlich deutlich, welcher durch die Ausgestaltung der PORT-Zentren im Zuge von teambasierten Kooperationen in multiprofessioneller Besetzung nachgekommen wird (vgl. Schaeffer, Hämel, Ewers 2015, S. 228; vgl. Schott 2017a).

Bezugnehmend auf den § 116 b SGB V und die darin geregelte ASV liegt ein Potenzial der PORT-Zentren in der Durchführung. Bisher sind Krankenhäuser, niedergelassene Fachärztinnen und -ärzte und MVZ zur ASV berechtigt (vgl. G-BA 2017a). Die sich aus der ASV ergebenden Vorteile einem konstanten Bindung der Patientinnen und Patienten sowie einer kontinuierlichen Versorgung, entsprechend eines integrierten und sektorenübergreifenden Behandlungsprozess, werden als Begründung der Krankenhäuser genannt, die einen Antrag stellen, um zur ASV zugelassen zu werden. In Anlehnung an diese Ergebnisse der vom SVR durchgeführten Studie kann diese Versorgungsleistung für PORT-Zentren ebenfalls eine Chance darstellen (vgl. SVR 2012, S. 254).

IV hat das Ziel, vorherrschende Koordinations- und Kooperationsmängel abzubauen (vgl. Brandhorst 2017, S. 14, S. 22). Sie ist eine fach- und sektorenübergreifende Versorgungsform, mittels derer verschiedene Leistungssektoren miteinander verknüpft werden, wodurch die interdisziplinäre Gesundheitsversorgung verbessert werden soll (vgl. Fullerton, Nolte, Erler 2011, S. 556; vgl. Müller 2014, S. 359). Sie gilt im Kranken- und Pflegeversicherungsgesetz als Alternative zur regulären Vertragsarztversorgung. Die bislang an mehreren Stellen des SGB V festgelegten selektiven Vertragsformen sind inzwischen im § 140 a SGB V als BV zusammengefasst (vgl. Luthe 2013b, S. 20; vgl. Brandhorst 2017, S. 24). Zu den zentralen Elementen der IV zählen neben Integration, Kommunikation und Informationstransfer die Komponenten Koordination und Kooperation (vgl. Schreyögg, Weinbrenner, Busse 2006, S. 106–107). Auch die PORT-Zentren haben zum Ziel, die Koordination und Kooperation der Gesundheitsversorgung zu verbessern. Zudem charakterisiert sie eine fach- und sektorenübergreifende Versorgung, indem verschiedene

Sektoren miteinander verknüpft werden (vgl. Klapper 2015; vgl. Schott 2017a). Somit finden sich die zentralen Elemente der IV in den PORT-Zentren wieder, weshalb ich zu der Schlussfolgerung gelange, dass PORT-Zentren dem Konzept der IV und im Weiteren der BV entsprechen.

Gemäß der Studie des SVR nennen Krankenkassen eine Steigerung der Qualität, Kostensenkungen, die Erhöhung der Patientenzufriedenheit sowie das Vermeiden von Krankenhausaufenthalten als vorrangige Faktoren für die Beteiligung an der IV (vgl. SVR 2012, S. 359). Die Krankenhäuser geben ebenfalls die Erhöhung der Patientenzufriedenheit sowie einen Anstieg der Fallzahlen, das verstärkte Binden von Einweisenden an das Krankenhaus und eine Imageförderung als wesentliche Gründe für die Teilnahme an der IV an (vgl. SVR 2012, S. 374). Bedenken in Bezug auf den wirtschaftlichen Effekt und ein erhöhter bürokratischer Aufwand sind die dominierenden Gründe der Krankenhäuser, warum sie nicht an der IV teilnehmen möchten (vgl. SVR 2012, S. 368). Die Studien von Hoepfer et al., Karow et al., Lambert et al. als auch die von Bethge et al. haben alle für das patientenbezogene Outcome positive Effekte infolge der IV festgestellt. Hierzu zählen insbesondere die Steigerung der Lebensqualität und positive Wirkungen auf das subjektive Gesundheitsempfinden der Patientinnen und Patienten (vgl. Bethge et al. 2011, S. 86, S. 92; vgl. Hoepfer et al. 2012, S. 23–27; vgl. Karow et al. 2014, S. 266; vgl. Lambert et al. 2014, S. 260–265). Ferner bestätigt auch die WHO, dass eine vernetzte Versorgung durch die Versorgungsform der IV positive Wirkungen in Bezug auf Gesundheitsstatus, Krankenhausaufenthalte und Wiedereinweisungen hat (vgl. WHO 2015). Gemäß diesen Ergebnissen gehe ich davon aus, dass im Sinne einer IV durch die Versorgungsform der PORT-Zentren diese positiven Wirkungen ebenfalls zu erwarten sind. Weiterhin schließen innerhalb der Versorgungsform der IV einzelne oder mehrere Krankenkassen selektive Verträge mit den Leistungserbringenden ab, die eine verschiedene Leistungssektoren übergreifende oder interdisziplinär fachübergreifende Versorgung und eine Verknüpfung von ambulanten und stationären Versorgungsbereichen ermöglichen (vgl. Busse, Blümel, Ognyanova 2013, S. 191; vgl. Müller 2014, S. 360). Ich komme zu der Ansicht, dass das Modell der PORT-Zentren an sich die IV bereits impliziert, sodass selektive Verträge zur IV

nicht notwendigerweise abgeschlossen werden müssen. Betrachtet man die Studienergebnisse des SVR hinsichtlich der Gründe für eine Nichtteilnahme an der IV, besteht ein weiterer Vorteil der PORT-Zentren in einem Wegfall selektiver Vertragsabschlüsse, da diese Versorgungsform solche nicht zwingenderweise erfordert (vgl. SVR 2012, S. 368).

Die Versorgungsform der MVZ soll eine umfassende gesundheitliche Versorgung aus einer Hand ermöglichen, indem unterschiedliche gesundheitliche Leistungserbringende und Professionen in die ambulante Versorgung integriert werden und auf diese Weise eine verstärkte interdisziplinäre Kooperation erfolgt (vgl. Amelung 2011, S. 8; vgl. Simon 2013, S. 284; vgl. RKI 2015, S. 349). Laut der Legaldefinition nach § 95 SGB V sind MVZ ärztlich geleitete Einrichtungen, in denen angestellte oder Vertragsärztinnen und -ärzte tätig sind. Die Aufhebung der gesetzlichen Regelung, dass die Zentren fachübergreifend geleitet sein müssen, eröffnet die Möglichkeit von fach- beziehungsweise arztgruppengleichen MVZ (vgl. Bilger, Engeser 2017, S. 78; vgl. Brandhorst 2017, S. 25–26). Als Vorteile von MVZ gelten die spezialisierte Arbeitsteilung, eine Steigerung der Produktivität, ein fachlicher und inhaltlicher Austausch untereinander, die attraktive Arbeitsgestaltung, der Ausschluss eines unternehmerischen Risikos durch Gründung einer Praxis sowie eine sektorenübergreifende, koordinierte Versorgung (vgl. SVR 2012, S. 296). Auch Schulte und Schulz sowie Haas stellen innerhalb ihrer Untersuchungen verschiedene positive Effekte infolge der Versorgungsform der MVZ fest (vgl. Schulte, Schulz 2007, S. 28–29; vgl. Haas 2011, S. 411–415).

PORT-Zentren verfolgen ebenso das Ziel, eine umfassende Versorgung aus einer Hand zu gewährleisten und die interdisziplinäre Zusammenarbeit zu stärken. Weiterhin werden unterschiedliche gesundheitliche Leistungserbringende und Professionen in die Gesundheitsversorgung integriert (vgl. Schott 2017a). Aus diesem Grund können meiner Einschätzung nach die beschriebenen Vorteile und innerhalb der Studien festgestellten positiven Effekte der MVZ in gleicher Weise für die PORT-Zentren erwartet werden. Diese beziehen sich, wie in Kapitel 3.2 beschrieben, auf die Zusammenarbeit des ärztlichen Personals, die verbesserte Arzt-Patienten-Beziehung, den durch die Patientinnen und Patienten höher

eingeschätzten Informationsstand der Ärztinnen und Ärzte sowie das Gefühl der zu Behandelnden, besser über Diagnose und Krankheit informiert zu sein (vgl. Schulte, Schulz 2007, S. 28–29; vgl. Haas 2011, S. 411–415).

Ein Unterschied zwischen MVZ und PORT-Zentren besteht darin, dass fach- beziehungsweise arztgruppengleiche PORT-Zentren insofern nicht vorliegen, da in den Versorgungsleistungen der Zentren immer eine Grundverbindung zu Fachkliniken besteht und so eine monodisziplinäre Versorgung ausgeschlossen wird (vgl. Klapper 2017, S. 21).

Kapitel 3.2 dieser Arbeit beschreibt weiterhin, wer zur Gründung eines MVZ berechtigt ist und welche Rechtsformen gesetzlich zugelassen sind. Ferner wird in diesem Kapitel dargelegt, dass im Jahr 2016 43 Prozent der MVZ in Trägerschaft von Vertragsärztinnen und -ärzten und 38,8 Prozent in der von Krankenhäusern liegen sowie 18,2 Prozent auf sonstige Trägerschaften entfallen (vgl. KBV 2017d; vgl. KBV 2017e). Die PORT-Zentren der ausgewählten Initiativen liegen, mit Ausnahme des Zentrums in Berlin, in der Trägerschaft von Kommunen. Hierin liegt ein Unterschied zwischen diesen beiden Versorgungsformen. Das PORT-Zentrum in Berlin trägt die Rechtsform eines e. V.; über die Rechtsformen der anderen PORT-Zentren kann zum jetzigen Zeitpunkt keine Aussage gemacht werden (vgl. Mißbeck, Staack 2017; vgl. Schott 2017m).

Ein weiteres Potenzial der PORT-Zentren besteht in ihrer kommunalen Anbindung. Die Kommune stellt eine Grundverbindung der PORT-Zentren dar und der Großteil der Zentren liegt in deren Trägerschaft (vgl. Klapper 2017, S. 21; vgl. Mißbeck, Staack 2017). Auf der einen Seite kann dadurch der regionale Bedarf der Bevölkerung ermittelt werden und eine Ausrichtung und Orientierung hinsichtlich des Leistungsangebots der Zentren auf Grundlage der Bedarfe der Populationen erfolgen (vgl. Schaeffer, Hämel 2016, S. 8). Die kommunale Anbindung kann darüber hinaus „(...) lokale Interessengruppen, regionale Verantwortungsträger oder Repräsentanten gesellschaftlicher Gruppen in die Planung und Gestaltung der Gesundheitsversorgung (...)“ (Schaeffer, Hämel, Ewers 2015, S. 236) einbinden. Dies kann zum Beispiel durch die in einem PORT-Zentrum möglichen

Selbstmanagementkurse, Gymnastik- oder Krabbelgruppen, die als Angebote von Kirchengemeinden oder Schulen bestehen, umgesetzt werden (vgl. Klapper 2017, S. 21). Auf der anderen Seite können auf diesem Weg auch Ehrenamtliche beziehungsweise engagierte Bürgerinnen und Bürger an der Versorgung partizipieren (vgl. Schaeffer, Hämel, Ewers 2015, S. 236; vgl. Schott 2017a). Somit entsprechen die PORT-Zentren der Definition einer Primärversorgung, in der neben den unterschiedlichen Gesundheitsprofessionen auch kommunale Strukturen in der Versorgung mitwirken (vgl. SVR 2010, S. 30).

Angesichts der Grundverbindung von PORT-Zentren zu Krankenhäusern und Fachkliniken gehe ich davon aus, dass Patientinnen und Patienten, die eine weiterführende stationäre Behandlung benötigen, primär in die angebotenen beziehungsweise kooperierenden Kliniken überwiesen werden (vgl. Klapper 2017, S. 21). Auch daraus kann sich meiner Ansicht nach die Gefahr monopolistischer Tendenzen ergeben, was als oft beschriebenes Risiko eines MVZ gilt (vgl. SVR 2012, S. 298). Hier möchte ich anmerken, dass die PORT-Zentren meiner Einschätzung nach zum jetzigen Zeitpunkt in gewisser Weise eine Monopolstellung in der deutschen Versorgungslandschaft haben. Die Vorteile in der kontinuierlichen Anbindung an Fachkliniken und Krankenhäuser wurden bereits dargelegt.

