

Versorgung 2025 im Landkreis Darmstadt- Dieburg

Ergebnis-
bericht und
Konzept

Erstellt für: Landkreis Darmstadt-Dieburg,
vertreten durch den Landrat Klaus Peter
Schellhaas
Auftragsnummer 110-01-2015

Autoren: Ulf Werner und Dr. med. Jürgen
Oldenburg

29.08.2017

Autoren des Berichtes

Ulf Werner, Senior Manager Integrated Care bei der OptiMedis AG, Hamburg, und Dr. med. Jürgen Oldenburg, Geschäftsführer der DeltaMedNord GmbH & Co. KG (im Auftrag der OptiMedis AG).

Auftraggeber

Dieser Bericht entstand im Auftrag des Landkreises Darmstadt-Dieburg im Rahmen der Vergabe einer freiberuflichen Leistung als Projektleitung zum Aufbau eines Gesundheitsnetzwerkes, Auftragsnummer 110-01-2015.

Danksagung

Die Autoren danken allen Teilnehmern der vier Projektgruppen für ihre Ideen, Anregungen und kritische Begleitung des Prozesses, der Leitung der Kreiskliniken Darmstadt-Dieburg, insbesondere Pelin Meyer und Dr. Martin Schunck, dem Chefarzt des Zentrums für Seelische Gesundheit, Prof. Dr. Thomas Wobrock, und dem MVZ-Manager des Zentrums für medizinische Versorgung, Alexander Noll.

Hinweis

Die Inhalte des vorliegenden Maßnahmenkatalogs beziehen sich in gleichem Maße sowohl auf Frauen als auch auf Männer. Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird jedoch im folgenden Text nur die männliche Form verwendet. Eine Ausnahme bilden Inhalte, die sich ausdrücklich auf Frauen beziehen.

Projektleitung und Kontakt

OptiMedis AG

Ulf Werner

Senior Manager Integrated Care

Burchardstr. 17, 20095 Hamburg

Telefon: +49 40 22621149-51

E-Mail: u.werner@optimedis.de

© OptiMedis AG 2017

Inhaltsverzeichnis

Inhaltsverzeichnis	3
Abbildungs- und Tabellenverzeichnis	4
Zusammenfassung (Policy brief)	5
1. Auftragsbeschreibung.....	7
2. Versorgungsanalyse	7
2.1. Versorgungsbedarfe in Darmstadt-Dieburg	7
2.1.1. Demografie im Landkreis	7
2.1.2. Pflegeentwicklung im Landkreis	10
2.2. Versorgungsstrukturen in Darmstadt-Dieburg.....	11
2.2.1. Hausärztliche Versorgung.....	11
2.2.2. Fachärztliche Versorgung	12
2.2.3. Stationäre medizinische Versorgung.....	13
3. Versorgungsziele	14
4. Organisation und Ergebnisse der Projektgruppen.....	14
4.1. Projektauftrag und -organisation	14
4.2. Projektergebnisse	15
4.2.1. Sicherstellung der Grundversorgung.....	16
4.2.2. Geriatrische Versorgung.....	22
4.2.3. Seelische Gesundheit.....	25
4.2.4. Sektorübergreifende Kooperation.....	27
5. Versorgungskonzept 2025	29
5.1. Integriertes Gesundheitsnetzwerk des Landkreises 2025.....	29
5.2. Projektorganisation	31
5.3. Ausblick und mittelfristige Finanzierung.....	32
6. Teilnehmer Projektgruppen	34
7. Über die OptiMedis AG.....	35
8. Literaturverzeichnis	36

Abbildungs- und Tabellenverzeichnis

Abbildung 1: Demografietypen der Gemeinden im Landkreis Darmstadt-Dieburg	8
Abbildung 2: Relative Bevölkerungsentwicklung 2012 bis 2030 im Landkreis Darmstadt-Dieburg	9
Abbildung 3: Anteil der 65- bis 79-Jährigen an Gesamtbevölkerung im Jahr 2030.....	10
Abbildung 4: Anteil Pflegebedürftige im Landkreis Darmstadt-Dieburg	11
Abbildung 5: Hausärzte je Einwohner im Landkreis Darmstadt-Dieburg	12
Abbildung 6: Prototyp eines kommunalen Primärversorgungszentrums.....	17
Abbildung 7: Clearingstelle für Zugang und Steuerung der Versorgung	26
Abbildung 8: Versorgungskonzept 2025 im Landkreis Darmstadt-Dieburg	30
Abbildung 9: Projektorganisation integriertes Gesundheitsnetzwerk	31
Tabelle 1: Durchschnittliche Wegstrecke Facharztgruppen Landkreis und Hessen	13
Tabelle 2: Identifizierte Handlungsfelder und Versorgungsansätze.....	15

Zusammenfassung (Policy brief)

Die demografische Entwicklung und die steigende Zahl von chronischen Erkrankungen erhöhen die Versorgungsbedarfe der Bevölkerung im Landkreis Darmstadt-Dieburg. Gleichzeitig werden die Versorgungsangebote, z. B. Anzahl der Hausarztpraxen, absehbar ausdünnen, insbesondere in den östlich von Darmstadt gelegenen Gemeinden des Kreises. Experten und lokale Akteure aus dem Landkreis haben seit Mitte 2016 Lösungen für diese Herausforderungen erarbeitet, und zwar für vier Handlungsfelder: „Sicherung der Grundversorgung“, „Geriatrische Versorgung“, „Seelische Gesundheit“ und „Sektorübergreifende Kooperation“. Die Lösungen für die vier Handlungsfelder wurden miteinander verzahnt und sind in ein Versorgungskonzept eingeflossen. Dieses Konzept soll dazu beitragen, die bereits vorhandenen Versorgungsstrukturen im Landkreis bzw. des Landkreises in Richtung einer fach-, berufs- und sektorübergreifenden Versorgung zum Nutzen der Patienten weiterzuentwickeln.

Sicherung der Grundversorgung: Der demografische Wandel, die Zunahme chronischer Erkrankungen sowie der steigende Pflegebedarf erfordern neue Versorgungsformen in der haus- und fachärztlichen Grundversorgung der Bevölkerung. Ein Primärversorgungszentrum (PVZ) ist eine innovative, neue Versorgungsform, die dazu beitragen kann, verschiedene Fachdisziplinen und Leistungsangebote unter einem Dach zu integrieren. Hierdurch kann die Versorgung chronisch kranker und/oder älterer Patientengruppen (Populationen) neu strukturiert werden. Im Rahmen eines PVZ soll ein multiprofessioneller Versorgungsansatz (Stichwort: Teamlösung) realisiert, die Delegation ärztlicher Leistungen an nicht-ärztliche Praxisassistenten umgesetzt und die Einbindung in kommunale Strukturen forciert werden. Ein PVZ stellt zudem ein attraktives Organisations- und Arbeitsmodell für junge Ärzte dar, um diese als angestellt oder selbstständig tätige Ärzte für die Region zu gewinnen, siehe Kapitel 4.2.1.

Geriatrische Versorgung: Es besteht ein erheblicher Leistungs- und Koordinationsaufwand bei Menschen mit sogenannter „geriatrietypischer Multimorbidität“, da der Anteil dieser Patienten im Landkreis in den nächsten Jahren zunehmen wird. Es ist möglich, diese Patienten besser und effizienter zu versorgen, u. a. durch die Festlegung einheitlicher Instrumente und Aufgabenverteilung der beteiligten Leistungsakteure mithilfe eines abgestimmten Versorgungspfads, siehe Kapitel 4.2.2.

Seelische Gesundheit: Trotz statistischer Überversorgung bestehen Tendenzen zur Fehl- und Unterversorgung bei diversen Patientengruppen mit psychischen Erkrankungen. Damit diese Patienten niedrigschwellig und zügig Zugang zu den richtigen Versorgungsangeboten erhalten, soll eine regionale Clearingstelle etabliert werden. Diese ermöglicht es, Hilfesuchende mithilfe telefonischer und persönlicher Beratung in die richtige Versorgungsform zu steuern. Die Clearingstelle fungiert ebenfalls als Ansprechpartner für die niedergelassenen Hausärzte, die Patienten mit psychischen Problemen gezielt an diese verweisen können, siehe Kapitel 4.2.3.

Sektorübergreifende Kooperation: Die Herausforderungen der Zukunft werden nur gemeinschaftlich ambulant-stationär zu lösen sein. Daher sollten Maßnahmenbündel in der sektorübergreifenden Kooperation umgesetzt werden, die die Daseinsfürsorge des Landkreises oder dessen Attraktivität für Fachkräfte betreffen, z. B. Maßnahmen zur Gewinnung von Ärzten oder zur Entlastung der Praxen. Dafür ist ein Paket von Einzelmaßnahmen vorgesehen, welches durch den Landkreis Darmstadt-Dieburg als Betreiber wichtiger Versorgungseinrichtungen koordiniert werden sollte, siehe Kapitel 4.2.4.

Die Ergebnisse und Umsetzungsschritte der vier Handlungsfelder münden in ein Versorgungskonzept 2025, welches der Landkreis Darmstadt-Dieburg maßgeblich umsetzen sollte. Mit diesem Konzept sollen fach-, berufs- und sektorübergreifende Strukturen etabliert werden, ein stärker multiprofessioneller Versorgungsansatz realisiert und insbesondere die Versorgung chronisch kranker und geriatrischer Patientengruppen (Populationen) verbessert werden. Dabei spielen auch ein Mehr an Prävention und Gesundheitsförderung eine Rolle. Den Nukleus für dieses integrierte Versorgungsmodell bilden die ambulanten haus- und fachärztlichen sowie die stationären medizinischen Einrichtungen des Landkreises Darmstadt-Dieburg. Dessen medizinischen Eigenbetriebe bieten ideale Strukturvoraussetzungen für den Aufbau eines integrierten Versorgungsnetzwerkes. Der Landkreis verfügt somit über eine subsidiäre Handlungs- und Gestaltungsoption, sofern die Gesundheitsversorgung der Bevölkerung durch die KV bzw. GKV nicht ausreichend sichergestellt werden kann. Dem Landkreis entstehen dadurch auch Perspektiven, innovative Versorgungsformen mit allen an der Gesundheitsvor- und -versorgung beteiligten Berufsgruppen zu etablieren, siehe Kapitel 5.

1. Auftragsbeschreibung

Der Landkreis Darmstadt-Dieburg hat der OptiMedis AG, Hamburg, Anfang 2016 den Zuschlag für eine freiberufliche Leistung als Projektleiter zum Aufbau eines Gesundheitsnetzwerkes ab Mai 2016 erteilt. Die Dauer des Auftrags betrug zwölf Monate. Dieser Bericht beleuchtet die Ergebnisse des Projektes und der Projektgruppen, siehe Kapitel 4., und leitet daraus ein Versorgungskonzept für den Landkreis Darmstadt-Dieburg ab, siehe Kapitel 5. Bei dem Aufbau eines Gesundheitsnetzwerkes handelt es sich um ein Projekt des Landkreises, welches dieser gemeinsam mit seinem Eigenbetrieb, den Kreiskliniken Darmstadt-Dieburg, umsetzt. Das Projekt beruht inhaltlich unter anderem auf den Vorarbeiten des Landrates Klaus Peter Schellhaas.¹

2. Versorgungsanalyse

Der Auftrag der OptiMedis AG umfasste vor allem die Leitung und Moderation von Projektgruppen zur Erstellung umsetzungsreifer Konzepte auf der Basis der Vorarbeiten, die bereits Analysen der Versorgungsstrukturen und -bedarfe im Landkreis Darmstadt-Dieburg beinhalteten.² Um Sicherheit für Planung und zukünftige Entscheidungen zu erhöhen, wird dem Bericht eine Analyse der Demografie und Pflegegradentwicklung und der ambulanten Versorgungsstrukturen im Landkreis Darmstadt-Dieburg vorangestellt.

2.1. Versorgungsbedarfe in Darmstadt-Dieburg

2.1.1. Demografie im Landkreis

Zur Typisierung des Landkreises und seiner Gemeinden wird die Gemeindetypisierung der Bertelsmann-Stiftung („Demographietyp“) herangezogen, die auf Basis der Daten des Wegweisers Kommune mittels multivariater statistischer Verfahren erfolgt. In die Analyse fließen soziodemografische Indikatoren, u. a. Bevölkerungsentwicklung, Anteil 65- bis 79-Jährige, SGB II-Quote und Kaufkraft privater Haushalte, sowie Indikatoren zum Wirtschaftsstandort, u. a. Anteil der Hochqualifizierten am Arbeits- und Wohnort, ein. Aus dieser Analyse wurden insgesamt neun Gemeindetypen (Cluster) für die bundesweit knapp 3.000 Gemeinden gebildet.^{3 4} Die 23 Gemeinden des Landkreises Darmstadt-Dieburg gehören den drei „Demographietypen“ 1 (Stabile ländliche Städte und Gemeinden) oder 3 (Prosperierende Kommunen im Umfeld dynamischer Wirtschaftszentren) oder 6 (Stabile Mittelstädte) an, siehe Abbildung 1. Der Landkreis kann damit als *sozio-ökonomisch stabil bzw. prosperierend* bewertet werden.

¹ Schellhaas KP. Zukunft Gesundheit. Gemeinsam medizinische Versorgung und Pflege sichern im Landkreis Darmstadt-Dieburg, 2015. Siehe auch Schöppner O. Konzept zum Aufbau eines Regionalen Gesundheitsnetzwerkes durch den Landkreis Darmstadt-Dieburg, o. J.