MVZ sind per Definition des § 95 SGB V ärztlich geleitete Einrichtungen. Sofern innerhalb der Zentren Angehörige verschiedener Berufsgruppen, die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen, tätig sind, ist auch eine kooperative Leitung möglich (vgl. RKI 2015, S. 349; vgl. Brandhorst 2017, S. 25–26). Wer die Leitung von PORT-Zentren innehat, wird in der Literatur nicht beschrieben. Dadurch, dass keine Aussagen zu diesem Punkt vorliegen und aktuell keine Definitionen bezüglich einer oder mehrerer Professionen, die ein PORT-Zentrum leiten sollen, existieren, sind alle in einem PORT-Zentrum tätigen Personen beziehungsweise Professionen als Leitung denkbar. Dies kann meiner Ansicht nach ein Vorteil als auch ein Anreiz für die unterschiedlichen Berufsgruppen sein, sofern sich diese in verantwortlicher Leitungsposition des PORT-Zentrums sehen können.

Das Modell der HzV veranschaulicht den zentralen Stellenwert der Hausärztinnen und -ärzte in der gesundheitlichen (Primär-)Versorgung. Mit dieser Versorgungsform wird die Notwendigkeit von Maßnahmen zur Unterstützung und Weiterentwicklung der hausärztlichen Versorgung unterstrichen. Speziell die Rolle sowie die Koordinierungs- und Integrationsfunktion der Hausärztinnen und -ärzte werden mit der HzV nach § 73 b SGB V intensiviert. Besonders Patientinnen und Patienten mit erhöhten Versorgungsbedarfen sollen durch eine umfassende, kontinuierliche Betreuung durch die Hausärztinnen und -ärzte einen optimalen Behandlungsverlauf erfahren. Neben der Vermeidung von Doppeluntersuchungen und medizinisch unnötigen Facharztkonsultationen beabsichtigt die HzV die Reduktion von Schnittstellenproblemen. Die Krankenkassen sind seit dem Jahr 2009 dazu verpflichtet, ihren Patientinnen und Patienten eine HzV anzubieten (vgl. Fullerton, Nolte, Erler 2011, S. 558; vgl. Brandhorst 2017, S. 18–20).

In Anlehnung an die Ergebnisse von Gerlach und Szecsenyi gehe ich davon aus, dass sich die Anzahl willkürlicher Facharztkontakte ebenfalls reduzieren wird, wenn Patientinnen und Patienten in einem PORT-Zentrum versorgt werden (vgl. Gerlach, Szecsenyi 2013, S. 365–366). Auch die beschriebenen Vorteile von Goetz et al. können meiner Ansicht nach durch die Versorgungsform der PORT-Zentren eintreten. Insbesondere die in der Studie getätigte Schlussfolgerung, dass für Patientinnen und Patienten Koordination und Kontinuität eine wichtige Rolle spielen, untermauert das Potenzial der Zentren, da diese Aspekte grundlegend für die Versorgung in einem PORT-Zentrum sind (vgl. Goetz et al. 2013, S. 383–385). In den PORT-Zentren ist eine Lotsenfunktion ebenfalls garantiert, wobei diese entweder durch Hausärztinnen und -ärzte oder durch die koordinierende Rolle einer Pflegekraft erfolgen kann (vgl. Klapper 2017, S. 21). Ich komme zu der Feststellung, dass für die Garantie dieser Lotsenfunktion keine separaten Verträge abgeschlossen werden müssen, da die Merkmale der PORT-Zentren als auch die daraus resultierenden Aufgabenverteilungen bereits implizieren, dass eine koordinierende Funktion gegeben ist. Dennoch besteht meiner Ansicht nach für die PORT-Zentren auch die Möglichkeit, Patientinnen und Patienten Verträge zur HzV anzubieten, sodass diese sich dazu verpflichten,

sich ausschließlich durch die Ärztinnen und Ärzte des PORT-Zentrums behandeln zu lassen und nur nach Überweisung Fachärztinnen und -ärzte zu konsultieren (vgl. Deutscher Bundestag 2015; vgl. RKI 2015, S. 348). Wie bereits erwähnt kann im Versorgungsmodell der PORT-Zentren eine Überweisung sogar ganz wegfallen, da fachärztliches Personal entweder direkt im Zentrum angestellt ist beziehungsweise immer eine Grundverbindung zu einer Fachklinik vorliegt (vgl. Klapper 2017, S. 21).

Das Einführen der DMP untermauert einen zentralen Wandel in der gesundheitlichen Versorgung von chronisch Erkrankten und zielt darauf ab, Behandlungs- und Versorgungsprozesse über den gesamten Verlauf einer chronischen Erkrankung zu verbessern. Die strukturierten Behandlungsprogramme verfolgen einen krankheitsspezifischen Ansatz und weisen ebenso einen sektorenübergreifenden Bezug auf. Bedeutend ist hier, dass die in den §§ 137 f und 137 g SGB V geregelten DMP als einzige Versorgungsform eine gesetzliche Pflicht zur Evaluation haben (vgl. Fullerton, Nolte, Erler 2011, S. 555; vgl. Müller 2014, S. 360).

Wie in Kapitel 3.4 erwähnt, ist die Studienlage zu den DMP heterogen. Ich denke, dass bereits allein die Einführung von DMP zeigt, dass chronisch Erkrankte eine besondere Form der Versorgung benötigen, die an deren jeweiligen Bedarfen ausgerichtet ist. Dies stellt auch einen Kerngedanken der PORT-Zentren dar, die neben der Grundversorgung der Bevölkerung den Schwerpunkt auf die Versorgung chronisch Kranker und multimorbider Menschen legen (vgl. Klapper 2015; vgl. Schott 2017a). Auch die zunehmende Anzahl von chronischen Erkrankungen in Verbindung mit einem steigenden Lebensalter, so wie es GEDA und DEAS belegen, unterstreichen die Notwendigkeit einer Orientierung an den Bedürfnissen dieser Personen (vgl. Fuchs et al. 2012, S. 579; vgl. RKI 2015, S. 415–416; vgl. Deutsches Zentrum für Altersfragen 2016, S. 23). Sowohl die PORT-Zentren als auch die DMP fokussieren die Bedürfnisse dieser Patientengruppe, wobei die Zentren keinen krankheitsspezifischen Ansatz verfolgen und nicht nur für spezielle Krankheitsbilder vorliegen, so wie es die DMP tun (vgl. Fullerton, Nolte, Erler 2011, S. 556; vgl. Schrappe 2017, S. 362).

Aufgrund der starken Verbreitung der DMP und der hohen Anzahl an Teilnehmenden ist davon auszugehen, dass der Großteil der chronisch Erkrankten, die ein PORT-Zentrum aufsuchen, bereits in ein oder mehrere DMP eingeschrieben ist. Weiterhin können die PORT-Zentren die Einschreibung in ein DMP ebenfalls als freiwilliges und kostenloses Leistungsangebot aufnehmen und auf diese Weise den Versicherten strukturierte Behandlungsprogramme für die momentan sechs festgelegten Krankheitsbilder anbieten. Sowohl die DMP als auch die PORT-Zentren haben zum Ziel, Behandlungs- und Versorgungsprozesse über den gesamten Verlauf einer chronischen Erkrankung zu verbessern und somit die Versorgungsqualität umfassend zu steigern. Bieten die PORT-Zentren ergänzend zu ihren weiteren Versorgungsleistungen den Patientinnen und Patienten die Teilnahme an DMP an, so können sich diese Versorgungsformen meiner Ansicht nach optimal ergänzen und einen Mehrwert im Hinblick auf die Versorgung von chronisch Erkrankten darstellen (vgl. Müller 2014, S. 381; vgl. BVA 2016; vgl. G-BA 2017b; vgl. KBV 2017f).

Zuletzt zeigen die verschiedenen arztunterstützenden Modelle, dass nichtärztliche Berufe einen verstärkten Einbezug in die gesundheitliche Versorgung erfahren sollten, um eine verbesserte Kooperation sowie eine Qualitäts- und Effizienzsteigerung zu ermöglichen (vgl. Hoffmann, van den Berg, Dreier 2013, S. 556). Die Modelle sind darin konform, dass medizinisches Personal nach entsprechender Fortbildung delegierte ärztliche Tätigkeiten übernehmen kann. Übergreifendes Ziel stellt dabei die Entlastung von Hausärztinnen und -ärzten dar (vgl. Achterfeld 2014, S. 223–224). Die Studienergebnisse von Mergenthal et al. als auch die von Czernohorsky, Roth und Lothaller haben durchweg positive Ergebnisse durch den Einsatz von arztunterstützenden Modellen in der ambulanten Gesundheitsversorgung belegt (vgl. Mergenthal et al. 2013, S. 386–387; vgl. Czernohorsky, Roth, Lothaller 2012, S. 371).

Meiner Ansicht nach werden sich die darin beschriebenen Vorteile gleichermaßen in der Versorgungsform der PORT-Zentren wiederfinden. Grundsätzlich ist der Einbezug nichtärztlicher Berufe in den Zentren von zentraler Bedeutung. Die Abbildung 3 zeigt bereits, wie viele unterschiedliche Professionen innerhalb dieser Versorgungsform agieren

(vgl. Klapper 2017, S. 21). In allen fünf PORT-Initiativen sind sämtliche Gesundheits- und Sozialberufe in die Versorgung integriert; die PORT-Initiative im Landkreis Waldeck-Frankenberg erwähnt explizit den Einsatz einer VERAH® und die Initiative aus Büsum den einer NÄPa (vgl. Mißbeck, Staeck 2017; vgl. Schott 2017k). Ich sehe in den PORT-Zentren das Potenzial, dass diese dazu beitragen können, das Berufsbild der nichtärztlichen Berufe, und insbesondere das der Pflege, attraktiver werden zu lassen. Dies ergibt sich einerseits aus einer Rollen- und Aufgabenumverteilung, da Pflegekräfte koordinierende und fallbetreuende Aufgaben übernehmen und beispielsweise Berufsprofile wie CHN oder ANP in PORT-Zentren sichtbar gemacht werden. Daraus resultiert auch eine Erweiterung der Kompetenzen und Verantwortungen für nichtärztliches Personal, was zu einer Entlastung der Ärztinnen und Ärzte bei gleichzeitig steigender Attraktivität und Aufwertung der Pflege- und nichtärztlichen Berufe führt. Dies bedeutet ebenso, dass sich neue berufliche Perspektiven ergeben, wie Mergenthal et al. bereits feststellen (vgl. Mergenthal et al. 2013, S. 386–387; vgl. Klapper 2017, S. 21). Insbesondere dem prognostizierten Fachkräftemangel, den Afentakis und Maier als auch Rothgang et al. beschreiben, kann durch diese Versorgungsform begegnet werden (vgl. Afentakis, Maier 2010, S. 997–999; vgl. Rothgang et al. 2012, S. 56).

Kritisch an den arztunterstützenden Modellen wird betrachtet, dass sie zu stark unter dem Aspekt der Arztlastung gesehen und dadurch die nichtärztlichen Fachkräfte in ihrer Funktion als reine Assistenz des ärztlichen Personals weiter geprägt und Rollen- und Verantwortungsumverteilungen wenig berührt werden (vgl. SVR 2014, S. 518–519). Wie bereits beschrieben kann durch den in den PORT-Zentren vorherrschenden Professionsmix und die Arbeit in einem multiprofessionellen Team auf Augenhöhe diesem Effekt entgegengewirkt werden. Ich denke, dies spricht ebenfalls dafür, dass der an den arztunterstützenden Modellen getätigten Kritik kein Raum gegeben wird und eine Aufwertung und neue Attraktivität nichtärztlicher Berufe bewirkt werden kann (vgl. SVR 2014, S. 518–519; vgl. Klapper 2017, S. 21).

Meiner Meinung nach können sich auch für das ärztliche Personal Vorteile hinsichtlich einer gesteigerten Berufsattractivität ergeben. In der Regelversorgung sind die in einer

Einzelpraxis niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte wirtschaftlich selbstständig und haben die Verantwortung für die Finanzierung (vgl. Simon 2013, S. 283). Es bestehen unternehmerische Risiken in der Gründung einer Praxis. Sofern die Ärztinnen und Ärzte als Angestellte in den PORT-Zentren arbeiten, entfallen diese Risiken, was eine Arbeit in den Zentren meiner Ansicht nach zunehmend attraktiv macht. Die Anstellung in einem PORT-Zentrum kann zudem auch dahingehend attraktiv sein, insofern die Arbeit in einem Angestelltenverhältnis flexible Möglichkeiten der Arbeitsgestaltung, beispielsweise in Form von Teilzeitarbeitsmodellen, bietet. Darüber hinaus kann dadurch der Vereinbarkeit von Familie und Beruf entgegengekommen werden. Auch eine spezialisierte Arbeitsteilung und ein gezielter Einsatz von Expertinnen und Experten für ärztliche beziehungsweise managementbezogene Tätigkeiten kann in den PORT-Zentren erfolgen und sich daraus eine Steigerung der Produktivität ergeben, da sich die einzelnen Professionen ausschließlich auf die Ausübung ihrer Tätigkeiten fokussieren können. Auch dem fachlichen und inhaltlichen Austausch untereinander wird durch den Mix an unterschiedlichen Professionen innerhalb der Zentren Rechnung getragen. Die soeben beschriebenen Aspekte werden alle als Vorteile innerhalb der Versorgungsform der MVZ beschrieben, weshalb ich schlussfolgernd zu diesen Annahmen komme (vgl. SVR 2012, S. 296; vgl. Schott 2017a). Im Hinblick auf die Altersstruktur der gesamten Ärzteschaft und den prognostizierten Mangel an Ärztinnen und Ärzten, wie ihn Kopetsch und Ostwald et al. beschreiben, besteht nach meiner Einschätzung ein Potenzial in den PORT-Zentren, indem sie als attraktiver Arbeitgeber auf dem Gesundheitsmarkt auftreten (vgl. Kopetsch 2010, S. 64, S. 143; vgl. Ostwald et al. 2010, S. 41–42).

Ein weiteres Potenzial der PORT-Zentren im Vergleich zur Regelversorgung als auch allen in dieser Arbeit beschriebenen neuen Versorgungsformen liegt darin, dass diese in ihrer Struktur eine Grundverbindung zu Universitäten beziehungsweise eine akademische Anbindung aufweisen. Über diese Kooperationen mit Universitäten oder beispielsweise ausbildenden Instanzen sind Möglichkeiten zur Aus-, Fort- und Weiterbildung grundlegend gesichert und können vereinfacht gestaltet werden (vgl. Klapper 2017, S. 20–21). Daraus resultieren meiner Ansicht nach wiederum neue Berufsmöglichkeiten; hier im Besonderen für

die Bereiche der Pflegewissenschaft und -pädagogik. Die Pflegewissenschaftlerinnen und -wissenschaftler könnten im Profil einer ANP in den PORT-Zentren tätig sein, indem sie neben pflegewissenschaftlichen Aufgaben beispielsweise Schulungen für Patientinnen und Patienten, Angehörige und Mitarbeitende oder Präsentationen zu gesundheitsbezogenen Themen durchführen (vgl. Klapper 2017, S. 21). Gleiches gilt meiner Auffassung nach für die Pflegepädagoginnen und -pädagogen. Denkbar wäre auch, dass PORT-Zentren selbst als ausbildende Einrichtungen für unterschiedliche Gesundheitsprofessionen fungieren und damit nicht nur ihr Angebotsspektrum erweitern, sondern als potenzieller Arbeitgeber für die unterschiedlichsten Professionen in Frage kommen, was wiederum dem prognostizierten Mangel an Fachkräften entgegenkommen könnte. Weiterhin ergeben sich meiner Meinung nach auch für das Pflegemanagement durch PORT-Zentren neue berufliche Möglichkeiten. Pflegemanagerinnen und -manager könnten beispielsweise im Bereich der Verwaltung oder Leitung der PORT-Zentren angesiedelt werden. Darüber hinaus sehe ich auch die Möglichkeit, dass sie im Sinne einer Fallbetreuung und Koordination in den Zentren tätig sein können und auf diese Weise den Behandlungs- und Versorgungsprozess der Patientinnen und Patienten managen (vgl. Klapper 2017, S. 21). Somit kann die einleitende Überlegung, ob neue Versorgungsformen, zum Beispiel in Form von etablierten PORT-Zentren, auch neue berufliche Möglichkeiten für Pflegenden und andere Gesundheitsberufe darstellen, bejaht werden.

Anknüpfend an diese Überlegung möchte ich zudem den zentralen Stellenwert der Pflegenden innerhalb der PORT-Zentren hervorheben, was mir als gelernte Gesundheits- und Krankenpflegerin ein besonderes Anliegen ist. Wie bereits beschrieben kann es innerhalb von etablierten PORT-Zentren zu einer Aufgaben- und Verantwortungsumverteilung kommen. Eine solche neue Versorgungsform erfordert diese und macht auch die Umgestaltung von Aufgabenzuschnitten unumgänglich. Die Pflege wird um neue, differenzierte Aufgaben und Rollen erweitert, welche für eine bedarfsgerechte Versorgung innerhalb der Zentren von Bedeutung sind. Diese Um- und Neuverteilung von Aufgaben und Rollen stellt nicht nur angesichts der oftmals überlasteten Ärztinnen und Ärzte, sondern auch im Hinblick auf den immer weiter ansteigenden Mangel an pflegerischen Fachkräften einen wichtigen,

notwendigen Schritt dar. Die Pflegenden können auf diese Weise einerseits zu einer erheblichen Entlastung der ärztlichen Kolleginnen und Kollegen beitragen und neue, erweiterte, an sie delegierte Aufgaben übernehmen. Andererseits kann trotz eines Mehr an Aufgaben und eines Mehr an Verantwortung das Berufsbild der Pflege in ein neues, positives Licht gerückt werden und zu einer Steigerung der Berufsattraktivität bei gleichzeitiger Aufwertung der Pflege führen (vgl. Schaeffer, Hämel, Ewers 2015, S. 229).

Wie bereits beschrieben hat die Rolle der Pflege im Versorgungsalltag international eine andere Bedeutung als hierzulande. In Ländern wie Kanada und Finnland übernehmen Pflegekräfte autonom und eigenverantwortlich Aufgaben, die im deutschen Gesundheitswesen ausschließlich Ärztinnen und Ärzten vorbehalten sind. Pflegenden sind dort teilweise schon arztsetzend tätig und besitzen eigene Aufgaben und Rollen. Sie fungieren beispielsweise als Leitung von multiprofessionellen Teams oder haben die Gesamtleitung von Gesundheitszentren inne. Darüber hinaus nehmen sie Tätigkeiten in den Bereichen der Therapie und Diagnostik, der Patientenberatung und -information sowie der Versorgungsgestaltung wahr. In den beiden Ländern obliegen den Pflegekräften mittlerweile sogar weite Teile der medizinischen Basisversorgung. Betrachtet man zudem die Ausgestaltung der Gesundheitszentren in Kanada und Finnland, so wird deutlich, dass Pflegekräfte dort mittlerweile die größte Berufsgruppe darstellen. Infolge dieser Entwicklungen haben sich also neue Rollen und Berufsbilder in der Pflege ausgebildet; wie beispielsweise das Profil der CHN oder ANP. Im Hinblick auf diese Faktoren haben die PORT-Zentren also großes Potenzial, wenn es darum geht, eben diese internationalen Entwicklungen des Pflegeberufs aufzugreifen, im deutschen Gesundheitssystem nachhaltig zu etablieren und den Vorsprung, den andere Länder hinsichtlich der Bedeutung der Pflege im Versorgungsalltag haben, einzuholen. Derartige Aufgabenerweiterungen sind bei den arztunterstützten Modellen wie beispielsweise AGnES oder VERAH® bereits Bestandteil. Demnach kann und sollte diese Erweiterung von Aufgaben und Rollen im Sinne der Substitution und Delegation von erweiterten (medizinischen) Tätigkeiten ebenso auf die Pflegeberufe zutreffen. Das bedeutet,

dass neben den MFA unbedingt auch Pflegekräfte mit derart erweiterten Kompetenz- und Aufgabenprofilen in PORT-Zentren zum Einsatz kommen sollten. Ich bin der Ansicht, dass auf diesem Weg nicht nur eine Statusaufwertung, sondern auch eine weitere Professionalisierung innerhalb der Pflegeberufe erreicht werden kann (vgl. SVR 2014, S. 519; vgl. Schaeffer, Hämel 2016, S. 8).

Um eine solche Statusaufwertung und wachsende Professionalisierung sicherzustellen, ist allerdings auch eine Investition in die Ausbildung, Bildung und Weiterqualifizierung der Pflege erforderlich. Im Gegensatz zur pflegerischen Ausbildung besteht in der Medizin die Notwendigkeit einer akademischen Ausbildung, was mit einem hohen Prestige des ärztlichen Berufs verbunden ist. Zwar gibt es in Deutschland keine Verpflichtung, die pflegerische Ausbildung auf Hochschulniveau umzustrukturieren, aber die wachsende Zahl an primärqualifizierenden, grundständigen und auch weiterführenden Pflegestudiengängen macht deutlich, dass dem Thema der Akademisierung der Pflegeberufe auch hier inzwischen eine wichtige Bedeutung zukommt. Gutes und qualifiziertes Pflegepersonal eignet sich also hervorragend, um den komplexen, vielfältigen Bedarfslagen der Patientinnen und Patienten, die innerhalb eines PORT-Zentrums anzutreffen sind, zu begegnen und alle damit verbundenen, umfassenden und anspruchsvollen Pflege- und Versorgungsaufgaben evidenzbasiert und professionell erfüllen zu können. Auch die soeben genannte evidenzbasierte Pflege macht deutlich, dass diese eine vermehrte Investition in die Professionalisierung und Akademisierung der Pflege unbedingt erforderlich macht. Zudem können diese Aspekte Einfluss auf eine verbesserte Positionierung der Pflege im Gesundheitswesen haben; insbesondere im Hinblick auf das schon mehrfach beschriebene Hierarchiegefälle zwischen ärztlichen und nichtärztlichen Berufen. Das Arbeiten in einem multiprofessionellen Team auf Augenhöhe, so wie es in den PORT-Zentren vorzufinden sein wird, wird durch gut und hoch qualifiziertes Pflegepersonal mit neuen Aufgaben und Verantwortungsbereichen leichter realisierbar und zusätzlich unterstützt (vgl. Hämel, Schaeffer 2013, S. 423; vgl. SVR 2014, S. 519; vgl. Schaeffer, Hämel 2016, S. 8; vgl. Schott 2017a).

Innerhalb der PORT-Zentren werden also unterschiedlich pflegebedürftige Personen mit unterschiedlichen Versorgungsbedarfen behandelt und betreut. Insbesondere chronisch und mehrfach Erkrankte sind oftmals Menschen mit komplexen Versorgungsbedarfen. Hinzu kommt, dass für diese Menschen häufig Fragen, die sich mit einer potenziell zu erwartenden Pflegebedürftigkeit und einer damit verbundenen erforderlichen pflegerischen Betreuung, Versorgung und Unterstützung im Alltag beschäftigen, stärker in den Vordergrund rücken als Fragen zu speziellen medizinischen Versorgungsleistungen. Es geht also darum, die Patientinnen und Patienten in ihrer Gesamtheit zu betrachten und eine umfassende, ganzheitliche Pflege zu gewährleisten (vgl. Klapper 2017, S. 16–17). Das bedeutet für die Pflegekräfte, „(...) mit der betroffenen Person ein jeweils individuell angemessenes Unterstützungspaket zusammenzustellen, dies operativ umzusetzen, es regelmäßig auf Erfolg zu überprüfen und bei Bedarf flexibel anzupassen.“ (Klapper 2017, S. 17)

Wie bereits aufgeführt sind hierfür gut ausgebildete und qualifizierte Pflegekräfte notwendig, die dazu in der Lage sind, diese komplexen Versorgungsbedarfe zu erkennen, darauf einzugehen und alle Patientinnen und Patienten ganzheitlich und individuell zu betreuen und zu versorgen. Hierfür muss nicht nur der aktuelle Gesundheitszustand beziehungsweise Pflege- und Versorgungsbedarf berücksichtigt werden, sondern eine prospektive Planung erfolgen, die bereits von Beginn an das gesamte Versorgungskontinuum mit all seinen unterschiedlichen Phasen erfasst. Sicher kann diese Aufgabe nicht nur durch eine oder mehrere Pflegekräfte allein durchgeführt werden; die Betreuung und Versorgung der Pflegebedürftigen ist Aufgabe eines multiprofessionellen Teams, das unter gemeinsamer Verantwortung die bestmögliche Versorgung der Patientinnen und Patienten erzielen will. Dennoch sind es aus eigener Erfahrung oftmals Pflegenden, die die Gesamtsituation der Patientinnen und Patienten im Blick behalten und gemäß ihrer Profession sowohl die medizinischen als auch die pflegerischen und sozialen Aspekte, die in der Versorgung von Bedeutung sind, erfassen und in der weiteren Betreuung berücksichtigen. Für diese Aufgaben ist eine besondere fachliche Kompetenz und berufliche Eigenständigkeit unentbehrlich, die das Vorhandensein von

professionell und gut qualifiziertem Pflegepersonal innerhalb der PORT-Zentren unbedingt erforderlich macht (vgl. Schaeffer, Hämel, Ewers 2015, S. 227–229; vgl. Klapper 2017, S. 16–17).