² Ebd. und Hessisches Ministerium für Soziales und Integration und Kassenärztliche Vereinigung Hessen. Regionaler Gesundheitsreport 2014. Gesundheitliche und pflegerische Versorgung. Daten. Fakten. Ausblicke. Landkreis Darmstadt-Dieburg. Wiesbaden, 2014.

³ Schultz A, Brandt P. Demographietypisierung für Kommunen. Methodisches Vorgehen und empirische Befunde – Berichtsjahr 2013. http://www.wegweiser-kommune.de/documents/10184/10615/Methodik_Clusterung.pdf/05a1b137-7dbf-4bf4-828d-9a097a4f3805 (04.05.2017)

⁴ Zur Kategorisierung der neun Demographietypen mehr unter: <http://www.wegweiser-kommune.de/demographietypen> (04.05.2017)

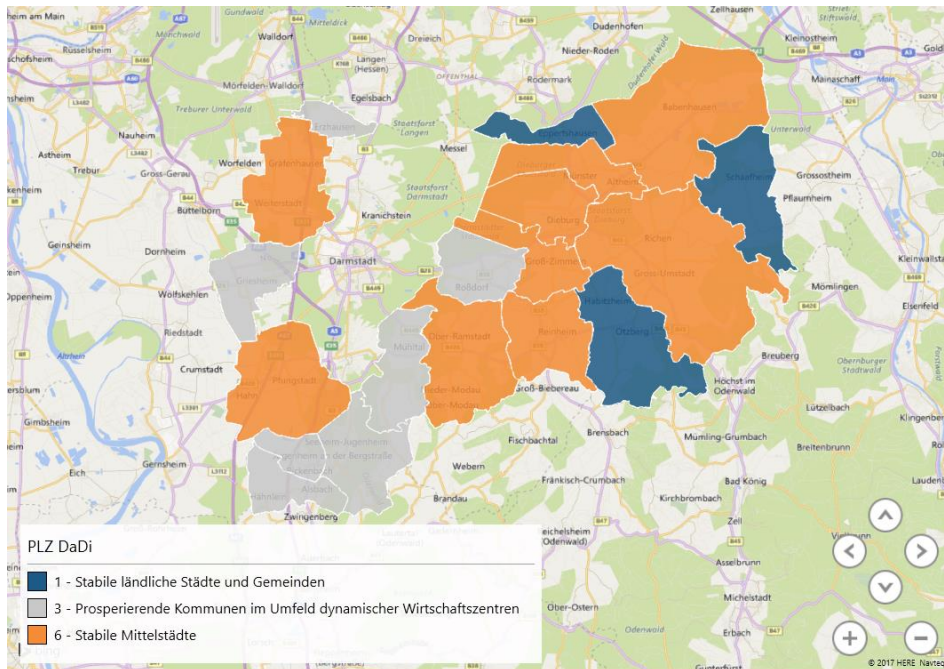


Abbildung 1: Demografietypen der Gemeinden im Landkreis Darmstadt-Dieburg

Bevölkerungs- und Altersentwicklung

Es leben 292.836 Menschen im Landkreis Darmstadt-Dieburg. Die Bevölkerung ist seit 2011 um 3,3 % (Hessen: 3,0 %) gewachsen. Für das Jahr 2030 wird ein weiterer überdurchschnittlicher Anstieg der Bevölkerungszahl um 3,4 % (Hessen: 1,8 %) prognostiziert: Neben wachsenden Gemeinden wie Griesheim (Wachstumsprognose: 10,3 %), Weiterstadt (8,2 %) und Bickenbach (7,8 %) wird es auch schrumpfende Gemeinden geben, u. a. Mühlthal (-3,5 %), Roßdorf (-1,7 %) und Reinheim (-1,5 %), siehe Abbildung 2.⁵ Diese schrumpfenden Gemeinden sind meistens auch die, in der der Anteil der älteren Bevölkerung überdurchschnittlich hoch ist.

⁵ Eigene Recherche unter www.wegweiser-kommune.de. Die Zahlen gelten für das Jahr 2012.

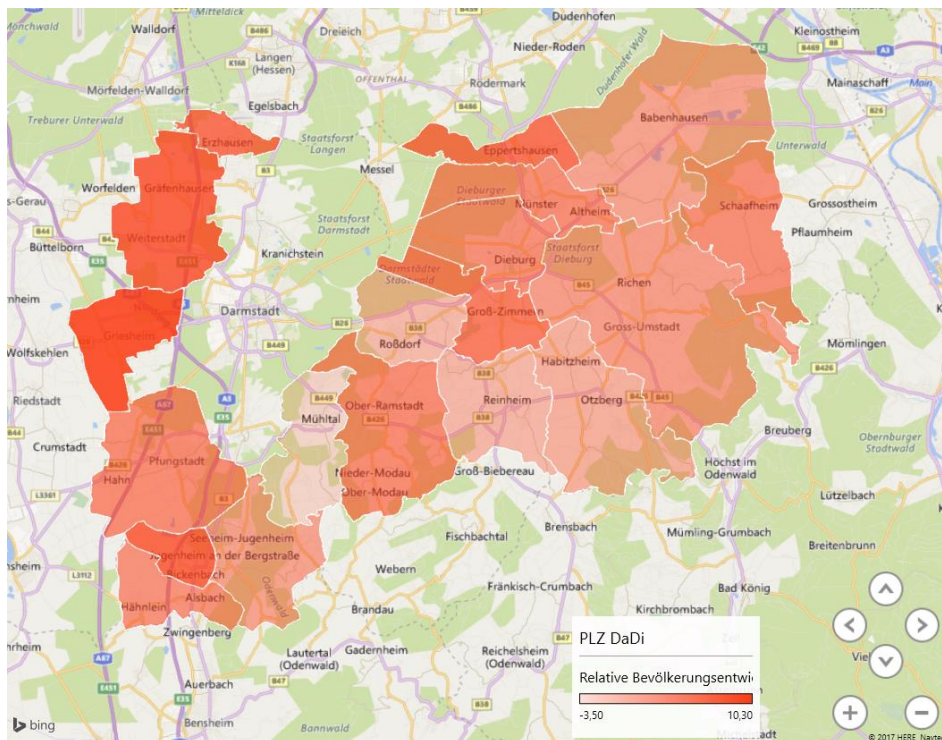


Abbildung 2: Relative Bevölkerungsentwicklung 2012 bis 2030 im Landkreis Darmstadt-Dieburg

Der Altenquotient⁶ des Landkreises beträgt 33,4 % und entspricht damit fast genau dem Landesdurchschnitt von 33,3 %. Innerhalb des Landkreises spreizt sich der Altenquotient von 27,4 % in Groß-Zimmern bis 46,8 % in Seeheim-Jugenheim. Neben Seeheim-Jugenheim weisen Reinheim (40,6 %), Mühlthal (37,7 %), und Roßdorf (37,4 %) die höchsten Altenquotienten auf. Den niedrigsten Anteil weisen neben Groß-Zimmern Weiterstadt (28 %), Griesheim (28,5 %) und Schaafheim (30,4 %) auf.⁷ Der Altenquotient steigt bis zum Jahr auf 2030 auf 49,1 %. Der Altenquotient ist eine Abschätzung zur potenziellen Abhängigkeit der älteren Bevölkerungsgruppe von der Bevölkerung im erwerbsfähigen Alter. Es wird erwartet, dass der Altenquotient weiter steigt, insbesondere wenn in den kommenden Jahren die Babyboomer (1950er und 1960er Jahrgänge) in Rente gehen.

Der Anteil der 65- bis 79-Jährigen ist im Landkreis mit 15,2 % im Vergleich zu Hessen (14,8 %) leicht überdurchschnittlich hoch. Auch hier variieren die Werte innerhalb der Gemeinden und Städte des Kreises. Während in Münster „nur“ knapp jeder Achte in diese Altersgruppe fällt (12,9 %), ist es in Reinheim nahezu jeder Fünfte (18,0 %). Der Anteil dieser Altersgruppe wird im Landkreis bis 2030 auf 18,9 % (Hessen: 18,3 %) ansteigen. Die meisten 65- bis 79-Jährigen werden 2030 in Reinheim (20,5 %) leben, die wenigsten in Münster (15,1 %), siehe Abbildung 3.

⁶ Im Altenquotienten wird die ältere (nicht mehr erwerbsfähige) Bevölkerung (65 Jahre und älter) auf die Bevölkerung im erwerbsfähigen Alter (20-64 Jahre) bezogen.

⁷ Eigene Recherche unter www.wegweiser-kommune.de. Die Zahlen gelten für das Jahr 2015.

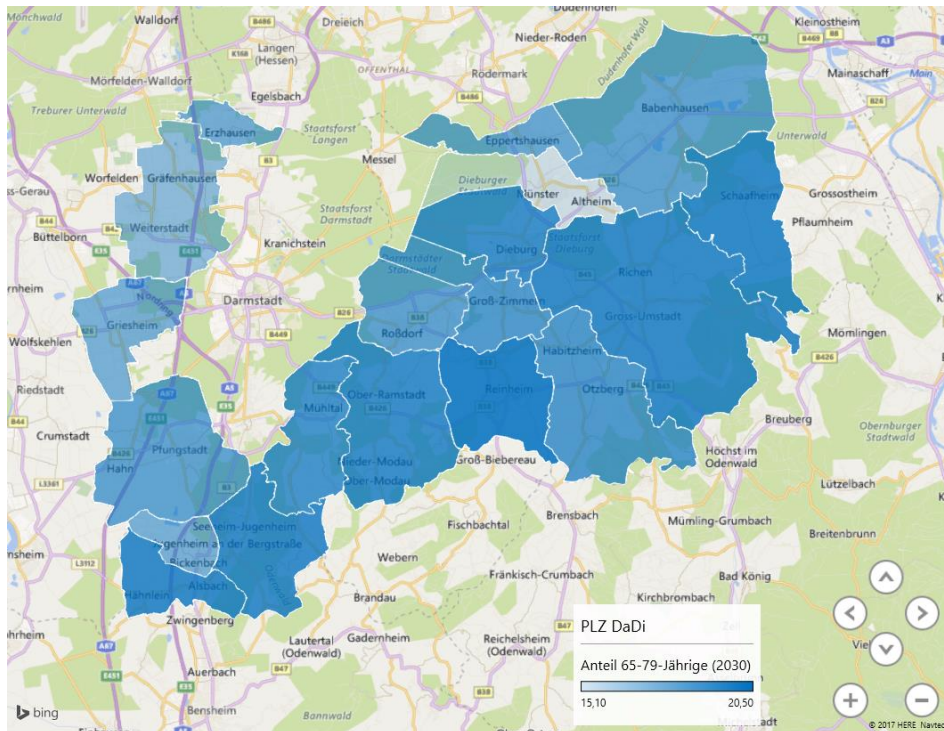


Abbildung 3: Anteil der 65- bis 79-Jährigen an Gesamtbevölkerung im Jahr 2030

Der Anteil der Hochaltrigen (80 Jahre und älter) beträgt 5 % im Kreis (Hessen: 5,5 %) und wird bis 2030 auf 7,8 % ansteigen (Hessen: 7,7 %). Das heißt, dass heute *jeder fünfte* und im Jahr 2030 *jeder vierte Einwohner des Landkreises 65 Jahre und älter* ist bzw. sein wird. Für einzelne Gemeinden, z. B. Groß-Zimmern, Schaafheim, Reinheim und Ober-Ramstadt, bedeutet das einen relativen Anstieg der älteren Bevölkerungsgruppe (65 Jahre und älter) um 50 %.⁸

2.1.2. Pflegeentwicklung im Landkreis

Der Anteil der Pflegebedürftigen im Landkreis beträgt 2,6 % der Gesamtbevölkerung bzw. 7.553 Personen. Die oben skizzierte Zunahme älterer und hochaltriger Bevölkerungsgruppen führt zu einem relativen Anstieg der Pflegebedürftigen bis 2030 um 49,0 %. Das entspricht einem absoluten Anstieg auf 3,8 % der Gesamtbevölkerung bzw. 11.254 Personen. Diese Zahlen beziehen noch nicht die Reform des Pflegebedürftigkeitsbegriffes (Pflegestärkungsgesetz II) mit ein. Seit Januar 2017 ersetzen fünf neue Pflegegrade die bisherigen drei Pflegestufen. Der neue Pflegebedürftigkeitsbegriff wird seitdem auch stärker auf Personen mit eingeschränkter Alltagskompetenz aufgrund kognitiver, kommunikativer oder psychischer Probleme angewendet. Daher wird bundesweit ein Anstieg der Leistungsempfänger der Pflegekasse von 2,7 Mio. (alt = drei Pflegestufen) auf 3,2 Mio. (neu = fünf Pflegegrade) erwartet. Dies entspricht einem relativen Anstieg von 18,5 %. Überträgt man diesen Anstieg auf die prognostizierten Zahlen für den Landkreis Darmstadt-Dieburg werden im Jahr 2030 4,5 % der Gesamtbevölkerung bzw. 13.336 Personen pflegebedürftig sein, siehe Abbildung 4.

⁸ Ebd.