Des Weiteren geht es in den PORT-Zentren ebenso um die Versorgungs- und Fallsteuerung, wobei Maßnahmen und Methoden aus den Bereichen des Case-, Care- und Disease-managements grundlegende Bestandteile darstellen. Diese Maßnahmen und Methoden werden in den PORT-Zentren, wie in Abbildung 3 skizziert, idealerweise von Pflegepersonen, zum Beispiel im Profil einer CHN, wahrgenommen. Somit sind es Pflegenden, die innerhalb der PORT-Zentren die zentrale und wichtige versorgungs- und fallsteuernde Funktion übernehmen und koordinierende Aufgaben im Sinne einer patientenorientierten Versorgung tätigen (vgl. Schaeffer, Hämel 2016, S. 234–235; vgl. Klapper 2017, S. 21). Darüber hinaus werden die Pflegekräfte in Anbetracht des zukünftig weiter steigenden Pflege- und Versorgungsbedarfs neben dieser Koordinierungsfunktion ebenso mit präventiven und gesundheitsfördernden Aufgaben betraut. Dazu gehören beispielsweise die Anleitung und Beratung, Informations- und Wissensvermittlung, Förderung der Health-Literacy-Kompetenz oder die Unterstützung bei der Entwicklung von Selbstmanagement- und Bewältigungskompetenzen und -strategien; sowohl für Patientinnen und Patienten als auch für Angehörige. Auch im Hinblick auf den medizinisch-technischen Fortschritt und die damit verbundene zunehmende Nutzung von Anwendungen und Applikationen aus dem Bereich der Telemedizin beziehungsweise der Gesundheits-telematik werden die Pflegekräfte zusätzliche und neue, technikunterstützte Aufgaben durchführen. Deutlich wird also, dass Pflegenden nicht ausschließlich versorgende, kurative Tätigkeiten ausüben müssen. Die sich wandelnden Ansprüche und Bedürfnisse der Patientinnen und Patienten gehen demnach auch mit veränderten Anforderungen an die Rolle und Aufgabe der Pflege einher. Diese in den PORT-Zentren zu erwartende neue Vielfältigkeit der pflegerischen Aufgaben kann meiner Ansicht nach dazu beitragen, das Problem der Personalfuktuation und -rotation innerhalb der Pflege einzuschränken (vgl. SVR 2014, S. 509–510; vgl. Schaeffer, Hämel 2016, S. 3; vgl. Klapper 2017, S. 20).

Um sowohl dem in der Bevölkerung vorliegenden quantitativen als auch qualitativen Bedarf an Pflege gerecht zu werden, ist eine solche Weiterentwicklung der pflegerischen Rolle beziehungsweise des pflegerischen Berufs unbedingt erforderlich. Die neue Versorgungsform der PORT-Zentren kann dazu beitragen, diese Weiterentwicklung zu unterstützen und nachhaltig weiter voranzubringen (vgl. SVR 2014, S. 77). Dabei stehen die Patientinnen und Patienten mit ihren individuellen Bedürfnissen und Bedarfen im Mittelpunkt; denn in der Pflege geht es darum, dieser individuellen Versorgung Rechnung zu tragen und dabei die optimale Unterstützung, Pflege und Versorgung unter gezielter Bedarfsberücksichtigung zu erzielen. Die in Kapitel 4.2.1 bis 4.2.3 dieser Arbeit beschriebenen Erkenntnisse zu den unterschiedlichen Modellen der Gesundheitsversorgung aus den Ländern Kanada und Finnland, die alle den Fokus auf eine multiprofessionelle Versorgung und eine starke Pflege legen, bestärken mich zudem dahingehend, dass auch in den künftigen PORT-Zentren eben genau diese Chancen und Perspektiven für die Pflegeprofession zu erwarten sind und sich eine verstärkte Investition in das Potenzial der Pflege lohnen wird (vgl. Schaeffer, Hämel, Ewers 2015, S. 225 – 226).

Zuletzt ist zu sagen, dass zum jetzigen Zeitpunkt keine Angaben bezüglich Öffnungszeiten und zwingenden Erfordernissen von Terminvergaben innerhalb der PORT-Zentren vorliegen. An dieser Stelle möchte ich auf die Möglichkeit längerer Konsultationszeiten oder einer Walk-in-Sprechstunde als Maßnahme der Patientenorientierung hinweisen, wie es beispielsweise in internationalen Versorgungsmodellen praktiziert wird (vgl. Schaeffer, Hämel 2016, S. 10).

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass nahezu alle Eigenschaften und Merkmale der PORT-Zentren Potenziale aufzeigen, die für die Versorgung von chronisch Erkrankten als auch für die der Bevölkerung Erfolg versprechend sind. Die Zentren sind nicht durch Mono-, sondern durch Multiprofessionalität gekennzeichnet. Dabei stellen sie eine neue und alternative Versorgungsform dar, die viele der positiven Effekte der hier beschriebenen neuen Versorgungsformen bündelt und keine selektiven Vertragsabschlüsse beziehungsweise Einzelmaßnahmen erfordert.

Am Ende trägt diese Gegenüberstellung dazu bei, das zu bestätigen, was die RBSG als Initiator mit den PORT-Zentren zum Ziel hat: „(...) die umfassende Grundversorgung der Bevölkerung in einer Region (...) und eine bessere Versorgung von chronisch kranken Menschen aus einer Hand (...)“ (Schott 2017a)

6. Fazit und Ausblick

Abschließend lässt sich zusammenfassen, dass die PORT-Zentren viele Potenziale in Bezug auf eine zukünftig optimierte Versorgung aufweisen. Sie verfügen zudem über verschiedene Elemente, die sich in internationalen Modellen finden. Das übergeordnete Ziel dieser Arbeit, patientenorientierte Zentren zur Primär- und Langzeitversorgung als alternative, neue Möglichkeit der gesundheitlichen Versorgung in Deutschland vorzustellen und sie bereits bestehenden nationalen Versorgungsmodellen gegenüberzustellen, wurde erreicht. Eine Schwierigkeit bestand allerdings darin, einzelne Versorgungsformen, wie beispielsweise DMP, dem umfassenden Modell der PORT-Zentren exakt gegenüberzustellen. Auch die zum Teil heterogenen Aussagen innerhalb der Studien haben diesen Aspekt erschwert, wobei insgesamt eine deutliche Tendenz hin zu einer positiven Wirkung der neuen Versorgungsformen zu erkennen ist. Defizite in der Forschung bestehen insbesondere aufgrund der gesetzlich nicht zwingend erforderlichen Evaluation der Versorgungsmodelle, mit Ausnahme der DMP, sodass keine oder uneinheitliche Standards und Methoden der Evaluation, Bewertung und Kontrolle vorliegen. Dies macht die Durchführung weiterer Studien zu den unterschiedlichen Versorgungsformen erforderlich, die über einheitlich definierte und messbare Ziele verfügen sollten. Es bleibt spannend zu beobachten, wie sich die Evaluation der PORT-Zentren gestalten und welche Ergebnisse sie liefern wird. Um evidente Aussagen zu der Versorgungsform der PORT-Zentren treffen zu können, sind weitere Studien und Forschungen nötig. Interessant ist zudem auch, wie die Konzeptionsumsetzungen der ausgewählten PORT-Initiativen in der Realität gelingen und ob auch weitere Versorgende der Impulssetzung durch das Förderprogramm nachkommen werden. Damit es nicht bei diesem alleinigen Impuls bleibt, ist die RBSG derzeit in dem Förderprogramm supPORT – Auf dem Weg zu patientenorientierten Zentren der Primär- und Langzeitversorgung aktiv. Dieses Programm ergänzt das Förderprogramm PORT und verfolgt das Ziel, „(...) mehr Akteure in das PORT-Programm und in die Arbeit an einer zukunftsfähigen, ambulanten Primärversorgung zu involvieren.“ (Schott 2017q) Darüber hinaus

wurde in der Zeit von April 2015 bis Mai 2017 das von der RBSG geförderte Projekt Primärversorgungszentren – Konzepte und Umsetzungspraxis (PriKon) durchgeführt, innerhalb dessen Primärversorgungszentren in Schweden, Spanien, Slowenien und Brasilien untersucht wurden, um Anstöße für die Entwicklung solcher Zentren in Deutschland zu geben (vgl. Paulußen 2017b). Des Weiteren erfolgt seit dem 01. Februar 2017 dieses Jahres durch die Agnes-Karll-Gesellschaft für Gesundheitsbildung und Pflegeforschung mbH eine Machbarkeitsstudie zu Community Health Nursing in Deutschland, deren Ergebnisse im Zuge einer Ende November 2017 stattfindenden Tagung präsentiert werden (vgl. DBfK 2017).

Die Zukunft der gesundheitlichen Versorgung liegt in deren Gestaltung; um an das einleitend genannte Zitat von Willy Brandt anzuknüpfen. Ich denke, die Entwicklung und Einführung von PORT-Zentren trägt dazu bei, um diese weiter voranzutreiben. Eine gesundheits- und sozialpolitische Sichtbarkeit des Förderprogramms ist unbedingt wünschenswert, da in dieser Versorgungsform viele Anknüpfungspunkte für die Zukunft der Gesundheitsversorgung liegen, die einen Mehrwert für alle an der Versorgung Beteiligten darstellen. Nicht unerwähnt sollen hierbei die von der Gesetzgebung und den Krankenkassen nötig zu schaffenden Rahmenbedingungen bleiben, um die PORT-Zentren allen Bürgerinnen und Bürgern zugänglich zu machen. In Abhängigkeit von den Evaluationsergebnissen des Förderprogramms sind demnach politische Lösungen denkbar, um diese neue Form der Gesundheitsversorgung in Deutschland zukünftig und langfristig zu verankern.

7. Literaturverzeichnis

Achterfeld, Claudia: Aufgabenverteilung im Gesundheitswesen. Rechtliche Rahmenbedingungen der Delegation ärztlicher Tätigkeiten. Berlin, Heidelberg: Springer, 2014.

Ärzttekammer Westfalen-Lippe (2017): Fortbildungscurriculum „Entlastende Versorgungsassistentin“ (EVA) für Medizinische Fachangestellte und Angehörige anderer medizinischer Fachberufe nach dem Krankenpflegegesetz gemäß Fortbildungscurriculum der Bundesärztekammer „Nicht-ärztliche Praxisassistentin“ nach § 87 Abs. 2b Satz 5 SGB V. Stand Januar 2017. Verfügbar unter: http://www.aekwl.de/fileadmin/akademie/doc/Curricula/EVA-Curriculum_Stand_Januar_2017.pdf [08.10.2017].

Afentakis, Anja; Maier, Tobias: Projektionen des Pflegepersonalbedarfs und -angebots in Pflegeberufen bis 2025. In: Statistisches Bundesamt: Wirtschaft und Statistik 11 / 2010. Wiesbaden: Statistisches Bundesamt, 2010, S. 990–1002.

Ahrens, Hans-Jürgen; von Bar, Christian; Fischer, Gerfried; Spickhoff, Andreas; Taupitz, Jochen (Hrsg.): Medizin und Haftung. Festschrift für Erwin Deutsch zum 80. Geburtstag. Berlin, Heidelberg: Springer, 2009.

Amelung, Volker E.; Eble, Susanne; Hildebrandt, Helmut (Hrsg.): Innovatives Versorgungsmanagement. Neue Versorgungsformen auf dem Prüfstand. Berlin: Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, 2011.

Amelung, Volker E.: Neue Versorgungsformen auf dem Prüfstand. In: Amelung, Volker E.; Eble, Susanne; Hildebrandt, Helmut (Hrsg.): Innovatives Versorgungsmanagement. Neue Versorgungsformen auf dem Prüfstand. Berlin: Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, 2011, S. 3–16.

AOK-Bundesverband GbR (2017): ELSID-Studie. Zentrale Ergebnisse der ELSID-Studie. Verfügbar unter: <http://www.aok-gesundheitspartner.de/bund/dmp/evaluation/elsid/index.html> [21.10.2017].

Arnold, Michael; Litsch, Martin; Schwartz, Friedrich Wilhelm (Hrsg.): Krankenhaus-Report '99. Schwerpunkt: Versorgung chronisch Kranker. Stuttgart, New York: Schattauer, 2000.

Baca, Dominik: VERAH®-Fortbildung. Verfügbar unter: <https://www.verah.de/ueber-verah/werden> [07.10.2017].

Badura, Bernhard; Feuerstein, Günter (Hrsg.): Systemgestaltung im Gesundheitswesen. Zur Versorgungskrise der hochtechnisierten Medizin und den Möglichkeiten ihrer Bewältigung. Weinheim, München: Juventa, 1994.

Badura, Bernhard: Patientenorientierte Systemgestaltung im Gesundheitswesen. In: Badura, Bernhard; Feuerstein, Günter (Hrsg.): Systemgestaltung im Gesundheitswesen. Zur Versorgungskrise der hochtechnisierten Medizin und den Möglichkeiten ihrer Bewältigung. Weinheim, München: Juventa, 1994, S. 255–310.

Berthold, Heiner K.; Bestehorn, Kurt P.; Jannowitz, Christina; Krone, Wilhelm; Gouni-Berthold, Ioanna: Disease Management Programs in Type 2 Diabetes: Quality of Care. In: The American Journal of Managed Care Nr. 6, Jg. 17 (2011), S. 393–403.

Bethge, Matthias; Bartel, Susanne; Streibelt, Marco; Lassahn, Christoph; Thren, Karsten: Verbesserte Behandlungsqualität durch integrierte Versorgung bei Knie- und Hüftgelenkersatz: Ergebnisse einer kontrollierten Studie. In: Die Rehabilitation Nr. 2, Jg. 50 (2011), S. 86–93.

Bilger, Stefan; Engeser, Peter: Formen der Praxisausübung. In: Klimm, Hans-Dieter; Peters-Klimm, Frank (Hrsg.): Allgemeinmedizin. Der Mentor für die Facharztprüfung und für die allgemeinmedizinische ambulante Versorgung. 5., vollständig überarbeitete und erweiterte Auflage. Stuttgart: Thieme, 2017, S. 77–78.

Bölter, Regine; Ose, Dominik; Götz, Katja; Miksch, Antje; Szecsenyi, Joachim; Freund, Tobias: Einbeziehung nichtärztlicher Gesundheitsberufe in die Primärversorgung chronisch kranker Patienten. Chancen und Barrieren aus Sicht der deutschen Hausärzte. In: Medizinische Klinik Nr. 1, Jg. 105 (2010), S. 7–12.

Brandhorst, Andreas; Hildebrandt, Helmut; Luthe, Ernst-Wilhelm (Hrsg.): Kooperation und Integration – das unvollendete Projekt des Gesundheitssystems. Wiesbaden: Springer VS, 2017.

Brandhorst, Andreas: Kooperation und Integration als Zielstellung der gesundheitspolitischen Gesetzgebung. Darstellung und Analyse der Reformmaßnahmen seit 1989. In: Brandhorst, Andreas; Hildebrandt, Helmut; Luthe, Ernst-Wilhelm (Hrsg.): Kooperation und Integration – das unvollendete Projekt des Gesundheitssystems. Wiesbaden: Springer VS, 2017, S. 13–30.

Brunnett, Regina; Dieterich, Anja; Geene, Raimund; Gerlinger, Thomas; Hahn, Daphne; Herrmann, Markus; Holst, Jens; Kümpers, Susanne; Lenhardt, Uwe; Ottovay, Kathrin; Stegmüller, Klaus (Hrsg.): Jahrbuch für Kritische Medizin und Gesundheitswissenschaften 50. Primary Health Care. Interdisziplinarität, Partizipation, Gemeindeorientierung. Hamburg: Argument, 2014.

Bundesärztekammer (BÄK) (2012): Nicht-ärztliche Praxisassistentin. Verfügbar unter: <http://www.fortbildung-mfa.de/page.asp?his=0.61.80> [08.10.2017].

Bundesärztekammer (BÄK) (2015): (Muster-)Weiterbildungsordnung 2003 in der Fassung vom 23.10.2015. Verfügbar unter: http://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/downloads/pdf-Ordner/Weiterbildung/MWBO.pdf [20.10.2017].

Bundesärztekammer (BÄK) (2016): Ärztstatistik zum 31. Dezember 2016. Verfügbar unter: http://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/downloads/pdf-Ordner/Statistik2016/Stat16AbbTab.pdf [26.10.2017].

Bundesärztekammer (BÄK) (2017): Fortbildungscurriculum für Medizinische Fachangestellte und Arzthelfer/innen „Nicht-ärztliche Praxisassistentin“. 2. Auflage 2017. Verfügbar unter: http://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/downloads/pdf-Ordner/MFA/CurrPraxisassistentin.pdf [08.10.2017].

Bundesversicherungsamt (BVA) (2016): Zulassung der strukturierten Behandlungsprogramme (Disease Management Programme – DMP) durch das Bundesversicherungsamt (BVA). Verfügbar unter: <http://www.bundesversicherungsamt.de/weiteres/disease-management-programme/zulassung-disease-management-programme-dmp.html> [06.10.2017].

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hrsg.): Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. Neuausgabe 2011. Gamburg: Verlag für Gesundheitsförderung, 2011.

Busse, Reinhard; Blümel, Miriam; Ognyanova, Diana: Das deutsche Gesundheitssystem. Akteure, Daten, Analysen. Berlin: Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, 2013.

Busse, Reinhard; Schreyögg, Jonas; Gericke, Christian (Hrsg.): Management im Gesundheitswesen. Berlin, Heidelberg: Springer, 2006.

Canadian Association of Community Health Centres (2017): About Community Health Centres. Verfügbar unter: <https://www.cachc.ca/about-chcs/> [18.10.2017].

Canadian Nurses Association (2017): Community Health Care. Verfügbar unter: <https://www.cna-aicc.ca/en/policy-advocacy/community-health-care> [26.10.2017].

Czernohorsky, Gerhard; Roth, Roswitha; Lothaller, Harald: Die „Mobile Praxisassistentin“ – Auswirkungen auf die Gesundheit und Lebensqualität von Patienten mit neu diagnostiziertem Typ-2-Diabetes. In: Diabetes aktuell Nr. 8, Jg. 10 (2012), S. 371–377.

Dawson of Penn (1920): Interim Report on the Future Provision of Medical and Allied Services 1920 (Lord Dawson of Penn). Ministry of Health. Consultative Council on medical and allied services. Presented to Parliament by Command of His Majesty. London: Published by his Majesty's Stationery Office, 1920. Verfügbar unter: <https://www.sochealth.co.uk/national-health-service/healthcare-generally/history-of-healthcare/interim-report-on-the-future-provision-of-medical-and-allied-services-1920-lord-dawson-of-penn/> [29.09.2017].

Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin (DEGAM) (2002): Fachdefinition. DEGAM, Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin. Beschluss der Jahreshauptversammlung vom 21.09.2002. Verfügbar unter: <http://www.degam.de/fachdefinition.html> [30.09.2017].

Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe (DBfK) (2017): Community Health Nursing. Verfügbar unter: <https://www.dbfk.de/de/themen/Community-Health-Nursing.php> [26.10.2017].

Deutscher Bundestag (2003): Deutscher Bundestag. 15. Wahlperiode. Gesetzentwurf der Fraktionen SPD und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN. Entwurf eines Gesetzes zur Modernisierung des Gesundheitssystems (Gesundheitssystemmodernisierungsgesetz – GMG). Bundestag Drucksache 15/1170 vom 16.06.2003. Verfügbar unter: <http://dip21.bundestag.de/dip21/btd/15/011/1501170.pdf> [02.10.2017].

Deutscher Bundestag (2015): Deutscher Bundestag. 18. Wahlperiode. Antwort der Bundesregierung auf die Kleine Anfrage der Abgeordneten Birgit Wöllert, Sabine Zimmermann (Zwickau), Katja Kipping, weiterer Abgeordneter und der Fraktion DIE LINKE. – Drucksache 18/5021 –. Folgen des Wettbewerbs durch die Pflicht zu Angeboten Hausarztzentrierter Versorgung nach § 73b des Fünften Buches Sozialgesetzbuch. Bundestag Drucksache 18/5164 vom 12.06.2015. Verfügbar unter: <http://dip21.bundestag.de/dip21/btd/18/051/1805164.pdf> [06.10.2017].

Deutscher Hausärzterverband e. V.: Die Hausarztverträge. Ein Versorgungsmodell mit Zukunft. Köln: Deutscher Hausärzterverband e. V., 2017.

Deutsches Zentrum für Altersfragen: Deutscher Alterssurvey 2014. Zentrale Befunde. Berlin: Deutsches Zentrum für Altersfragen, 2016.

Dockweiler, Christoph; Razum, Oliver: Digitalisierte Gesundheit: neue Herausforderungen für Public Health. In: Das Gesundheitswesen Nr. 78, Jg. 1 (2016), S. 5–7.

Erlor, Antje a (2012-2015): Die Geschichte des Projekts Innovative Gesundheitsmodelle (InGe). Verfügbar unter: <http://www.innovative-gesundheitsmodelle.de/projekt-inge> [23.09.2017].

Erlor, Antje b (2012-2015): InGe. Innovative Gesundheitsmodelle. Projektflyer. Verfügbar unter: http://www.innovative-gesundheitsmodelle.de/documents/10329/28481/InGe_Flyer_2016.pdf/33e2b522-8a5c-4dd4-adcb-6c5547d8b69a [23.09.2017].

Erlor, Antje (2015): Innovative Gesundheitsmodelle in Deutschland. Verfügbar unter: http://www.bosch-stiftung.de/content/language1/downloads/InGe_PORT_29052015_final.pdf [23.09.2017].

Feuerstein, Günter a: Ausdifferenzierung der kardiologischen Versorgungsstruktur und Kliniklandschaft. In: Badura, Bernhard; Feuerstein, Günter (Hrsg.): Systemgestaltung im Gesundheitswesen. Zur Versorgungskrise der hochtechnisierten Medizin und den Möglichkeiten ihrer Bewältigung. Weinheim, München: Juventa, 1994, S. 155–209.

Feuerstein, Günter b: Schnittstellen im Gesundheitswesen. Zur (Des-)Integration medizinischer Handlungsstrukturen. In: Badura, Bernhard; Feuerstein, Günter (Hrsg.): Systemgestaltung im Gesundheitswesen. Zur Versorgungskrise der hochtechnisierten Medizin und den Möglichkeiten ihrer Bewältigung. Weinheim, München: Juventa, 1994, S. 211–253.

Fuchs, Judith; Busch, Markus; Lange, Cornelia; Scheidt-Nave, Christa: Prevalence and patterns of morbidity among adults in Germany. Results of the German telephone health interview survey German Health Update (GEDA) 2009. In: Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz Nr. 4, Jg. 55 (2012), S. 576–586.

Fuchs, Sabine; Henschke, Cornelia; Blümel, Miriam; Busse, Reinhard: Disease-Management-Programme für Diabetes mellitus Typ 2 in Deutschland. Abschätzung der Effektivität anhand einer systematischen Literaturübersicht. In: Deutsches Ärzteblatt Nr. 26, Jg. 111 (2014), S. 453–463.

Fullerton, Birgit; Nolte, Ellen; Erlor, Antje: Qualität der Versorgung chronisch Kranker in Deutschland. In: Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen (ZEFQ) Nr. 8, Jg. 105 (2011), S. 554–562.

Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA) a (2017): Ambulante spezialfachärztliche Versorgung. Verfügbar unter: <https://www.g-ba.de/institution/themenschwerpunkte/116b/> [20.09.2017].

Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA) b (2017): Disease-Management-Programme (DMP). Verfügbar unter: <https://www.g-ba.de/institution/themenschwerpunkte/dmp/> [07.10.2017].

Gerlach, Ferdinand M.; Szecsenyi, Joachim: Hausarztzentrierte Versorgung in Baden-Württemberg – Konzept und Ergebnisse der kontrollierten Begleitevaluation. In: Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen (ZEFQ) Nr. 6, Jg. 107 (2013), S. 365–371.

Gerst, Thomas: Modellprojekt „Mobile Praxisassistentin“. In: Deutsches Ärzteblatt Nr. 22, Jg. 105 (2008), S. 1178.

GKV-Spitzenverband (2017): Ambulante Spezialfachärztliche Versorgung. Verfügbar unter: https://www.gkv-spitzenverband.de/krankenversicherung/aerztliche_versorgung/asv/ambulante_spezialfachaerztliche_versorgung.jsp [20.10.2017].