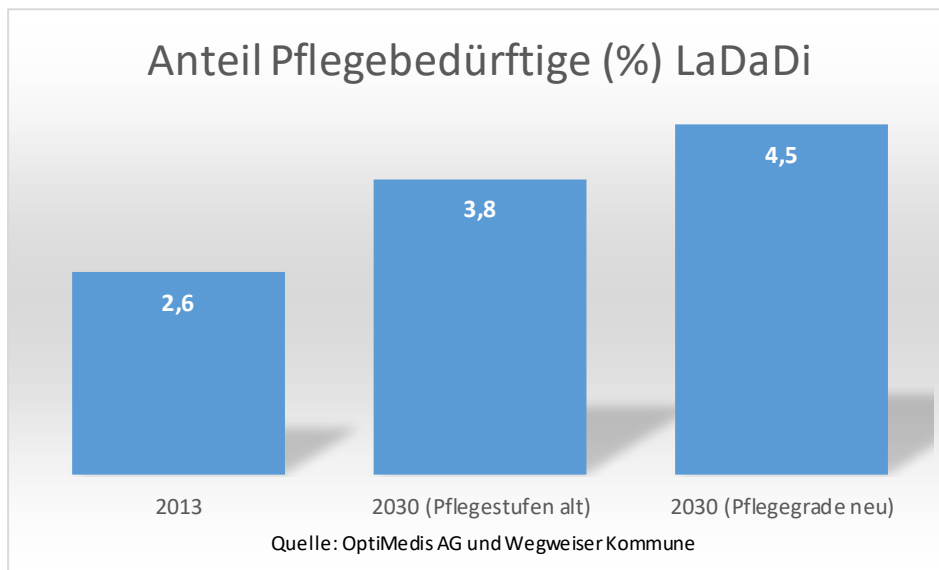


Abbildung 4: Anteil Pflegebedürftige im Landkreis Darmstadt-Dieburg

Das heißt, knapp *jeder zwanzigste Einwohner des Landkreises wird im Jahr 2030 auf Pflege durch Angehörige, ambulante oder stationäre Pflegedienste angewiesen sein*. Es wird ebenfalls erwartet, dass bis 2030 der Anteil der Angehörigenpflege von 55,0 % auf 52,5 % sinken wird. Damit wird der Anteil der hauptamtlichen ambulanten und stationären Pflege entsprechend auf 47,5 % steigen.⁹

2.2. Versorgungsstrukturen in Darmstadt-Dieburg

2.2.1. Hausärztliche Versorgung

In der hausärztlichen Versorgung gibt es laut der Kassenärztlichen Vereinigung (KV) Hessen in Teilen des Landkreises eine Unterversorgung. In den beiden zum Landkreis gehörenden Planungsbereichen der hausärztlichen Versorgung sind derzeit noch Neuniederlassungen möglich. Das Durchschnittsalter der Hausärzte liegt mit 56 Jahren über dem hessischen Durchschnitt. Die KV Hessen rechnet damit, dass *bis zum Jahr 2030 über 100 Hausarztstühle, also zwei von drei Praxissitzen, nachzubeseetzen sind*.¹⁰

Die hausärztliche Versorgung kann zwar noch flächendeckend sichergestellt werden, konzentriert sich aber in den Mittelzentren Griesheim, Pfungstadt, Weiterstadt, Dieburg und Groß-Umstadt. Die im Planungsbereich „Groß-Umstadt/Dieburg“ liegenden Gemeinden wie Babenhausen, Dieburg, Eppertshausen, Otzberg, Groß-Umstadt und Münster gelten bereits als Förderregionen, in denen Praxis-Neuniederlassungen von der KV Hessen finanziell gefördert werden.¹¹ In den Gemeinden Babenhausen, Dieburg, Eppertshausen, Fischbachtal, Modautal, Mühlthal und Ober-Ramstadt hat die KV Hessen einen fiktiven Versorgungsgrad von unter 70 % errechnet. Laut KV Hessen variiert das statistische Verhältnis Hausarzt zu Einwohner in den Gemeinden des

⁹ Eigene Recherche unter www.wegweiser-kommune.de.

¹⁰ Kassenärztliche Vereinigung Hessen. Fokus: Gesundheit. Analyse der ambulanten medizinischen Versorgung. Landkreis Darmstadt-Dieburg, Frankfurt/M., 2016.

¹¹ Siehe Fördergebiete gemäß § 4 Förderregionen der KV Hessen (Stand: 18.05.2016).

Landkreises beträchtlich: Das Verhältnis beträgt 1 zu 4.091¹² in Eppertshausen und 1 zu 1.105 in Schaafheim.¹³ Somit ist im Landkreis eine deutliche Variation festzustellen. So müssen Hausärzte in Eppertshausen statistisch fast vier Mal so viele Patienten versorgen wie in Schaafheim. Insgesamt liegen 18 Gemeinden oberhalb des ermittelten Landkreis-Durchschnitts (1 zu 1.671) und fünf Gemeinden unterhalb¹⁴, siehe Abbildung 5.¹⁵

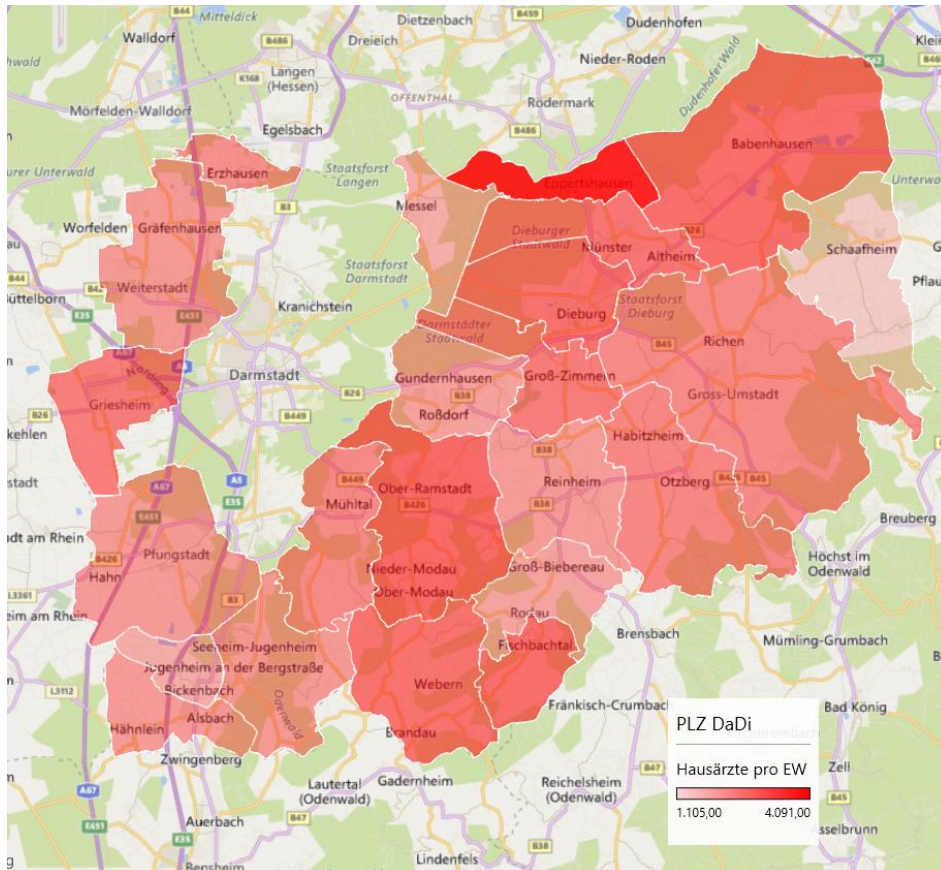


Abbildung 5: Hausärzte je Einwohner im Landkreis Darmstadt-Dieburg

2.2.2. Fachärztliche Versorgung

Die Versorgungssituation bei den grundversorgenden Facharztgruppen, u. a. Augenärzte, Kinderärzte, Frauenärzte, Orthopäden und Psychiater, stellt sich laut KV Hessen anders als die hausärztliche Versorgung dar. Hier würden alle Fachgruppen im Landkreis als planerisch üerversorgt gelten. Und das Durchschnittsalter der Fachärzte liegt mit 52 Jahren unterhalb des hessischen Wertes. Dennoch rechnet die KV Hessen bis 2030 mit

¹² Ein Hausarzt hat rechnerisch 4.091 Einwohner zu versorgen.

¹³ Kassenärztliche Vereinigung Hessen. Fokus: Gesundheit. Analyse der ambulanten medizinischen Versorgung. Landkreis Darmstadt-Dieburg, Frankfurt/M., 2016.

¹⁴ Dieser Absatz wurde gegenüber der Version vom 23.06.2017 korrigiert. Datengrundlage für die neue Version bilden die Zahlen der Kassenärztlichen Vereinigung, siehe Fußnote 13.

¹⁵ Diese Abbildung wurde gegenüber der Version vom 23.06.-2017 korrigiert.

einem erheblichen Nachbesetzungsbedarf bei verschiedenen Fachgruppen.¹⁶ Der Landkreis gilt bereits heute bei vielen Fachgruppen als eine u. a. durch die Stadt Darmstadt mitzuversorgende Region.¹⁷

Für die fachärztliche Versorgung gilt ebenso wie bei den Hausärzten, dass sich diese in den Mittelzentren wie Griesheim, Weiterstadt, Pfungstadt, Dieburg und Groß-Umstadt konzentriert – weiterhin haben sich aufgrund des Klinikstandortes auch viele Fachärzte in Seeheim-Jugenheim niedergelassen. In kleineren Gemeinden, wie z. B. Fischbachtal, Messel oder Eppertshausen, finden sich neben Haus- und Zahnärzten in der Regel keine Facharztpraxen.¹⁸ Dies ist u. a. damit zu begründen, dass die Bedarfsplanungsregion für grundversorgende Fachärzte den gesamten Landkreis umfasst. Fachärzte wählen daher die infrastrukturell besser ausgestatteten bzw. angebundenen Mittelzentren im Landkreis. Dies illustriert auch die Berechnung der durchschnittlichen Wegstrecke, die ein Patient zu einer Facharztpraxis im Landkreis Darmstadt-Dieburg zurücklegen muss, siehe Tabelle 1.

Facharztgruppe ¹⁹	Durchschnittliche Wegstrecke Landkreis Darmstadt-Dieburg	Durchschnittliche Wegstrecke Hessen
Hautärzte	10,38 km	11,62 km
Orthopäden	12,25 km	12,61 km
Chirurgen	13,37 km	13,41 km
Psychotherapeuten	14,01 km	13,37 km
Nervenärzte	16,97 km	13,02 km

Tabelle 1: Durchschnittliche Wegstrecke Facharztgruppen Landkreis und Hessen

Deutlich wird, dass Patienten aus dem Landkreis insbesondere bei psychotherapeutischer und psychiatrischer Versorgung überdurchschnittlich lange Wegstrecken zurücklegen müssen. Experten aus der ambulanten und stationären Versorgung sehen für diese Patientengruppen insbesondere im östlichen Teil des Landkreises einen real höheren Versorgungsbedarf, der mit den bestehenden Versorgungsstrukturen nicht ausreichend abgedeckt werden kann, siehe Kapitel 4.3.

2.2.3. Stationäre medizinische Versorgung

Seit der Schließung des Dieburger St. Rochus-Krankenhauses im Jahr 2016 wird die stationäre Grund- und Regelversorgung ausschließlich durch die beiden Kreiskliniken in Groß-Umstadt und Seeheim-Jugenheim sichergestellt. Die Kliniken sind Eigenbetriebe des Landkreises Darmstadt-Dieburg.

Die Kreisklinik in Groß-Umstadt hat die Abteilungen Innere Medizin inklusive Geriatrie, Anästhesie und Intensivmedizin, Chirurgie, Orthopädie, Radiologie, HNO sowie Geburtshilfe und Frauenheilkunde. In den 368 Betten wurden im Jahr 2015 knapp 14.000 stationäre Fälle versorgt. An dem Standort befindet sich auch das Zentrum für seelische Gesundheit, in dem Menschen mit psychischen Erkrankungen stationär, teilstationär und

¹⁶ Kassenärztliche Vereinigung Hessen. Fokus: Gesundheit. Analyse der ambulanten medizinischen Versorgung. Landkreis Darmstadt-Dieburg, Frankfurt/M., 2016.

¹⁷ Siehe unten anderem KV Hessen. Fachärztereport 2015. Fachärztliche Versorgung in Hessen. Psychotherapeuten, Frankfurt/M., 2015.

¹⁸ Eigene Berechnung auf Basis des Deutschen Ärzteverzeichnis unter www.aerzte-im-netz.de.

¹⁹ Siehe Fachärztereports 2015 der KV Hessen zu den aufgeführten Fachgruppen.

ambulant versorgt werden. Der zweite Klinikstandort ist in Seeheim-Jugenheim (98 Betten) mit den Schwerpunkten Orthopädie und Traumatologie sowie Intensivmedizin.²⁰

3. Versorgungsziele

Die übergeordneten Ziele eines Gesundheitsnetzwerkes in Darmstadt-Dieburg sind es, die ärztliche, insbesondere hausärztliche Versorgung in den Gemeinden– die vor allem im östlichen Teil des Landkreises liegen – sicherzustellen und dem bestehenden bzw. sich abzeichnenden Ärztemangel entgegenzuwirken. Der Landkreis Darmstadt-Dieburg will ein attraktiver Standort für junge Haus- und Fachärzte sein, die sich dort entweder selbstständig oder angestellt niederlassen. Auf den teilweise bereits bestehenden und sich abzeichnenden Fachkräftemangel bei Medizinern gibt dieses Konzept Antworten.

Neben einer guten Angebotsstruktur soll auch die Versorgung einer älter werdenden Bevölkerung sichergestellt werden. Mit dem Älterwerden assoziiert ist die Zunahme chronischer Erkrankungen der Bevölkerung. Menschen ab dem 65. Lebensjahr haben größtenteils zwei und mehr chronische Erkrankungen. Dieser Umstand sowie die Zunahme lebensstilbedingter bzw. Zivilisationserkrankungen, auch in jüngeren Altersgruppen, wie z. B. psychische Erkrankungen²¹ oder Diabetes²², erfordern neue Versorgungsformen mit zukunftsweisenden Strukturen, geregelten Abläufen zwischen den Beteiligten und verstärkter Einbindung unterstützender Berufsgruppen. Ziele sind somit, innovative ambulante Versorgungsformen für chronisch erkrankte Menschen oder ältere Menschen aufzubauen, und die Zahl vermeidbarer und unnötiger Klinikeinweisungen, z. B. Notfalleinweisungen bei älteren, multimorbiden Patienten, zu senken.

Die zukünftige Versorgung sollte also eine Balance zwischen den steigenden Versorgungsbedarfen und den schwindenden Versorgungsstrukturen finden.

4. Organisation und Ergebnisse der Projektgruppen

4.1. Projektauftrag und -organisation

Für den einjährigen Projektprozess wurde eine Steuerungsgruppe, bestehend aus dem Landrat K. P. Schellhaas, der Geschäftsführung der Kreiskliniken und deren MVZ-Manager sowie den externen Projektmanagern der OptiMedis AG, gegründet. Diese Gruppe definierte in zwei Sitzungen im Frühsommer sowohl die Projektstruktur- und -organisation und den Prozessablauf als auch die Zielsetzungen und Handlungsfelder, siehe Tabelle 2. Diese gingen zum Teil auf die Vorarbeiten im Landkreis sowie auf Versorgungsanalysen zurück (siehe Kapitel 2).

²⁰ Siehe www.deutsches-krankenhaus-verzeichnis.de.

²¹ Siehe u.a. die Jahresreports bundesweiter Krankenkassen zur Prävalenz psychischer Erkrankungen, z. B. Techniker Krankenkasse: Entspann dich, Deutschland. TK-Stressstudie 2016 und DAK Gesundheitsreport 2015.

²² Goffrier B, Schulz M, Bätzing-Feigenbaum J. Administrative Prävalenzen und Inzidenzen des Diabetes mellitus von 2009 bis 2015. Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in Deutschland (Zi). Versorgungsatlas-Bericht Nr. 17/03. Berlin 2017.

Handlungsfeld	Versorgungsansätze
Sicherstellung der Grundversorgung	Etablierung eines Primärversorgungszentrums
Geriatrische Versorgung	Sektorübergreifender geriatrischer Versorgungspfad
Seelische Gesundheit	Koordinierung und Vernetzung der kommunalen, ambulanten und stationären Angebote
Sektorübergreifende Kooperation	Sektorübergreifende Kooperation von Vertrags- und Klinikärzten

Tabelle 2: Identifizierte Handlungsfelder und Versorgungsansätze

Im Rahmen der Projektmaßnahmen wurden vier Projektgruppen gegründet und von der OptiMedis AG organisiert, moderiert und konzeptionell unterstützt. Zur Mitarbeit in den vier Projektgruppen wurden – in Rücksprache mit Mitgliedern der Steuerungsgruppe – die für die Lösung der Versorgungsprobleme relevanten Akteure, insbesondere aus den östlich von Darmstadt gelegenen Gemeinden des Landkreises, eingeladen. In den östlichen Teilen des Landkreises gibt es aufgrund der demografischen Entwicklung einen höheren Versorgungsbedarf bei gleichzeitig geringeren Versorgungsstrukturen, siehe Kapitel 2.

Die ersten Sitzungen der vier Projektgruppen fanden am 7. September 2016 statt. Die OptiMedis AG hatte hierzu – in Rücksprache mit Mitgliedern der Steuerungsgruppe – kurze Thesenpapiere erstellt, die die Diskussion anregen sollten. Die vier Projektgruppen trafen sich danach regelmäßig und mit unterschiedlicher Intensität bis zu vier Mal, um Konzepte und Ideen zur Umsetzung der Projektmaßnahmen zu etablieren. Die Teilnehmerzahl der Arbeitsgruppen variierte je nach Themenstellung zwischen drei bis zehn Personen, siehe auch Kapitel 6. Zwischen den persönlichen Treffen wurden von der OptiMedis AG Telefon- und Web-Konferenzen für die Projektgruppen organisiert, um den inhaltlichen und formalen Fortgang der Arbeitsgruppen sicherzustellen. Am 20. April 2017 wurden die Ergebnisse der Arbeitsgruppen der Steuerungsgruppe vorgestellt und miteinander verzahnt. Die Ergebnisse der Arbeitsgruppen sowie das daraus abgeleitete Versorgungskonzept für den Landkreis Darmstadt-Dieburg werden in den folgenden Kapiteln dargestellt.

4.2. Projektergebnisse

Im Folgenden werden die Ergebnisse der vier Projektgruppen dargestellt. Die Arbeitsergebnisse der Projektgruppen werden so weit möglich miteinander integriert, z. B. der geriatrische Versorgungspfad im Rahmen des Primärversorgungszentrums. Wo dies geschieht, wird es im Text deutlich gemacht. Die Projektergebnisse rekurren ebenfalls auf die Ergebnisse der Versorgungsanalyse inklusive der prognostizierten Entwicklungen.

4.2.1. Sicherstellung der Grundversorgung

Ein kommunales PVZ ist – in Anlehnung an die internationale²³ und nationale²⁴ Diskussion, u. a. des Sachverständigenrates zur Begutachtung im Gesundheitswesen – eine innovative, neue Versorgungsform, die Lösungen bietet sowohl für die steigenden Versorgungsbedarfe einer älter werdenden Bevölkerung mit chronischem Krankheitsspektrum (Nachfragerseite), als auch für den Wunsch innerhalb der Ärzteschaft nach neuen Organisations-, Kooperations- und Arbeitsmodellen (Anbieterseite).

Aufgrund des bereits realen und prognostizierten Nachbesetzungsbedarfs im Landkreis, siehe Kapitel 2.2., ist nicht davon auszugehen, dass die frei werdenden Praxen in ihrer Form 1:1 nachbesetzt werden können. Damit der Landkreis als Standort für niederlassungsbereite Ärzte – die zunehmend weiblich sein werden, da gut 2/3 der Medizinstudierenden Frauen sind – attraktiv bleibt, sind neue Organisationsmodelle in der ambulanten Versorgung nötig. Hierzu zählen Praxistypen wie Praxisgemeinschaften, Berufsausübungsgemeinschaften und Medizinische Versorgungszentren. Bundesweit gehören gut 40 % aller Niederlassungen zu diesen Organisationstypen.²⁵ Diese Organisationsmodelle erlauben es auch, neue Arbeitsmodelle zu etablieren. Arbeitsmodelle, wie z. B. Angestelltentätigkeit, Job sharing oder Teilzeitarbeit, werden dem Wunsch angehender und junger Ärzte nach Vereinbarkeit von Beruf und Familie und geregelten Arbeitszeiten²⁶ gerecht. Gut 75% der Medizinstudierenden wollen später angestellt arbeiten, z. B. in einer Klinik (50%) oder einem MVZ (25%).²⁷

Ein Primärversorgungszentrum bietet damit vielfältige Lösungsansätze für die bestehenden und zukünftigen Herausforderungen im Landkreis, u. a.

- Sicherstellung der Grundversorgung in eher strukturschwächeren, ländlichen Gemeinden,
- Versorgung vulnerabler Personengruppen, z. B. älterer Patienten mit geriatrischem Versorgungsbedarf oder chronisch kranker Patientengruppen wie Diabetikern,
- Stärkung der Prävention und Gesundheitskompetenz von Patientengruppen, z. B. durch Ernährungsberatung,
- Kooperation und eine multiprofessionelle Ausrichtung in der Versorgung,
- Einbindung in die kommunalen Strukturen und
- Gewinnung und Aus- und Weiterbildung von ärztlichen und nicht-ärztlichen Fachkräften.

Das PVZ soll die Weiterbildung als Facharzt für Allgemeinmedizin anbieten sowie (jungen) Vertragsärzten die Möglichkeit bieten, sich anstellen zu lassen. Es dient dabei als eine Art „Ausbildungs- und Durchlaufstation“ für junge Mediziner, die sich nach ihrer Weiterbildung zum Facharzt für Allgemeinmedizin als Selbstständige oder Angestellte im Landkreis niederlassen können. Das PVZ kann weiterhin einen Kern für weitergehende

²³ Schaeffer D, Hämel K, Ewers M. Versorgungsmodelle für ländliche und strukturschwache Regionen. Anregungen aus Finnland und Kanada, Weinheim und Basel: Beltz Juventa, 2015.

²⁴ Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen. Bedarfsgerechte Versorgung – Perspektiven für ländliche Regionen und ausgewählte Leistungsbereiche, Gutachten, 2014.

²⁵ Kassenärztliche Bundesvereinigung. Arbeiten im Team. Informationen zu Praxisformen und Möglichkeiten der Kooperation (Praxiswissen), Berlin, o. J.

²⁶ Kassenärztliche Bundesvereinigung (Hrsg.). Berufsmonitoring Medizinstudenten 2014. Ergebnisse einer bundesweiten Befragung, Berlin, 2015.

²⁷ Beerheide R. Einzelkämpfer adé. Junge Ärzte wollen in Teams arbeiten. In: Ärzte Zeitung online, 09.02.2015. http://www.aerztezeitung.de/praxis_wirtschaft/ausbildung/article/878793/einzelkaempfer-ade-junge-aerzte-wollen-teams-arbeiten.html (17.05.2017)

Kooperationen bis hin zur Integration mit niedergelassenen Haus- und Fachärzten und weiteren nicht-ärztlichen Heilberufen darstellen, z. B. in Form eines Ärzte- oder Gesundheitsnetzes.

Im Landkreis Darmstadt-Dieburg kann der *Aufbau eines PVZ organisatorisch, personell und räumlich verbunden werden mit dem Zentrum der medizinischen Versorgung (MVZ) in Ober-Ramstadt*, das ab Herbst 2017 seinen neuen Standort in der Hundertmeterhalle am „RöhrWerk“²⁸ haben wird. Dort sind ein barrierefreier Zugang zu den ebenerdigen Praxisräumen und eine Anbindung an den öffentlichen Personennahverkehr gewährleistet. Der Umzug kann organisatorisch genutzt werden, um neue innovative Versorgungselemente zu etablieren und die Versorgung auf weitere Patientengruppen und um neue Professionen zu erweitern. Mit dem zu den Kreiskliniken gehörigen Zentrum der medizinischen Versorgung existiert bereits eine Struktur zum Management dieses Praxistyps. Das Modell eines zukünftigen PVZ zeigt die folgende Abbildung 6.

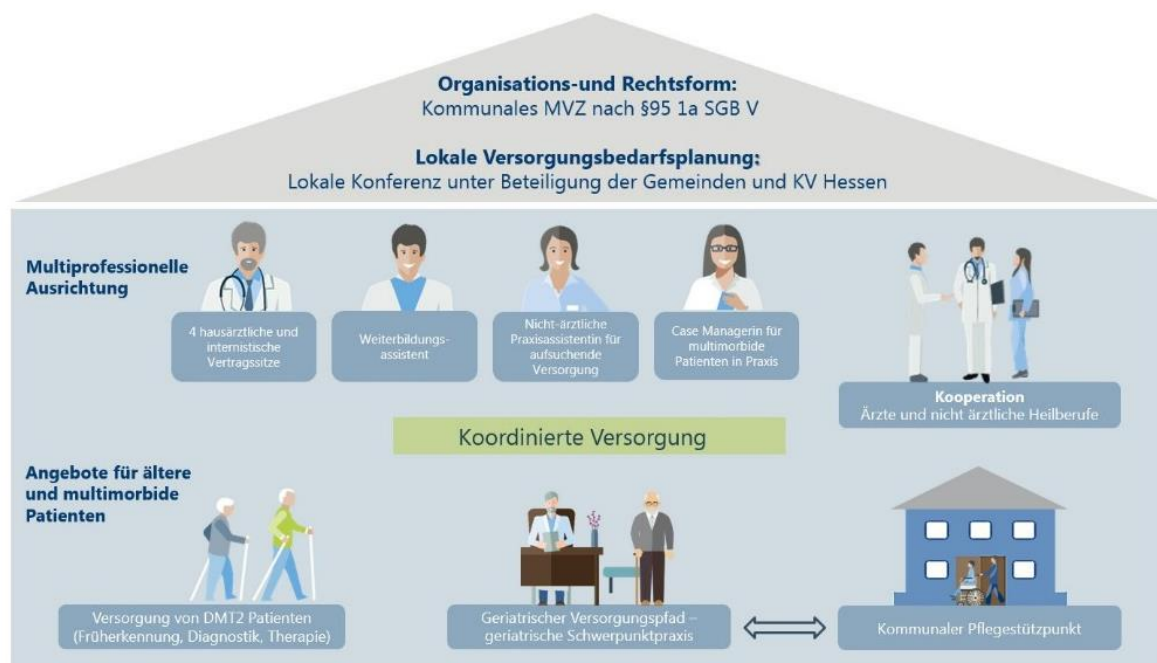


Abbildung 6: Prototyp eines kommunalen Primärversorgungszentrums

Versorgerregion des PVZ

Das PVZ übernimmt neben der Versorgung der Gemeinde Ober-Ramstadt mit seinen gut 15.000 Einwohnern auch die Mitversorgung der Gemeinden Roßdorf, Reinheim, Groß-Biebrau, Fischbachtal und Modautal. Diese Gemeinden liegen östlich bzw. südlich von Ober-Ramstadt. Die Versorgerregion des PVZ umfasst gut 56.000 Einwohner. Die Bevölkerung in diesen Gemeinden wird – mit Ausnahme Ober-Ramstadt – bis zum Jahr 2030 leicht schrumpfen und stetig altern. Der Anteil der 65- bis 79-Jährigen und der über 80-Jährigen wird in den Gemeinden der Versorgerregion bis 2030 stark steigen²⁹. So wird es 2030 in Reinheim fast doppelt so viele über 80-Jährige geben wie 2012 (88,1 %) und in Ober-Ramstadt wird die Zahl der 65- bis 79-Jährigen bis 2030 um 50 % relativ steigen. Der Rückgang und die gleichzeitige Alterung der Einwohner in dieser Versorgerregion bedeuten steigende Bedarfe im Bereich der Altersmedizin (Geriatric) oder bei der Versorgung multimorbider

²⁸ Falconstraße, 64372 Ober-Ramstadt

²⁹ Siehe www.wegweiser-kommune.de unter Bevölkerungsvorausberechnung (Abfrage 03.04.2017)

Patienten mit zwei und mehr chronischen Krankheiten. Dies wird dazu führen, dass die Arzt-Patientenkontakte steigen werden.