Glaeske, Gerd: Arztpraxen und Medizinische Versorgungszentren. In: Pfaff, Holger; Neugebauer, Edmund A. M.; Glaeske, Gerd; Schrappe, Matthias (Hrsg.): Lehrbuch Versorgungsforschung. Systematik – Methodik – Anwendung. 2., vollständig überarbeitete Auflage. Stuttgart: Schattauer, 2017, S. 281–287.

Goetz, Katja; Szecsenyi, Joachim; Laux, Gunter; Joos, Stefanie; Beyer, Martin; Miksch, Antje: Wie beurteilen chronisch kranke Patienten ihre Versorgung? Ergebnisse aus einer Patientenbefragung im Rahmen der Evaluation der Hausarztzentrierten Versorgung in Baden-Württemberg. In: Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen (ZEFQ) Nr. 6, Jg. 107 (2013), S. 379–385.

Haas, Laura: Präferenzmessung von Patienten in medizinischen Versorgungszentren (MVZ) – eine Gegenüberstellung der Behandlungsqualität von MVZ und niedergelassenen Haus- und Fachärzten. In: Das Gesundheitswesen Nr. 73, Jg. 7 (2011), S. 409–415.

Hämel, Kerstin; Schaeffer, Doris: Who cares? Fachkräftemangel in der Pflege. In: Zeitschrift für Sozialreform Nr. 4, Jg. 59 (2013), S. 413–431.

Hämel, Kerstin; Schaeffer, Doris: Kommunale Gesundheitszentren in Finnland – Entwicklung und aktuelle Herausforderungen in der ländlichen Primärversorgung. In: Brunnett, Regina; Dieterich, Anja; Geene, Raimund; Gerlinger, Thomas; Hahn, Daphne; Herrmann, Markus; Holst, Jens; Kümpers, Susanne; Lenhardt, Uwe; Ottovay, Kathrin; Stegmüller, Klaus (Hrsg.): Jahrbuch für Kritische Medizin und Gesundheitswissenschaften 50. Primary Health Care. Interdisziplinarität, Partizipation, Gemeindeorientierung. Hamburg: Argument, 2014, S. 11–29.

Hoeper, Kirsten; Amelung, Volker E.; Hartmann, Justyna; Krauth, Christian: Integrierte Versorgung – Zwischen Anspruch, Wirklichkeit und Evidenz in der Versorgung. In: G & S Gesundheits- und Sozialpolitik Nr. 5, Jg. 66 (2012), S. 21–28.

Hoffmann, Wolfgang; van den Berg, Neeltje; Dreier, Adina: Qualifikationskonzept für eine abgestufte Delegation medizinischer Tätigkeiten an nichtärztliche Berufsgruppen. Das „Greifswalder 3-Stufen-Modell“. In: Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz Nr. 4, Jg. 56 (2013), S. 555–561.

International Council of Nurses (2017): Definition and Characteristics of the Role. Verfügbar unter: <https://international.aanp.org/Practice/APNRoles> [26.10.2017].

Jahn, Erwin: Systemanalyse der medizinischen Versorgung in der Bundesrepublik. In: Wirtschafts- und Sozialwissenschaftliches Institut des deutschen Gewerkschaftsbundes GmbH (WSI) (Hrsg.): Integrierte medizinische Versorgung. Notwendigkeit – Möglichkeiten – Grenzen. WSI-Studie zur Wirtschafts- und Sozialforschung Nr. 32. WSI-Forum am 25. und 26. April 1975. Köln: Bund-Verlag, 1975, S. 14–43.

Jespersen, Peter K.; Wrede, Sirpa: The changing autonomy of the Nordic medical professions. In: Magnussen, Jon; Vrangbæk, Karsten; Saltman, Richard B. (Hrsg.): Nordic health care systems. Recent reforms and current policy challenges. Berkshire: Open University Press McGraw-Hill, 2009, S. 151–179.

Jungbauer-Gans, Monika; Kriwy, Peter (Hrsg.): Handbuch Gesundheitssoziologie. Wiesbaden: Springer VS, 2016.

Kalitzkus, Vera; Schluckebier, Iris; Wilm, Stefan: AGnES, EVA, VerAH und Co – Wer kann den Hausarzt unterstützen und wie? Experten diskutieren die Zukunft der Medizinischen Fachangestellten in der hausärztlichen Versorgung. In: Zeitschrift für Allgemeinmedizin Nr. 85, Jg. 10 (2009), S. 403–405.

Karow, Anne; Bock, Thomas; Daubmann, Anne; Meigel-Schleiff, Christina; Lange, Benjamin; Lange, Matthias; Ohm, Gunda; Bussopulos, Alexandra; Frieling, Marietta; Golks, Dietmar; Kerstan, Andrea; König, Hans-Helmut; Nika, Lia; Ruppelt, Friederike; Schödlbauer, Michael; Schöttle, Daniel; Sauerbier, Anne-Lena; Rietschel, Liz; Wegscheider, Karl; Wiedemann, Klaus; Schimmelman, Benno G.; Naber, Dieter; Lambert, Martin: Integrierte Versorgung von Patienten mit psychotischen Erkrankungen nach dem Hamburger Modell: Teil 2. Ergebnisse des 2- und 4-Jahres-Langzeitverlaufs. In: Psychiatrische Praxis Nr. 5, Jg. 41 (2014), S. 266–273.

Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) (2016): Statistische Informationen aus dem Bundesarztregister. Bundesgebiet insgesamt. Stand: 31.12.2016. Verfügbar unter: http://www.kbv.de/media/sp/2016_12_31_BAR_Statistik.pdf [26.10.2017].

Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) a (2017): Kooperationen. Einzelpraxis. Verfügbar unter: <http://www.kbv.de/html/14365.php> [20.10.2017].

Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) b (2017): Kooperationen. Berufsausübungsgemeinschaft (BAG). Verfügbar unter: <http://www.kbv.de/html/berufsausuebungsgemeinschaften.php> [20.10.2017].

Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) c (2017): Kooperationen. Praxisgemeinschaft. Verfügbar unter: <http://www.kbv.de/html/praxisgemeinschaften.php> [20.10.2017].

Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) d (2017): Medizinische Versorgungszentren aktuell zum Stichtag 31.12.2016. Verfügbar unter: http://www.kbv.de/media/sp/mvz_aktuell.pdf [02.10.2017].

Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) e (2017): Entwicklungen der Medizinischen Versorgungszentren. Stand 31.12.2016. Verfügbar unter: http://www.kbv.de/media/sp/mvz_entwicklungen.pdf [02.10.2017].

Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) f (2017): Disease-Management-Programme. Verfügbar unter: <http://www.kbv.de/html/dmp.php> [07.10.2017].

Klapper, Bernadette (2015): Die Intention der Robert Bosch Stiftung zu PORT. Verfügbar unter: http://www.bosch-stiftung.de/content/language1/downloads/PPP_PORT_2015.pdf [26.10.2017].

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

Klimm, Hans-Dieter; Peters-Klimm, Frank (Hrsg.): Allgemeinmedizin. Der Mentor für die Facharztprüfung und für die allgemeinmedizinische ambulante Versorgung. 5., vollständig überarbeitete und erweiterte Auflage. Stuttgart: Thieme, 2017.

Klimm, Hans-Dieter: Arbeitsgrundlagen. In: Klimm, Hans-Dieter; Peters-Klimm, Frank (Hrsg.): Allgemeinmedizin. Der Mentor für die Facharztprüfung und für die allgemeinmedizinische ambulante Versorgung. 5., vollständig überarbeitete und erweiterte Auflage. Stuttgart: Thieme, 2017, S. 58–63.

Klose, Joachim; Rehbein, Isabel: Ärzteatlas 2016. Daten zur Versorgungsdichte von Vertragsärzten. Berlin: Wissenschaftliches Institut der AOK (WIdO), 2016.

Koch, Jennifer; Schmiemann, Guido; Gerhardus, Ansgar: Integration und Kooperation aus gesundheitswissenschaftlicher Sicht. In: Brandhorst, Andreas; Hildebrandt, Helmut; Luthe, Ernst-Wilhelm (Hrsg.): Kooperation und Integration – das unvollendete Projekt des Gesundheitssystems. Wiesbaden: Springer VS, 2017, S. 121–138.

Kopetsch, Thomas: Dem deutschen Gesundheitswesen gehen die Ärzte aus! Studie zur Altersstruktur- und Arztlahlenentwicklung. 5. aktualisierte und komplett überarbeitete Auflage. Berlin: Bundesärztekammer und Kassenärztliche Bundesvereinigung, 2010.

Lambert, Martin; Bock, Thomas; Daubmann, Anne; Meigel-Schleiff, Christina; Lange, Benjamin; Lange, Matthias; Ohm, Gunda; Bussopulos, Alexandra; Frieling, Marietta; Golks, Dietmar; Kerstan, Andrea; König, Hans-Helmut; Nika, Lia; Ruppelt, Friederike; Schödlbauer, Michael; Schöttle, Daniel; Sauerbier, Anne-Lena; Rietschel, Liz; Wegscheider, Karl; Wiedemann, Klaus; Schimmelman, Benno G.; Naber, Dieter; Karow, Anne: Integrierte Versorgung von Patienten mit psychotischen Erkrankungen nach dem Hamburger Modell: Teil 1. Rationalen, Behandlungsmodell und Ergebnisse der Vorstudie. In: Psychiatrische Praxis Nr. 5, Jg. 41 (2014), S. 257–265.

Landesvereinigung für Gesundheit und Akademie für Sozialmedizin Niedersachsen e. V. (LVG & AFS) (2017): Evaluation und Praxisforschung. Evaluierung zum Förderprogramm „PORT – Patientenorientierte Zentren zur Primär- und Langzeitversorgung“. Verfügbar unter: <http://www.gesundheit-nds.de/index.php/arbeitschwerpunkte-lvg/evaluation-und-praxisforschung/748-port> [22.10.2017].

Lindner, Roland; Ahrens, Susanne; Köppel, Dagmar; Heilmann, Thomas; Verheyen, Frank: Nutzen und Effizienz des Disease-Management-Programms Diabetes mellitus Typ 2. In: Deutsches Ärzteblatt Nr. 10, Jg. 108 (2011), S. 155–162.

Luthe, Ernst-Wilhelm a (Hrsg.): Kommunale Gesundheitslandschaften. Wiesbaden: Springer VS, 2013.

Luthe, Ernst-Wilhelm b: Kommunale Gesundheitslandschaften – das Grundkonzept. In: Luthe, Ernst-Wilhelm (Hrsg.): Kommunale Gesundheitslandschaften. Wiesbaden: Springer VS, 2013, S. 3–36.

Magnussen, Jon; Vrangbæk, Karsten; Saltman, Richard B. (Hrsg.): Nordic health care systems. Recent reforms and current policy challenges. Berkshire: Open University Press McGraw-Hill, 2009.

Melkas, Tapani: Health in all policies as a priority in Finnish health policy: A case study on national health policy development. In: Scandinavian Journal of Public Health 41 Supply 11 (2013), S. 3–28.

Mergenthal, Karola; Beyer, Martin; Gütthlin, Corina; Gerlach, Ferdinand M.: Evaluation des VERAH-Einsatzes in der Hausarztzentrierten Versorgung in Baden-Württemberg. In: Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen (ZEFQ) Nr. 6, Jg. 107 (2013), S. 386–393.

Meuser, Jamie; Tupper, Bean; Goldmann, Joanne; Reeves, Scott: Family health teams: A new Canadian interprofessional initiative. In: Journal of Interprofessional Care Nr. 4, Jg. 20 (2006), S. 436–438.

Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Frauen und Familie des Landes Brandenburg (2013): AGnES-Modellprojekte. Verfügbar unter: <http://www.masgf.brandenburg.de/cms/detail.php/bb1.c.348257.de> [07.10.2017].

Ministry of Health and Long-Term Care (MOHLTC): Rural and Northern Health Care Framework/Plan. Stage 1 Report. Final Report. Toronto: Ministry of Health and Long-Term Care, 2010.

Ministry of Health and Long-Term Care (MOHLTC) (2016): Family Health Teams. Verfügbar unter: <http://www.health.gov.on.ca/en/pro/programs/fht/> [18.10.2017].

Mißbeck, Angela; Staeck, Florian (2017): Förderung für neue Modelle. Damit Innovationen in der Praxis ankommen. Verfügbar unter: https://www.aerztezeitung.de/politik_gesellschaft/article/931150/foerderung-neue-modelle-damit-innovationen-praxis-ankommen.html [23.10.2017].