Versorgungsleistungen PVZ Ober-Ramstadt

Die Leistungen des bisherigen MVZ (Stand: 1.3.2017) umfassen vor allem allgemeinmedizinische und internistische Leistungen:

- Allgemeinmedizinische Versorgung
- Therapie von Magen-Darm-Beschwerden
- Behandlung von Erkrankungen des Herzkreislaufsystems
- Behandlung von Erkrankungen der Atmungsorgane
- Diagnostik und Therapie von Diabetes
- Diagnostik und Therapie chronisch entzündlicher Darmerkrankungen wie Morbus Crohn oder Colitis Ulcerosa
- Durchführung von Magen- und Darmspiegelungen

Derzeit sind sechs Ärzte in Teil- und Vollzeit (mit vier Vertragssitzen und einer Weiterbildungsstelle) in dem MVZ Ober-Ramstadt angestellt, mit verschiedenen Qualifikationen. Es gibt zwei Fachärzte für Innere Medizin, mit Zusatzqualifikationen Gastroenterologie und Diabetologie, zwei Fachärzte für Allgemeinmedizin, eine Fachärztin für Innere Medizin mit Zusatzqualifikation Geriatrie, ein Arzt in Weiterbildung für Allgemeinmedizin, der bereits Facharzt für Anästhesie und Intensivmedizin mit der Zusatzqualifikation Notfallmedizin ist. Diese werden auch im Rahmen der Etablierung eines PVZ dort weiter mitarbeiten. Es wäre auch denkbar, weitere Leistungen oder Fachdisziplinen in das PVZ zu integrieren, insbesondere solche, die regelhaft an der Versorgung von älteren Patienten beteiligt sind, wie z. B. Nephrologen, Neurologen und Augenärzte.

Umsetzungsmaßnahmen für PVZ Ober-Ramstadt

Neben der organisatorischen Weiterentwicklung des MVZ Ober-Ramstadt in ein PVZ sollen folgende Maßnahmen zur Umsetzung gebracht werden: Delegation ärztlicher Leistungen durch eine nicht-ärztliche Praxisassistentin, ein populationsorientierter Ansatz zur Versorgung von Patientengruppen mit besonderen Versorgungsbedarfen (Diabetes Mellitus Typ II und geriatrische Patienten), die Kooperation mit Fachärzten und die Einbindung in kommunale (Pflege-)Strukturen.

Delegation ärztlicher Leistungen

Die multiprofessionelle Ausrichtung, die die nicht-ärztlichen Berufe stärkt und der Entlastung der Ärzte dienen wird, kann im Rahmen der Einstellung einer nicht-ärztlichen Praxisassistentin (NäPa) realisiert werden. Die NäPa ist eine seit wenigen Jahren existierende innovative Versorgungsform für Haus- und Facharztpraxen. Die delegierbaren ärztlichen Leistungen sind im Rahmen einer bundesweit geltenden Delegationsvereinbarung³⁰ geregelt worden. Das Ziel der Delegation ist, dass sich die Ärzte auf ihre Kernaufgaben fokussieren und eine höhere Anzahl von Patienten adäquat versorgen können. Die Delegation soll vor allem für Routineleistungen erfolgen, die von einer NäPa in der Häuslichkeit oder anderen Wohnformen, z. B. in Pflege- oder Altenheimen, erbracht werden. Delegiert werden können Leistungen für bestimmte Patientengruppen, die z. B. mindestens

³⁰ Siehe Vereinbarung über die Erbringung ärztlich angeordneter Hilfeleistungen in der Häuslichkeit der Patienten, in Alten- oder Pflegeheimen oder in anderen beschützenden Einrichtungen gem. § 87 Abs. 2b Satz 5 SGB V oder in hausärztlichen Praxen (Delegationsvereinbarung). Stand: 1. April 2016.

eine schwerwiegende chronische Erkrankung haben und die Praxis aufgrund ihres Gesundheitszustandes nicht oder nur unter erschwerten Bedingungen aufsuchen können. Ärzte dürfen Leistungen nur an Medizinische Fachangestellte oder examinierte Pflegekräfte delegieren, die eine mindestens dreijährige Berufserfahrung nachweisen sowie eine entsprechende Weiterbildung zur NÄPa absolviert haben.

Die NÄPa wird für ihre Hausbesuche entsprechend digital ausgestattet (Tablet/Laptop, Software³¹, Smartphone), um auch im Umfeld der Patienten den verantwortlichen Arzt bei der Behandlung zurate ziehen zu können oder um Daten der Patienten in die Praxissoftware direkt zu übertragen („digital nurse“).

Die EBM-Vergütungsziffern für die NÄPa wurden Anfang 2017 von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung erhöht. Eine Einnahmen-Ausgaben-Berechnung zeigt, dass eine NÄPa nach der Einarbeitungsphase und bei ausreichender Auslastung kostendeckend im Rahmen der vertragsärztlichen Vergütung in dem PVZ eingesetzt werden.

Die nächsten Umsetzungsschritte:

- Stellenbeschreibung der NÄPa finalisieren.
- Stelle ausschreiben.
- Genehmigung der NÄPa bei KV Hessen beantragen.
- Organisatorische, prozessuale und technische Aspekte im PVZ umsetzen.
- Begleitung des Hausarztes durch NÄPa (mind. 20 Besuche).

Versorgung besonderer Patientengruppen

Für zwei Patientengruppen wurden besondere Versorgungsbedarfe identifiziert und durch die Mitglieder der Projektgruppe verifiziert: Zum einen Menschen mit geriatrischem Versorgungsbedarf, die in der Regel 70 Jahre und älter sind. Für diese Personengruppe hat die Arbeitsgruppe Geriatrie einen speziellen geriatrischen Versorgungspfad unter Beteiligung der in dem MVZ angestellten Fachärztin für Innere Medizin mit geriatrischer Zusatzausbildung entwickelt, siehe unten. Zweitens wurde für Menschen mit einem Diabetes mellitus Typ II ein besonderer Versorgungsbedarf ermittelt. Das entsprechende hausärztliche und internistische Wissen ist in dem künftigen PVZ vorhanden.

Versorgung von Menschen mit Diabetes mellitus Typ II

Laut einer aktuellen Studie des Zentralinstituts für die kassenärztliche Versorgung (Zi) ist in Deutschland der Anteil der an Diabetes mellitus Typ II (DMT2)-Erkrankten in dem Zeitraum 2009-2015 von 8,5 % auf 9,5 % angestiegen. Im Landkreis Darmstadt-Dieburg liegt die Prävalenz mit 8,7 % unterhalb des Bundesdurchschnitts. D. h., gut jeder elfte Einwohner des Landkreises ist an DMT2 erkrankt. Nach Ansicht des Zi wird die Prävalenz des DMT2 weiter zunehmen. Die Volkskrankheit DMT2 entwickle sich meist in höherem Lebensalter

³¹ Beispielsweise die „elektronische Arztvisite“ (eVi).

und werde begünstigt durch Bewegungsmangel, Rauchen, ungesunde Ernährung, Übergewicht und eine genetische Vorbelastung. Die Zunahme werde durch die Alterung der Gesellschaft zusätzlich verstärkt.³²

Das künftige PVZ will die Versorgung von DMT2-Patienten strukturieren und einen multiprofessionellen Ansatz verfolgen, indem die bisherigen medizinischen Versorgungsangebote um nicht-ärztliche Leistungen erweitert werden. Hierzu zählen u. a. folgende Maßnahmen:

- Delegation von Vor-Ort-Terminen, um die Messung und Einnahme des Insulins in der Häuslichkeit des Patienten durch eine nicht ärztliche Delegationskraft zu beobachten und zu verbessern.
- Vor-Ort-Sprechstunden in den Praxisräumen des PVZ durch Ernährungsberater und Podologen, speziell für Patienten mit diabetischem Fußsyndrom.
- Stärkung der Gesundheitskompetenz der Patienten durch Coaching, Beratung und Vorträge.³³
- Telemedizinische Lösungen für Patienten mit diabetischem Fußsyndrom, z. B. in Kooperation mit dem Klinikum Darmstadt.

Die Ärzte des MVZ nehmen bereits an dem Disease Management-Programm „Diabetes mellitus Typ II“ teil. Trotzdem wurden für eine qualitativ hochwertige Versorgung der DMT2-Patienten weitere Bedarfe durch die Ärzte identifiziert. Dazu zählen Kooperationen mit anderen Fachärzten, wie z. B. Augenärzten und Internisten mit diabetologischem Schwerpunkt bzw. diabetologischen Schwerpunktpraxen, und nicht ärztlichen Heilberufen, wie z. B. Ernährungsberatern und Podologen. Diese sollten im Hinblick auf ein Versorgungskonzept von DMT2-Patienten einbezogen werden. Ferner ist angedacht, ein Vorhersagemodell oder einen Risikotest³⁴ einzuführen, um Patienten mit einer erhöhten Wahrscheinlichkeit für eine Diabeteserkrankung zu identifizieren und entsprechende Präventions- und Therapiemaßnahmen zu ergreifen.

Die nächsten Umsetzungsschritte:

- Erstellung eines Versorgungskonzeptes zur Diagnostik und Therapie inkl. Prävention und Risikotest für DMT2-Patienten.
- Kooperationsvereinbarungen mit weiteren ärztlichen und nicht-ärztlichen Leistungserbringern, z. B. mit diabetologischer Schwerpunktpraxis, Podologen oder Ernährungsberatern.
- Schulung einer nicht-ärztlichen Delegationskraft für Vor-Ort-Termine (Monitoring, Kontrolle etc.) bei DMT2-Patienten, siehe hierzu auch Unterkapitel zur NÄPa.
- Entwicklung von Kommunikations-, Schulungs-, Vortrags- und Coachingprogrammen vor Ort.

Zukünftige Versorgung von Patienten mit geriatrischem Versorgungsbedarf

Das PVZ spielt zudem eine wesentliche Rolle in der Umsetzung des Behandlungspfades für die geriatrische Versorgung. Zum einen, weil im PVZ bereits eine qualifizierte Geriaterin tätig ist, zum anderen, weil das im

³² Goffrier B, Schulz M, Bätzing-Feigenbaum J. Administrative Prävalenzen und Inzidenzen des Diabetes mellitus von 2009 bis 2015. Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in Deutschland (Zi). Versorgungsatlas-Bericht Nr. 17/03. Berlin 2017. DOI: 10.20364/VA-17.03. URL: <http://www.versorgungsatlas.de/themen/alle-analysen-nach-datum-sortiert/?tab=6&uid=79>

³³ Siehe hierzu auch TheraKey (www.therakey.de).

³⁴ Beispielsweise DIFE – Deutscher Diabetes Risiko-Test oder FindRisk.

Pfad vorgesehene Case-Management (Fallmanagement von Patienten) im PVZ organisiert werden soll. Mehr über den Ansatz zur geriatrischen Versorgung siehe Kapitel 4.2.2.

Kooperation mit Fachärzten

Darüber hinaus ist der Anspruch formuliert, die Patienten strukturiert und sektor- und fachübergreifend zu versorgen. Hieraus ergibt sich auch die Notwendigkeit, Kooperationen zwischen dem hausärztlichen PVZ und Fachärzten und nicht-ärztlichen Heilberufen zu forcieren. Eine formale Vernetzung der Ärzte des MVZ mit den umliegenden Haus- und Facharztpraxen besteht derzeit nicht, wird von den MVZ-Ärzten aber gewünscht. Daher soll die Kooperation insbesondere mit Fachärzten, u. a. aus den Bereichen Orthopädie, Geburtshilfe und Frauenheilkunde, Neurologie und Dermatologie, in Ober-Ramstadt intensiviert und ausgebaut werden. Die engere Kooperation kann durch den Austausch des elektronischen Arztbriefes (eArztbrief) zwischen den Haus- und Fachärzten vertieft werden. Somit erhalten die am Behandlungsprozess beteiligten Ärzte einen umfassenden Überblick über Diagnosen, Befunde und Medikation des Patienten. Insbesondere für die hausärztliche Versorgung nach Facharztterminen ist dies ein hilfreiches Instrument.