Müller, Klaus: Alternde Bevölkerung und gesundheitliche Versorgung. Zehn Herausforderungen und ihre Konsequenzen für Prävention, Rehabilitation und das Versorgungsmanagement in Deutschland und der Schweiz. Bern: Huber, 2014.

Ontario Hospital Association: Local Health Hubs for Rural and Northern Communities. An Integrated Service Delivery Model Whose Time Has Come. Toronto: Ontario Hospital Association, 2012.

Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD): Regions at a Glance 2011. Paris: OECD Publishing, 2011.

- Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD): Health at a Glance 2015. OECD Indicators. Paris: OECD Publishing, 2015.
- Ostwald, Dennis A.; Ehrhard, Tobias; Bruntsch, Friedrich; Schmidt, Harald; Friedl, Corinna: Fachkräftemangel. Stationärer und ambulanter Bereich bis zum Jahr 2030. Frankfurt: PricewaterhouseCoopers, 2010.
- Paulußen, Markus a (2017): Regional differenzierte Versorgung (DIVER) – eine international vergleichende Analyse ländlicher Versorgungsmodelle. Verfügbar unter: <https://www.uni-bielefeld.de/gesundhw/ag6/ipw/projekte/diver.html> [22.09.2017].
- Paulußen, Markus b (2017): Primärversorgungszentren – Konzepte und Umsetzungspraxis (PriKon). Verfügbar unter: <https://www.uni-bielefeld.de/gesundhw/ag6/projekte/prikon.html> [26.10.2017].
- Pfaff, Holger; Neugebauer, Edmund A. M.; Glaeske, Gerd; Schrappe, Matthias (Hrsg.): Lehrbuch Versorgungsforschung. Systematik – Methodik – Anwendung. 2., vollständig überarbeitete Auflage. Stuttgart: Schattauer, 2017.
- Räker, Miriam: Entwicklung und Wandel der hausarztzentrierten Versorgung. Eine policy-analytische Untersuchung der Ansprüche und Wahrnehmungen. Wiesbaden: Springer VS, 2017.
- Rattay, Petra; Butschalowsky, Hans; Rommel, Alexander; Prütz, Franziska; Jordan, Susanne; Nowossadeck, Enno; Domanska, Olga; Kamtsiuris, Panagiotis: Inanspruchnahme der ambulanten und stationären medizinischen Versorgung in Deutschland. Ergebnisse der Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS1). In: Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz Nr. 5–6, Jg. 56 (2013), S. 832–844.
- Robert Koch-Institut (RKI): Gesundheit in Deutschland. Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Gemeinsam getragen von RKI und Destatis. Berlin: RKI, 2015.
- Rosser, Walter W.; Colwill, Jack M.; Kasperski, Jan; Wilson, Lynn: Progress of Ontario's Family Health Team Model: A Patient-Centered Medical Home. In: Annals of Family Medicine Nr. 2, Jg. 9 (2011), S. 165–171.
- Rothgang, Heinz; Müller, Rolf; Unger, Rainer; Klie, Thomas; Göhner, Anne; Schuhmacher, Birgit: Themenreport „Pflege 2030“. Was ist zu erwarten – was ist zu tun? Gütersloh: Bertelsmann Stiftung, 2012.
- Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (SVR): Kooperation und Verantwortung – Voraussetzungen einer zielorientierten Gesundheitsversorgung. Bundestag Drucksache 16/6339 vom 07.09.2007, 2007.
- Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (SVR): Sondergutachten 2009. Koordination und Integration – Gesundheitsversorgung in einer Gesellschaft des längeren Lebens. Band II. Baden-Baden: Nomos, 2010.
- Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (SVR): Wettbewerb an der Schnittstelle zwischen ambulanter und stationärer Versorgung. Sondergutachten 2012. Bundestag Drucksache 17/10323 vom 10.07.2012, 2012.
- Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (SVR): Bedarfsgerechte Versorgung – Perspektiven für ländliche Regionen und ausgewählte Leistungsbereiche. Gutachten 2014. Bonn: Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen, 2014.
- Schaeffer, Doris; Hämel, Kerstin; Ewers, Michael: Versorgungsmodelle für ländliche und strukturschwache Regionen. Anregungen aus Finnland und Kanada. Weinheim, Basel: Beltz Juventa, 2015.
- Schaeffer, Doris; Hämel, Kerstin: Kooperative Versorgungsmodelle. Eine international vergleichende Betrachtung. In: Jungbauer-Gans, Monika; Kriwy, Peter (Hrsg.): Handbuch Gesundheitssoziologie. Wiesbaden: Springer VS, 2016, S. 1–18.

- Schlette, Sophia; Blum, Kerstin; Busse, Reinhard (Hrsg.): Gesundheitspolitik in Industrieländern 11. Im Blickpunkt: Primärversorgung, Angemessenheit und Transparenz, nationale Politikstrategien. Gütersloh: Bertelsmann Stiftung, 2009.
- Schoen, Cathy; Osborn, Robin; Squires, David; Doty, Michelle; Pierson, Roz; Applebaum, Sandra: New 2011 Survey Of Patients With Complex Care Needs In Eleven Countries Finds That Care Is Often Poorly Coordinated. In: Health Affairs Nr. 12, Jg. 30 (2011), S. 2437–2448.
- Scholz, Karsten: Ärztliche Weiterbildung in medizinischen Versorgungszentren. In: Ahrens, Hans-Jürgen; von Bar, Christian; Fischer, Gerfried; Spickhoff, Andreas; Taupitz, Jochen (Hrsg.): Medizin und Haftung. Festschrift für Erwin Deutsch zum 80. Geburtstag. Berlin, Heidelberg: Springer, 2009, S. 481–492.
- Schott, Stefan a (2017): Versorgungsstruktur und Versorgungspraxis. PORT Patientenorientierte Zentren zur Primär- und Langzeitversorgung. Verfügbar unter: <http://www.bosch-stiftung.de/content/language1/html/59803.asp> [26.10.2017].
- Schott, Stefan b (2017): Gesundheit. Gesundheitsversorgung zukunftsfähig gestalten. Verfügbar unter: <http://www.bosch-stiftung.de/content/language1/html/gesundheits.asp> [26.10.2017].
- Schott, Stefan c (2017): Die Robert Bosch Stiftung. Verfügbar unter: <http://www.bosch-stiftung.de/content/language1/html/389.asp> [26.10.2017].
- Schott, Stefan d (2017): Wie wir fördern. Verfügbar unter: <http://www.bosch-stiftung.de/content/language1/html/foerdergrundsaeetze.asp> [26.10.2017].
- Schott, Stefan e (2017): Gesundheit. Themenbereich Gesundheit. Verfügbar unter: <http://www.bosch-stiftung.de/content/language1/html/8290.asp> [26.10.2017].
- Schott, Stefan f (2017): Gesundheit. Versorgungsstruktur und Versorgungspraxis. Verfügbar unter: <http://www.bosch-stiftung.de/content/language1/html/versorgungsstruktur-und-versorgungspraxis.asp> [26.10.2017].
- Schott, Stefan g (2017): Veranstaltungen. Informationstag. Robert Bosch Stiftung fördert Gesundheitspioniere. Verfügbar unter: <http://www.bosch-stiftung.de/content/language1/html/64230.asp> [26.10.2017].
- Schott, Stefan h (2017): PORT. Patientenorientierte Zentren zur Primär- und Langzeitversorgung. Ausschreibung 2015. Verfügbar unter: http://www.bosch-stiftung.de/content/language1/downloads/Port_Ausschreibung_Faltblatt.pdf [26.10.2017].
- Schott, Stefan i (2017): Pressemeldung. Versorgung vor Ort – Robert Bosch Stiftung startet neues Programm für Gesundheitszentren. Verfügbar unter: <http://www.bosch-stiftung.de/content/language1/html/60159.asp> [26.10.2017].
- Schott, Stefan j (2017): Die Expertenjury. Verfügbar unter: <http://www.bosch-stiftung.de/content/language1/html/72929.asp> [26.10.2017].
- Schott, Stefan k (2017): Die Zentren. Verfügbar unter: <http://www.bosch-stiftung.de/content/language1/html/73873.asp> [26.10.2017].
- Schott, Stefan l (2017): Büsum. Verfügbar unter: <http://www.bosch-stiftung.de/content/language1/html/76682.asp> [26.10.2017].
- Schott, Stefan m (2017): Berlin-Neukölln. Verfügbar unter: <http://www.bosch-stiftung.de/content/language1/html/76672.asp> [26.10.2017].
- Schott, Stefan n (2017): Hohenstein. Verfügbar unter: <http://www.bosch-stiftung.de/content/language1/html/76677.asp> [26.10.2017].
- Schott, Stefan o (2017): Calw. Verfügbar unter: <http://www.bosch-stiftung.de/content/language1/html/76667.asp> [26.10.2017].
- Schott, Stefan p (2017): Willingen-Diemelsee. Verfügbar unter: <http://www.bosch-stiftung.de/content/language1/html/76661.asp> [26.10.2017].