Die Ziele und Maßnahmen einer engeren Vernetzung zwischen dem PVZ und den Fachpraxen insbesondere in Ober-Ramstadt, z. B. eArztbrief, Terminmanagement oder Qualitätszirkel, sollten erarbeitet, geklärt und vertieft werden. Idealerweise mündet dies in formale und verbindliche Kooperationsvereinbarungen.

Die sektorübergreifenden Kooperationen zwischen dem PVZ und den Kreiskliniken in Groß-Umstadt und Seeheim-Jugenheim werden in Kapitel 4.4 erläutert.

Die nächsten Umsetzungsschritte:

- Gemeinsame Workshops PVZ und Fachpraxen zu Zielen und Inhalten einer Kooperation.
- Formalisierung der Kooperation, z. B. Vereinbarung oder Netzwerkgründung.

Einbindung in kommunale Strukturen

Ein Schritt zur Einbindung in die Kommune soll die engere Vernetzung zwischen PVZ und dem Dieburger Pflegestützpunkt (PStP), der zentralen Anlauf- und Koordinierungsstelle für Pflegebedürftige und deren Angehörigen im östlichen Landkreis, sein. So können die MFA oder eine speziell geschulte Case-Managerin (Fallmanagerin) des PVZ geriatrische oder ältere Patienten mit Pflegebedarf bzw. bestehender Pflegestufe an den Pflegestützpunkt vermitteln bzw. den gegenseitigen Informationsfluss gewährleisten. Ziel ist es, gemeinsam mit dem PStP eine Kooperationsvereinbarung zum gegenseitigen Informationsaustausch zu schließen.

Die nächsten Umsetzungsschritte:

- Identifizierung gemeinsamer Vernetzungs- und Kooperationsmöglichkeiten und Erstellen eines Informationspfades inklusive Verantwortlichkeiten.
- Formalisierung der Kooperation, z. B. schriftliche Vereinbarung.

Trägerschaft, Organisations- und Rechtsform, Praxismanagement

Der Träger dieser innovativen und neuartigen kommunalen Versorgungsstruktur bleibt weiterhin der Landkreis Darmstadt-Dieburg. Die Organisations- und Rechtsform beruhen auf der eines Medizinischen Versorgungszentrums nach §95, Absatz 1a Sozialgesetzbuch V³⁵ in Form einer GmbH. Das Praxismanagement inklusive Hygiene- und Qualitätsmanagement, Bestellwesen übernimmt das Zentrum der medizinischen Versorgung Darmstadt-Dieburg (MVZ) GmbH, eine Tochtergesellschaft des Landkreises Darmstadt-Dieburg.

4.2.2. Geriatrische Versorgung

Versorgung älterer Menschen

Menschen über 80 Jahre haben in der Regel eine „alterstypisch erhöhte Vulnerabilität“ für Erkrankungen, Gebrechlichkeit oder soziale Probleme. Dies betrifft auch Menschen ab dem 70. Lebensjahr mit sogenannter geriatritypischer Multimorbidität.³⁶ Letztere umfasst einerseits verschiedene Merkmalskomplexe, u. a. Immobilität, herabgesetzte körperliche Belastbarkeit bzw. Gebrechlichkeit, Sturzneigung/Instabilität, kognitive Defizite, Fehl- oder Mangelernährung, Wunden, Miktionsstörungen oder Schmerzen sowie Multimedikation bzw. Polymedikation mit mehr als fünf regelmäßig eingenommen Wirkstoffen. Liegen zwei oder mehr dieser o.g. Merkmale vor, die vielfach durch entsprechende Testverfahren festgestellt werden können, wird von einer entsprechenden Multimorbidität ausgegangen.³⁷ Die Entwicklung dieser Merkmalskomplexe geschieht oft schleichend, wobei Ereignisse plötzlich zu erheblichen, lang dauernden und auch irreversiblen Verschlechterungen führen können.

Dem zugrunde liegen chronische Erkrankungen, z. B. Stoffwechselerkrankungen wie Diabetes mellitus (siehe hierzu Kapitel 4.2.1), Gefäßerkrankungen, verringerte Herzleistung, Organfunktionsstörungen u. a. der Leber und Nieren sowie psychische Erkrankungen (demenzielle Art, Altersdepression). Viele Ereignisse, die in jüngeren Jahre einfacher „weggesteckt“ werden wie z. B. Operationen, Unfälle oder akute Erkrankungen, insbesondere Infektionserkrankungen, führen in diesem Lebensabschnitt zu Dekompensationen mit aufwändigen Behandlungsbedarfen.

Die Versorgung dieser Menschen hat vor allem das Ziel, die größtmögliche Selbstständigkeit zu erhalten bzw. wiederherzustellen. Sie ist somit nicht mehr kurativ bzw. heilend ausgerichtet und beinhaltet auch die Versorgung durch nicht-ärztliche Berufsgruppen. Patienten mit geriatrischem Versorgungsbedarf werden in der Regel durch ihren Hausarzt betreut. Spezifische Versorgungsstrukturen für geriatrische Patienten konzentrieren sich bisher fast ausschließlich auf den Krankenhaus- bzw. Rehabilitationssektor. Deutschlandweit stehen knapp 16 stationäre Betten (ca. 2/3) bzw. Reha-Plätze (ca. 1/3) auf je 10.000 Einwohner zur Verfügung. In Hessen sind

³⁵ §95 Absatz 1a SGB V: „Medizinische Versorgungszentren können von zugelassenen Ärzten, von zugelassenen Krankenhäusern, von Erbringern nichtärztlicher Dialyseleistungen nach § 126 Absatz 3 oder von gemeinnützigen Trägern, die aufgrund von Zulassung, Ermächtigung an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen, oder von Kommunen gegründet werden; die Gründung ist nur in der Rechtsform einer Personengesellschaft, einer eingetragenen Genossenschaft oder einer Gesellschaft mit beschränkter Haftung oder in einer öffentlich rechtlichen Rechtsform möglich.“

³⁶ WHO Definition, 1989

³⁷ Borchelt M, Wrobel N, Trilhof G. Online-Kodierleitfaden Altersmedizin 2010

es etwas mehr als 17, wobei es sich hierbei fast ausschließlich um stationäre Betten und nur um wenige tagesklinische Plätze handelt.³⁸ Über entsprechende ambulante Strukturen in Hessen liegen wenige Informationen vor. Lediglich die Anzahl der ambulant niedergelassenen Ärzte mit Zusatzbezeichnung Geriatrie (nicht zu verwechseln mit dem Basiscurriculum „Geriatrische Grundversorgung“) ist bekannt. Derzeit sind dies 25 Ärzte in Hessen, davon zwei im Landkreis.³⁹

Es ist davon auszugehen, dass die Zahl geriatrischer Patienten, die einer multiprofessionellen, interdisziplinären Behandlung bedürfen, stark steigen wird (siehe auch Kapitel 2.) und damit die Menge der benötigten Versorgungsleistungen. Eine zeitgleiche Zunahme von entsprechenden Versorgern ist dabei nicht zu erwarten, da die Entwicklungen der Planzahlen der letzten 20 Jahre sowie die Instrumente der Mengensteuerung in der GKV, u. a. Heilmittelverordnungsrichtlinie und Budgetierung, dem entgegenstehen. Bei der Versorgung wird neben einer notwendigen Koordination der Leistungen auch eine hohe Fachlichkeit für Entscheidungen benötigt. Die Versorgung der Patienten erfolgt derzeit in fast allen Fällen über ein „Zufallsprinzip“, wobei die erste Versorgungsebene in sehr unterschiedlichem Maß eine Weiterreichung an höhere Ebenen veranlasst bzw. der Patient durch ein akutes Ereignis dort „landet“, z. B. via Rettungsstelle. Auch der Austausch von Informationen zwischen den Behandlern findet nur über den klassischen Weg, wie z. B. Überweisungsscheine, Bericht nach stationärem Aufenthalt, statt. Ein vernetztes Arbeiten der Akteure findet nur bedingt statt, ebenso wenig eine oft notwendige kontinuierliche Begleitung vieler Patienten zwecks Identifikation von (langsamer) Verschlechterung bzw. Dekompensation oder schlichtweg der Umsetzung von Verordnungen. Was dazu führen kann, dass Rezepte zum Teil mehrere Wochen beim Patienten ohne Start der medikamentösen Therapie liegen, ohne dass dies dem verordneten Arzt bekannt ist.

Es bedarf folglich einer verbesserten Steuerung des Behandlungsprozesses und des Aufbaus neuer Strukturen. Aufgrund der o.g. Ausführungen hatte sich die Steuerungsgruppe zu Projektbeginn dieses Thema ausgewählt.

Der geriatrische Behandlungspfad

Der von der Projektgruppe entwickelte Behandlungspfad soll sich auf die Menschen beziehen, die 75 Jahre und älter sind. Es ist ein „integrierter Behandlungspfad“, dessen Ziel es primär ist, die Zusammenarbeit zwischen den an der Versorgung Beteiligten bzw. Ebenen zu optimieren.⁴⁰ Um den Pfad überschaubar zu halten, sollten zunächst nur die Beteiligten eingebunden werden, die maßgeblich für Behandlungsmethoden oder Entscheidungen verantwortlich sind. Dies sind:

- Hausärzte, möglichst mit Zusatzkompetenz (z. B. „Geriatrische Grundversorgung“) Startpunkt des Pfades,
- Geriatrische Schwerpunktpraxen (Zusatzbezeichnung Geriatrie)
- Stationäre geriatrische Einrichtungen
- Physiotherapeuten und Ergotherapeuten

Bei der Weiterentwicklung können weitere Beteiligte, z. B. ambulante Pflegedienste oder Anbieter von Betreuungsleistungen, einbezogen werden.

³⁸ Darstellung des Kompetenz-Zentrum Geriatrie des MDK; www.kcgeriatrie.de

³⁹ Ärztsuche KV Hessen

⁴⁰ Becker K. Praxishandbuch integrierte Behandlungspfade, Economica-Verlag, 2006

- Der Pfad beschreibt die Abfolge wesentlicher Tätigkeiten durch die einzelnen Akteure und die Schnittstellen. Dazu sind Instrumente definiert worden.
- Indikatoren-basiertes Assessment: Dieses liefert die Grundlage für die Einschätzung des Versorgungsbedarfs, schafft zwischen den Behandlungsebenen mehr Transparenz und legt eine Grundlage für die Aufgabenteilung, insbesondere ab welchem „Stadium“ ein Patient in die nächste, höhere Behandlungsebene kommt. Nach intensiver Diskussion hat sich die Arbeitsgruppe entschieden, nicht die bekannten Testverfahren, z. B. Lachs, timed up and go oder Barthel, zu verwenden, da sie jeweils nur einzelne Aspekte des Geschehens berücksichtigen. Einen aussagekräftigeren Gesamtscore liefert hingegen der Lucas-Test.⁴¹
- Strukturierte Dokumentation: Diese steht allen an der Behandlung Beteiligten zur Verfügung. Sie wird fortlaufend ergänzt. Eine spätere Integration einer elektronischen Patientenakte ist dabei möglich.
- Regelmäßiger Austausch und Schulungen: Durch spezielle Schulungen soll u. a. die Sensibilität für Risikokonstellationen vermittelt werden. In Fallbesprechungen wird die Umsetzung des Pfades erprobt und überprüft.
- Intensivierte therapeutische Versorgung: Diese wird durch Vorgaben und Richtlinien derzeit zum Teil verhindert. So haben Patienten mit geriatrischem Versorgungsbedarf oft nicht die „rechtfertigenden Diagnosen“, um eine höhere Anzahl von notwendigen physio- oder ergotherapeutischen Leistungen zu erhalten. Im weiteren Verlauf des Projektes soll daher versucht werden, mit Kostenträgern hier weitere Lösungen zu erzeugen, die den Patientenbedürfnissen gerecht werden. Alternativ blieben stationäre Behandlungen, bei denen auch aufgrund von Kapazitätsproblemen keine strukturell quantitativ tragfähigen Lösungen zu erkennen sind.
- Case-Management: Die notwendige Begleitung bzw. Beobachtung des gesamten Prozesses ist eine klassische Aufgabe des Case-Managements⁴². Dieses könnte in der Region durch entsprechende personelle fachlich qualifizierte Ressourcen über das PVZ, siehe Kapitel 4.2.1., angesiedelt sein.

Abschließend ist anzumerken, dass ein solcher Pfad in hohem Maße auf Freiwilligkeit der Akteure setzt, da es keinerlei Verpflichtungen zur Mitwirkung der Akteure und Vergütungsanreize gibt. Die Motivationslage der jeweils Beteiligten ist für einen erfolgreichen Start zu berücksichtigen. Mittel- und langfristig wird sich ein solcher Pfad nur dann etablieren, wenn die damit verbundenen Leistungen auch in Vergütungssystemen Berücksichtigung finden. Dies wäre mittels eines entsprechenden integrierten Versorgungsvertrags, z. B. im Rahmen des § 140a SGB V, mit Krankenkassen möglich. Dies wird nur gelingen, wenn für die Kostenträger hierbei wirtschaftliche Vorteile und/oder qualitative Verbesserungen erkennbar sind. Pfad und o.g. Aktivitäten könnten dafür die Grundlage bieten.

⁴¹ Dapp U. et al. Long-Term Prediction of Changes in Health Status, Frailty, Nursing Care and Mortality in Community-Dwelling Senior Citizens – Results From the Longitudinal Urban Cohort Ageing Study (LUCAS). In: BMC Geriatrics, 14; 141, 2014

⁴² Reibnitz, von, C. (Hrsg). Case Management: praktisch und effizient, Springer-Verlag, 2015

Die nächsten Umsetzungsschritte:

- Hausärzte zunächst am Standort des MVZ Ober-Ramstadt, dann über die Schwerpunktpraxis auch in anderen Regionen im Landkreis, einbinden.
- Aufbau des o.g. Case-Managements (am PVZ).
- Pilotphase / Start des Pfades; Dauer ca. 6 Monate.
- Weiterentwicklung: Integration von Physio- und Ergotherapeuten und weiteren an der Versorgung Beteiligten, Adaptation der Instrumente, Einführung von Parametern zur Erfolgsmessung des Pfades.
- Verhandlungen über eine intensivierete ambulante Therapie bzw. über einen integrierten Versorgungsvertrag mit Kostenträgern.

4.2.3. Seelische Gesundheit

Versorgungsbedarfe und -strukturen

Laut KV Hessen gehören die Wegstrecken von 16,5 bis 22 km, die ein Patient von seinem Wohnort zur Praxis eines Nervenarztes im Landkreis zurücklegen muss, zu den längsten in Hessen. Bei den Psychotherapeuten liegt der Landkreis mit einer durchschnittlichen Wegstrecke zwischen Wohnort und Praxis von 11 bis 16,5 km im Mittelfeld. Die relativ weiten Wegstrecken erklären sich damit, dass sich die meisten der 13 Nervenärzte des Planungsbezirkes (=Landkreisgrenze) rund um das Stadtgebiet von Darmstadt niedergelassen haben. Und auch die Praxen der meisten der knapp 60 niedergelassenen Psychotherapeuten befinden sich ebenfalls in Nähe des Stadtgebietes.⁴³ Dadurch ist die Versorgungsstruktur in den Gemeinden im östlichen Teil des Landkreises eher dünner. Mit dem Zentrum für Seelische Gesundheit in Groß-Umstadt findet sich ein ambulantes (psychiatrische Institutsambulanz), teil- und vollstationäres Versorgungsangebot für Menschen mit komplexen psychiatrischen Erkrankungen im östlichen Teil des Landkreises.

Im Rahmen der Projektgruppe wurden Versorgungsbedarfe für die folgenden Personengruppen identifiziert: Menschen, die noch nicht in Behandlung sind und sie nicht aktiv suchen, erstmalig schwer Erkrankte, die psychosoziale Hilfen benötigen, chronisch Erkrankte mit niedriger sozialer Kompetenz sowie traumatisierte Flüchtlinge.

Trotz statistischer Überversorgung, siehe Kapitel 2., herrschen nach Ansicht der Experten der Projektgruppe im Landkreis Tendenzen zur Unter- und Fehlversorgung bei Menschen mit psychosozialem, psychotherapeutischem oder psychiatrischem Versorgungsbedarf. Als Indizien für die Unterversorgung werden u. a. zu wenige Sprechstunden für GKV-Versicherte oder – wie oben dargestellt – zu lange Wegstrecken identifiziert. Ferner seien der individuelle Versorgungsbedarf und das Versorgungsangebot nicht immer kohärent (Fehlversorgung). Patientengruppen würden häufig fehl versorgt oder liefen in den falschen Versorgungsorten auf, z. B.

⁴³ Kassenärztliche Vereinigung Hessen. Fachärztereport 2015. Fachärztliche Versorgung in Hessen. Nervenärzte, Frankfurt/M., 2015 und Kassenärztliche Vereinigung Hessen. Fachärztereport 2015. Fachärztliche Versorgung in Hessen: Psychotherapeuten, Frankfurt/M., 2015.

der „liebessranke Odenwälder, der in der Psychiatrischen Institutsambulanz vorstellig wird oder die Verordnung von Psychotherapie für eher leichtere Fälle oder für Fälle, die besser für eine medikamentöse Therapie durch den Nervenarzt geeignet seien.

Psychosoziale Clearingstelle

Um den Zugang und die Steuerung der Patientengruppen zu verbessern, sollte eine psychosoziale Clearingstelle etabliert werden. Damit soll erreicht werden, dass der Hilfesuchende Zugang zu der passenden Therapieform in möglichst kurzer Zeit erhält, um eine Chronifizierung oder Entgleisung des Krankheitsbildes zu verhindern. Die Patientengruppen, z. B. Ersterkrankte oder chronisch Erkrankte, sollen eine psychosoziale Telefonberatung an den Wochentagen niedrigschwellig via Hotline erreichen können. Für Notfälle und dringende Versorgungsbedarfe bleiben weiterhin die psychosozialen Not- und Krisendienste oder Notärzte und -ambulanzen im Landkreis zuständig. Im Rahmen des telefonischen Erstkontaktes wird mit dem Hilfesuchenden ein persönlicher und wohnortnaher Beratungstermin vereinbart. In diesem Beratungsgespräch werden die Versorgungsbedarfe erhoben (Screening) und der Berater kann den Hilfesuchenden direkt oder indirekt in die passende Versorgungsform steuern, sei es in die psychosoziale Beratung, Psychotherapie, ambulante Psychiatrie oder (teil-)stationäre Versorgung. Er übernimmt damit die Funktion eines Lotsen, um Unter- oder Fehlversorgung entgegenzuwirken, siehe Abbildung der Arbeitsgruppe.

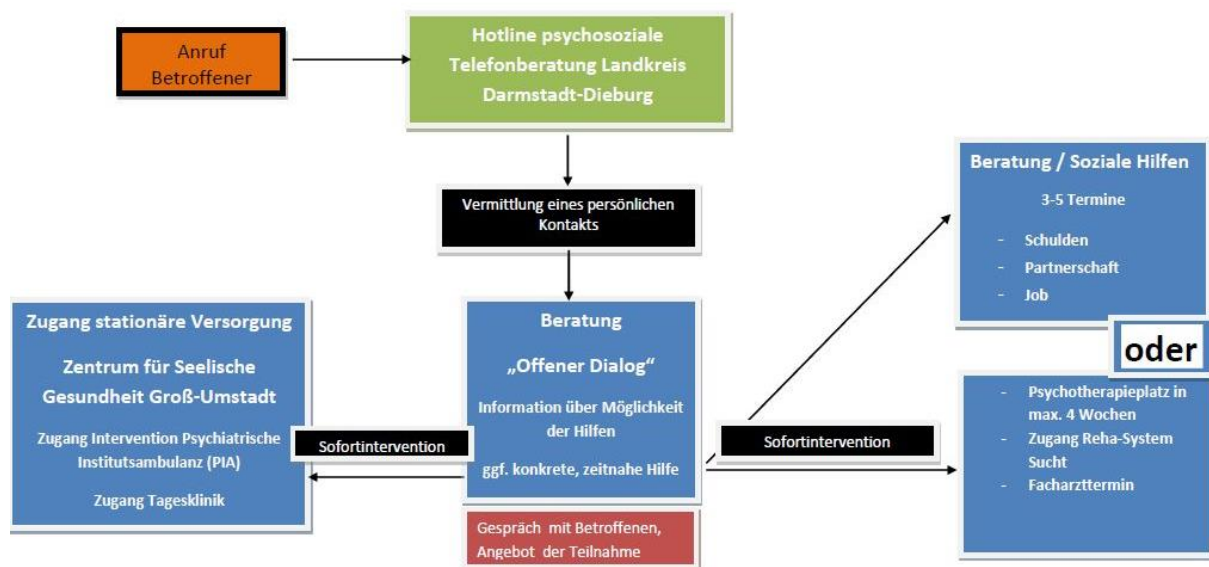


Abbildung 7: Clearingstelle für Zugang und Steuerung der Versorgung

Ein digitales Terminmanagement, in dem die Berater direkt Termine für den Hilfesuchenden in eine der kooperierenden Praxen o.ä. vereinbaren können, wäre wünschenswert. Die Clearingstelle hat sich sowohl mit den Not- und Krisendiensten, der KV Hessen als Trägerin der Terminservicestellen und den ambulanten und (teil-)stationären Leistungserbringern im Landkreis zu vernetzen. Letzteres kann im Rahmen des Psychosozialen Beirates der Stadt Darmstadt und des Landkreises Darmstadt-Dieburg geschehen.

Die Clearingstelle fungiert auch als Vermittlungsstelle für die hausärztlichen Praxen und MVZ, die ihre Patienten häufig nicht in die richtige Versorgungsform vermitteln können, weil diese nicht bekannt sind oder den Hausärzten das Wissen über die passende Diagnostik und Therapie in der Psychiatrie oder Psychotherapie

fehlt.⁴⁴ So kann die Clearingstelle auch zur Entlastung der hausärztlichen Praxen beitragen, da diese Patienten mit vom Hausarzt identifizierten psychischen Versorgungsbedarfen direkt an die Hotline vermittelt werden können. Dadurch soll der Zugang in die psychosoziale, psychotherapeutische oder psychiatrische Versorgung sichergestellt werden. Für die über die Clearingstelle vermittelten Patienten sollte ein Informationsfluss zwischen psychotherapeutischen oder psychiatrischen Praxen und den Hausarztpraxen etabliert werden.

Versorgerregion

Die Versorgerregion für die Clearingstelle kann mehrere Zuschnitte haben. Die Zusammenarbeit des Landkreises Darmstadt-Dieburg mit der Stadt Darmstadt bei der Versorgung von psychisch erkrankten Menschen ermöglicht es, die Versorgung in der gesamten Region mit seinen über 400.000 Einwohnern anzubieten. Denkbar ist aber auch, zunächst in einer Pilotregion zu starten und die Maßnahme zeitlich zu befristen und parallel zu evaluieren – um diese bei Erfolg auf die gesamte Region auszurollen. Die Autoren sprechen sich für diese kleine Lösung aus, die zunächst die östlichen Teile des Landkreises mit ca. 150.000 Einwohnern umfassen sollte.

Trägerschaft und Organisationsform

Die Trägerschaft der Clearingstelle kann beim Landkreis Darmstadt-Dieburg oder beim Gesundheitsamt von Landkreis und Stadt liegen. Die Organisation der Clearingstelle sollte durch eine Einheit erbracht werden, die bereits Beratungs- und Vernetzungsstrukturen vorhält, um Synergieeffekte zu nutzen. Entsprechende Strukturen zur Organisation einer Clearingstelle (Hotline, Beratung) werden im Landkreis u. a. vom Sozialpsychiatrischen Dienst des Gesundheitsamtes oder vom Caritasverband vorgehalten.

Die nächsten Umsetzungsschritte:

- Festlegung Versorgerregion.
- Finanzierung prüfen, ggf. durch Psychisch-Kranken-Gesetz (PsychKG) in Hessen.
- Ausschreibung Clearingstelle.
- Auswahl infrage kommender Anbieter.

4.2.4. Sektorübergreifende Kooperation

Status der Zusammenarbeit zwischen ambulanter und stationärer Versorgung im Landkreis

Bereits seit vielen Jahren besteht eine sehr gute Zusammenarbeit zwischen dem ambulanten und stationären Bereich, insbesondere zwischen dem Ärztenetz Groß-Umstadt und dem Klinikum, die sich regelmäßig austauschen. Viele der zukünftigen Herausforderungen der Versorgung (siehe Kapitel 2.) können nur durch eine intensivierte Zusammenarbeit bei Projekten, besserer Abstimmung und Arbeitsteilung sowie durch abgestimmtes Vorgehen bei Entscheidungsprozessen der ambulanten und stationären Versorgung gelöst werden. Dies war Anlass für die folgenden konzeptionellen Überlegungen in der Projektgruppe für eine entsprechende Intensivierung der Zusammenarbeit und eine Ausweitung auf den gesamten Landkreis.

⁴⁴ Im Landkreis ist kein Allgemeinmediziner, der zugleich auch Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie ist, niedergelassen.