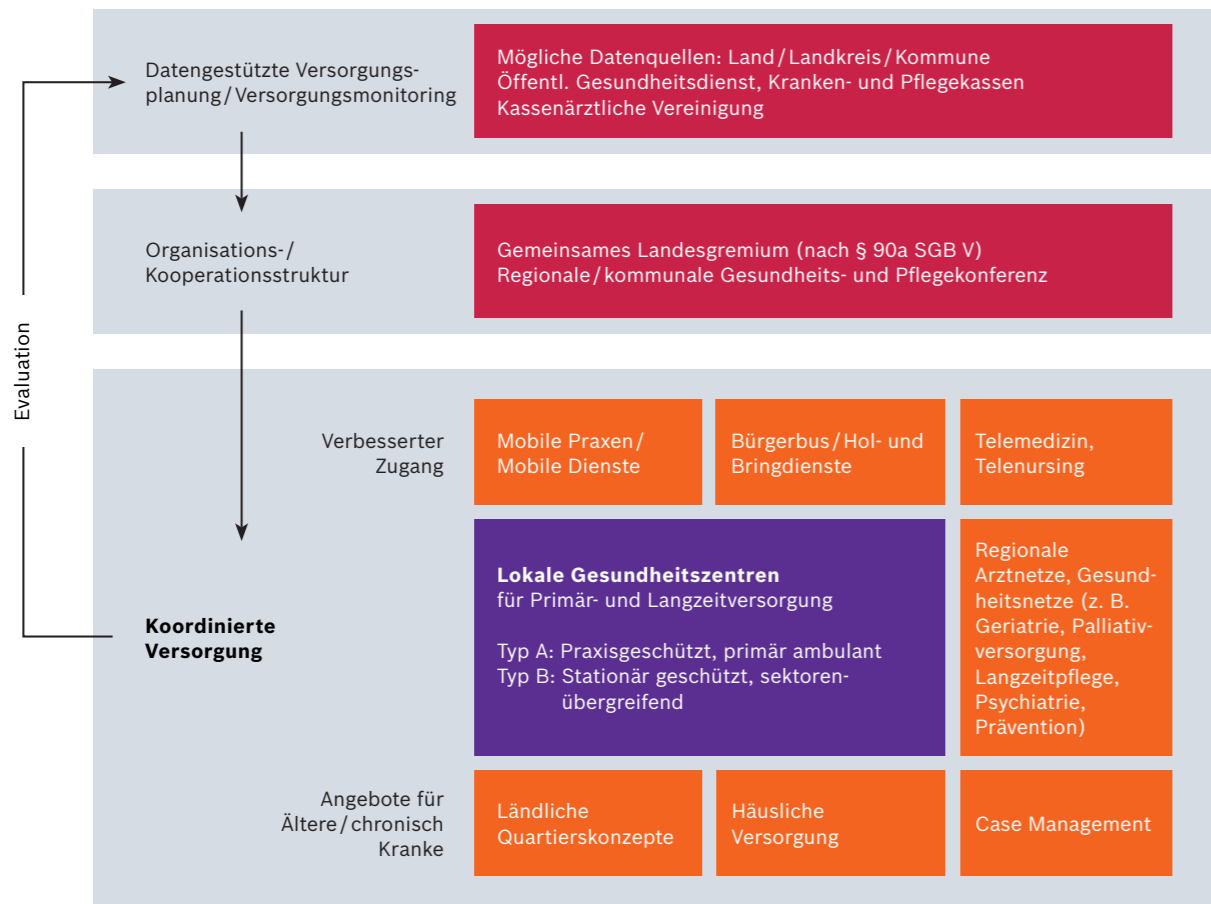
- Schott, Stefan q (2017): supPORT – Auf dem Weg zu Patientenorientierten Zentren zur Primär- und Langzeitversorgung. Verfügbar unter: <http://www.bosch-stiftung.de/content/language1/html/75371.asp> [26.10.2017].
- Schrappé, Matthias: Vertikale Integration. In: Pfaff, Holger; Neugebauer, Edmund A. M.; Glaeske, Gerd; Schrappé, Matthias (Hrsg.): Lehrbuch Versorgungsforschung. Systematik – Methodik – Anwendung. 2., vollständig überarbeitete Auflage. Stuttgart: Schattauer, 2017, S. 362–365.
- Schreyögg, Jonas; Weinbrenner, Susanne; Busse, Reinhard: Leistungsmanagement in der Integrierten Versorgung. In: Busse, Reinhard; Schreyögg, Jonas; Gericke, Christian (Hrsg.): Management im Gesundheitswesen. Berlin, Heidelberg: Springer, 2006, S. 106–122.
- Schulte, Hendrik; Schulz, Carsten: Patientenversorgung aus einer Hand. In: Managed Care Nr. 5 (2007), S. 27–29.
- Schwartz, Friedrich Wilhelm; Helou, Antonius: Welche Behandlungsansätze und Verfahren sind verzichtbar? In: Arnold, Michael; Litsch, Martin; Schwartz, Friedrich Wilhelm (Hrsg.): Krankenhaus-Report `99. Schwerpunkt: Versorgung chronisch Kranker. Stuttgart, New York: Schattauer, 2000, S. 133–148.
- Simon, Michael: Das Gesundheitssystem in Deutschland. Eine Einführung in Struktur und Funktionsweise. 4., überarbeitete und erweiterte Auflage. Bern: Huber, 2013.
- Statistics Canada (2005): Land and freshwater area, by province and territory. Verfügbar unter: <http://www.statcan.gc.ca/tables-tableaux/sum-som/l01/cst01/phys01-eng.htm> [17.10.2017].
- Statistics Canada (2017): Annual Demographic Estimates: Canada, Provinces and Territories, 2017. Verfügbar unter: <http://www.statcan.gc.ca/pub/91-215-x/91-215-x2017000-eng.htm> [17.10.2017].
- Statistisches Bundesamt: Wirtschaft und Statistik 11/2010. Wiesbaden: Statistisches Bundesamt, 2010.
- Statistisches Bundesamt a: Ältere Menschen in Deutschland und der EU. Wiesbaden: Statistisches Bundesamt, 2016.
- Statistisches Bundesamt b: Sozialleistungen. Angaben zur Krankenversicherung (Ergebnisse des Mikrozensus). 2015. Fachserie 13 Reihe 1.1. Wiesbaden: Statistisches Bundesamt, 2016.
- Statistisches Bundesamt a: Gesundheit. Personal. 2015. Fachserie 12 Reihe 7.3.1, 2015. Wiesbaden: Statistisches Bundesamt, 2017.
- Statistisches Bundesamt b (2017): Bevölkerung auf Grundlage des Zensus 2011. Bevölkerung nach Geschlecht und Staatsangehörigkeit. Bevölkerungsstand 31.12.2015. Verfügbar unter: https://www.destatis.de/DE/ZahlenFakten/GesellschaftStaat/Bevoelkerung/Bevoelkerungsstand/Tabellen/Zensus_Geschlecht_Staatsangehoerigkeit.html [19.09.2017].
- Suschnigg, Carole: Reforming Ontario's Primary health care system: one step forward, two steps back? In: International Journal of Health Services: planning, administration, evaluation Nr. 1, Jg. 31 (2001), S. 91–103.
- United Nations (UN), Department of Economic and Social Affairs: World Population Ageing 2015. New York: United Nations, 2015.
- van den Bussche, Hendrik: Primäre Gesundheitsversorgung/ Primary Health Care. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hrsg.): Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. Neuausgabe 2011. Gamburg: Verlag für Gesundheitsförderung, 2011, S. 453–456.
- Vuorenkoski, Lauri: Finland. Health system review. Health Systems in Transition. Vol. 10 No. 4, 2008. Kopenhagen: WHO, 2008.
- Weltgesundheitsorganisation (WHO) (1978): Erklärung von Alma-Ata. Verfügbar unter: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0017/132218/e93944G.pdf?ua=1 [29.09.2017].

- Weltgesundheitsorganisation (WHO) (2008): The World Health Report 2008. Primary Health Care: Now more than ever. Verfügbar unter: http://www.who.int/whr/2008/whr08_en.pdf [29.09.2017].
- Weltgesundheitsorganisation (WHO) (2015): People-centred and integrated health services: an overview of the evidence. Interim report. Verfügbar unter: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/155004/1/WHO_HIS_SDS_2015.7_eng.pdf [22.10.2017].
- Wirtschafts- und Sozialwissenschaftliches Institut des deutschen Gewerkschaftsbundes GmbH (WSI) (Hrsg.): Integrierte medizinische Versorgung. Notwendigkeit – Möglichkeiten – Grenzen. WSI-Studie zur Wirtschafts- und Sozialforschung Nr. 32. WSI-Forum am 25. und 26. April 1975. Köln: Bund-Verlag, 1975.
- World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners / Family Physicians (WONCA) (2002): Die Europäische Definition der Allgemeinmedizin / Hausarztmedizin. WONCA Europe 2002. Verfügbar unter: http://www.woncaeurope.org/sites/default/files/documents/EUROPAISCHE_DEFINITION%20DER_ALLGEMEINMEDIZIN_HAUSARZTMEDIZIN.pdf [01.10.2017].

8. Anhang

Abbildung 1:
Umfassendes Modell einer regional vernetzten Versorgung im ländlichen Raum (SVR 2014, S. 612)

Abbildung verfügbar in: Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (SVR): Bedarfsgerechte Versorgung – Perspektiven für ländliche Regionen und ausgewählte Leistungsbereiche. Gutachten 2014. Bonn: Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen, 2014.



Mit dem Programm „PORT – Patientenorientierte Zentren zur Primär- und Langzeitversorgung“ der Robert Bosch Stiftung sollen neue Impulse und exemplarisch neue Maßstäbe für die ambulante Versorgung gesetzt werden. Dabei geht es um die Entwicklung und Einführung von lokalen, inhaltlich umfassenden und exzellenten Gesundheitszentren, die die Primär- und Langzeitversorgung in einer Region abdecken können. Sie sollen folgende Eigenschaften haben:

- abgestimmt auf den regionalen Bedarf,
- patientenzentrierte, koordinierte, kontinuierliche Versorgung aus einer Hand,
- kommunal eingebunden,
- Prävention und Gesundheitsförderung,
- Unterstützung des Patienten im Umgang mit der Erkrankung,
- Nutzung neuer Potenziale wie E-Health,
- multiprofessionelles Team aus Gesundheits-, Sozial- und anderen Berufen, die gleichrangig sind,
- perspektivisch akademisch angebunden.

Abbildung 2:
Eigenschaften von Patientenorientierten Zentren zur Primär- und Langzeitversorgung (Klapper 2017, S. 18)

Abbildung verfügbar in: Klapper, Bernadette: Zusammenarbeit für den Patienten – noch keine Selbstverständlichkeit. In: G+G Wissenschaft (GGW) Nr. 3, Jg. 17 (2017), S. 16–22.

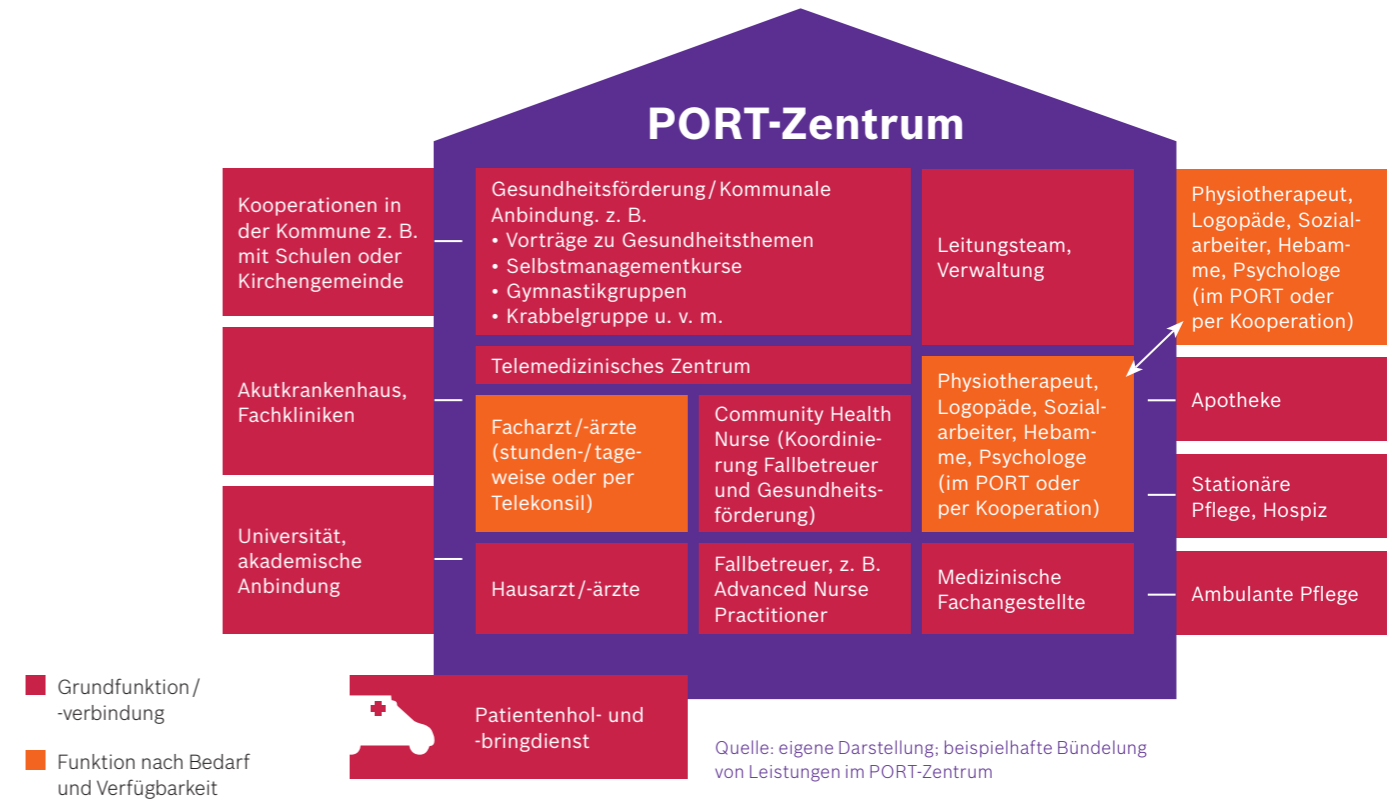


Abbildung 3:
Beispielhafte Bündelung der Leistungen in einem Patientenorientierten Zentrum zur Primär- und Langzeitversorgung (Klapper 2017, S. 21)

Abbildung verfügbar in: Klapper, Bernadette: Zusammenarbeit für den Patienten – noch keine Selbstverständlichkeit. In: G+G Wissenschaft (GGW) Nr. 3, Jg. 17 (2017), S. 16–22.

Impressum

Autorin

Kathrin Janine Raslan

Die Autorin Kathrin Janine Raslan ist ehemalige Studierende der Hochschule Esslingen – University of Applied Sciences und ehemalige Praxisstudentin der Robert Bosch Stiftung GmbH. Diese Publikation ist im Rahmen einer Bachelorarbeit zur Erlangung des akademischen Grades Bachelor of Arts Pflege / Pflegemanagement an der Hochschule Esslingen, Fakultät für Soziale Arbeit, Gesundheit und Pflege, entstanden.

Herausgegeben von der

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

Kontakt in der Stiftung

Robert Bosch Stiftung GmbH
Themenbereich Gesundheit
Heidehofstraße 31, 70184 Stuttgart

Stephanie Häfele
Telefon +49 711 46084-630
stephanie.haeefele@bosch-stiftung.de

Copyright 2018

Robert Bosch Stiftung GmbH, Stuttgart
Alle Rechte vorbehalten.

Gestaltung

siegel konzeption | gestaltung, Stuttgart

ISBN 978-3-939574-51-4

www.bosch-stiftung.de