Handlungsfelder und Maßnahmen für eine optimierte Zusammenarbeit

Zunächst wurden mögliche Handlungsfelder identifiziert, in denen eine sektorübergreifende Kooperation für die Entwicklung von Lösungen notwendig wäre bzw. Verbesserungen aufgezeigt werden könnten. Es wurden vier Handlungsfelder mit folgenden Teilzielsetzungen identifiziert:

- Gewinnung von Ärzten (für die Region) / Bedarfe / Versorgungslücken: Dieses ist ein zentrales Anliegen der Daseinsfürsorge im Landkreis, um junge Ärzte gut auszubilden und für die hausärztliche und fachärztliche Niederlassung (selbstständig oder angestellt) zu motivieren:
 - Gründung weiterer MVZ, um Organisations- und Arbeitsmodelle zu schaffen, die den Wünschen der jungen Ärzte („Generation Y“) gerecht werden.
 - Integrierte Weiterbildung von Klinik und Praxen, sodass im Landkreis eine fachlich hochwertige Weiterbildung aus einer Hand für junge Ärzte möglich ist.
 - Förderprogramm für Neu-Niedergelassene (3-5 Jahre), um eine Verwurzelung erreichen
 - Unterstützung durch Gemeinden mit einem zentralen Angebotskatalog.
 - Unterstützung der studentischen Ausbildung, bei der Vereinbarkeit von Familie und Beruf.
 - Patientenmobilität erhöhen.
- Reibungsverluste verringern:
 - Zusammenarbeit an der Schnittstelle ambulant und stationär verbessern.
 - Unnötige Arbeiten und Ineffizienzen vermeiden.
 - Zeit gewinnen.
- Austausch:
 - Plattformen weiterentwickeln, die es ermöglichen voneinander zu lernen.
 - Gemeinsam sich positionieren.
 - Gute Beziehungen auszubauen.
- Praxisentlastung
 - Unterstützung bei Prozessen des ambulanten Bereichs, z. B. Beschaffung, und bei komplexen Themen, z. B. Hygiene.
 - Aktivitäten zur Beherrschung akuter Notsituationen, z. B. Personalausfall.
 - Zunehmende Leistungsdichte in den Praxen beherrschen und/oder die Kliniken an anderer Stelle entlasten, z. B. bei der Notfallversorgung.

Für die vier Handlungsfelder wurden entsprechende Maßnahmen erörtert, priorisiert und abgestimmt. Erste Maßnahmen seitens der Kliniken werden bereits umgesetzt.

Die nächsten Umsetzungsschritte:

- Abstimmung und Einbindung mit möglichst vielen Praxen im Landkreis, ggf. Erweiterung bzw. Veränderung der Priorisierung als Auftrag der politischen Gremien.
- Adjustierung und (weitere) Umsetzung der vereinbarten Maßnahmen.
- Überführung der Projektgruppe in eine dauerhafte „Institution“
- Erschließung möglicher Finanzierungsquellen für weitere Maßnahmen, z. B. Strukturförderung, Innovationsfonds, ggf. in Kombination mit den anderen Teilprojekten.

5. Versorgungskonzept 2025

5.1. Integriertes Gesundheitsnetzwerk des Landkreises 2025

Im Rahmen des Versorgungskonzeptes 2025 soll ein integriertes Gesundheitsnetz im Landkreis Darmstadt-Dieburg etabliert werden. Dieses Gesundheitsnetz ist offen für alle Berufsgruppen und Akteure des Gesundheitswesens. Es ist auf Kooperation und Multiprofessionalität bei der Versorgung der Bevölkerung angelegt. Dabei kommt nicht nur der Kooperation der haus- und fachärztlichen Versorgung, sondern auch der Kooperation zwischen Kliniken und Praxen eine zentrale Bedeutung bei. Und auch die berufsgruppenübergreifende Zusammenarbeit zwischen Ärzten und nicht-ärztlichen Heilberufen oder medizinischen Fachangestellten soll ausgebaut werden, indem diese Berufsgruppen eine stärkere Rolle in der Versorgung spielen werden.

Mithilfe des Gesundheitsnetzwerkes soll auch der Stellenwert der Prävention und Gesundheitsförderung an Bedeutung gewinnen. Denn die Vermeidung oder Verzögerung von chronischen Krankheiten, die häufig lebensstilbedingt sind, erhöht nicht nur die Lebensqualität der Betroffenen, sondern entlastet mittelfristig das Gesundheitswesen hinsichtlich der Inanspruchnahme von Leistungen und der damit verbundenen Kosten.

PVZ als Blaupause für gesamte Region

Das kommunale MVZ Ober-Ramstadt soll ab 2017/2018 organisatorisch weiterentwickelt werden in ein Primärversorgungszentrum (PVZ). In dem PVZ sollen neue innovative Versorgungsinstrumente und -ansätze erprobt und etabliert werden. Es stellt somit ein Labor für eine neue Versorgungsstruktur dar und einen wichtigen Baustein für die Sicherung der ambulanten Versorgung im Kreis. Ein solch innovativer Versorgungsansatz eines kommunalen PVZ ist in Deutschland bislang wenig entwickelt, erprobt und evaluiert.⁴⁵ Es hätte Vorbild- bzw. Leuchtturmcharakter für die kommunale Gesundheitsversorgung. Dieser zu erprobende Ansatz soll übertragbar sein auf andere Gemeinden bzw. Regionen im Landkreis. Der Versorgungsansatz eines PVZ kann durch den oder mithilfe des Landkreises in der gesamten Region bedarfsgerecht und flächendeckend etabliert werden, siehe Abbildung 8.

⁴⁵ Sachverständigenrat zur Begutachtung im Gesundheitswesen, a.a.O., S. 614. Die Robert-Bosch-Stiftung fördert seit 2017 bundesweit fünf ausgewählte lokale Gesundheitszentren im Rahmen des Förderprogramms PORT.

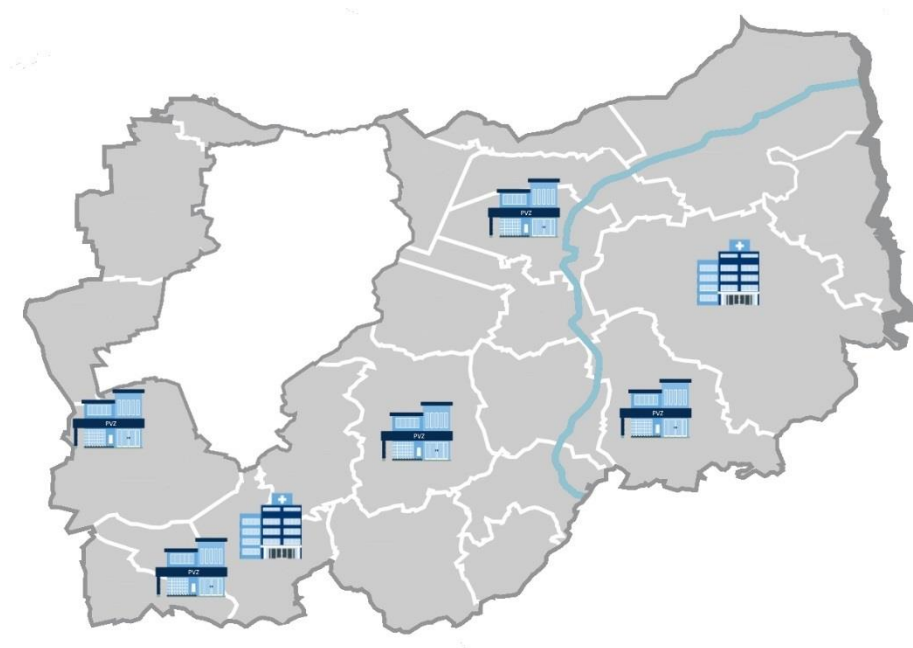


Abbildung 8: Versorgungskonzept 2025 im Landkreis Darmstadt-Dieburg

Damit trägt der Landkreis Darmstadt-Dieburg zur kommunalen Daseinsvorsorge nicht nur in der stationären, sondern auch in der ambulanten Gesundheitsversorgung bei. Dabei kann sich der Landkreis des Instruments des MVZ bedienen, zu deren Gründung Kommunen seit dem GKV-Versorgungsstärkungsgesetz auch ohne Vorliegen eines begründeten Ausnahmefalls berechtigt sind.⁴⁶ Der Landkreis kann somit direkt zur Sicherung der primärärztlichen Versorgung (hausärztliche oder grundversorgende Fachärzte) und der Notfallversorgung im Landkreis beitragen. Mehrere Gemeinden im Landkreis zeigen bereits steigende Versorgungsbedarfe hinsichtlich Demografie und Pflege bei gleichzeitig sich ausdünnenden Versorgungsstrukturen, z. B. keine Wiederbesetzung freiwerdender Haus- oder Facharztsitze.

Der Landkreis fungiert damit als Integrator für eine flächendeckende stationäre und ambulante Versorgung, die den Zugang auch älterer und/oder sozial schwächerer Bevölkerungsteile zu einer hochwertigen und möglichst wohnortnahen Versorgung im gesamten Landkreis gewährleistet.

Organisationsmodell erhöht Standortattraktivität

Der Landkreis etabliert mit den größeren ambulanten Versorgungszentren zudem ein für angehende bzw. junge Ärzte attraktives Organisations- und Arbeitsmodell. Ein PVZ mit mehreren Vertragssitzen kann die Ansprüche einer jüngeren Ärztegeneration nach Angestelltenverhältnis, flexibler Arbeitszeit, Teilzeit oder Job sharing befriedigen. Und das PVZ bietet unter anderem die Möglichkeit, sich als Facharzt für Allgemeinmedizin im Rahmen eines größeren Verbundes weiterzubilden. Auch der Wunsch nach kooperativen Arbeitsbeziehungen kann Vertragsärzten, seien sie nun selbstständig oder angestellt freiberuflich tätig, erfüllt werden. Größere

⁴⁶ §95 Absatz 1a SGB V: „Medizinische Versorgungszentren können von zugelassenen Ärzten, von zugelassenen Krankenhäusern, von Erbringern nichtärztlicher Dialyseleistungen nach § 126 Absatz 3 oder von gemeinnützigen Trägern, die aufgrund von Zulassung, Ermächtigung an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen, oder von Kommunen gegründet werden; die Gründung ist nur in der Rechtsform einer Personengesellschaft, einer eingetragenen Genossenschaft oder einer Gesellschaft mit beschränkter Haftung oder in einer öffentlich rechtlichen Rechtsform möglich.“

Versorgungszentren in Form eines PVZ tragen damit zur Nachwuchsgewinnung und zur Stärkung des Gesundheitswirtschaftsstandorts Darmstadt-Dieburg bei.

5.2. Projektorganisation

Zur Umsetzung und Begleitung des Versorgungskonzeptes sollen die relevanten Anspruchsgruppen (Stakeholder) beteiligt werden. Hierzu sollen zwei Gremien etabliert werden. Zum einen ein Gemeindebeirat, bestehend u. a. aus den Vertretern der 23 Gemeinden des Kreises. Dieser soll lokale, kleinräumige Versorgungsbedarfe identifizieren. Und zum anderen ein Fachbeirat als Experten- und Beratungsgremium. Der Landkreis und die Projektleitung übernehmen die operative Umsetzung des Konzeptes, siehe Abbildung 9.

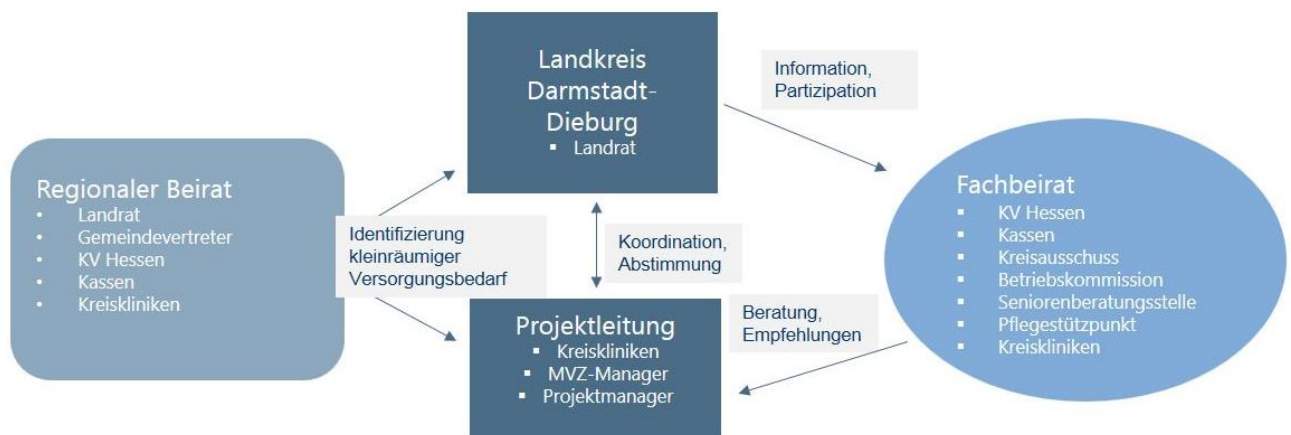


Abbildung 9: Projektorganisation integriertes Gesundheitsnetzwerk

Beteiligung der Gemeinden – der regionale Beirat

Die 23 Gemeinden des Landkreises können sich im Rahmen eines regionalen Beirates – angelehnt an das Konzept der Regionalkonferenzen in der Kinder- und Jugendhilfe – aktiv in die Versorgungsplanung und -steuerung einbringen. Sie können darin frühzeitig drohende Versorgungslücken, z. B. in der ambulanten medizinischen Versorgung, benennen und Lösungsschritte gemeinsam, z. B. mit Nachbargemeinden, entwickeln. Der regionale Beirat⁴⁷ unter Leitung des Landkreises soll aus Vertretern der 23 Gemeinden, der KV Hessen, der Kassen und der Klinikleitung bestehen. Die Leitung der Kreiskliniken ist zu beteiligen, um sektorübergreifend zu planen. Aufgabe des Gremiums ist es, frühzeitig anbahnende Versorgungsbedarfe in der ambulanten und stationären Versorgung zu identifizieren und dagegen kleinräumige Strategien zu entwickeln.

⁴⁷ Siehe hierzu auch Greß S, Stegmüller K (2017). Rahmenbedingungen für eine effektive Versorgungssteuerung auf kommunaler Ebene, in: Brandhorst A, Hildebrandt H, Luthé EW (Hrsg.). Kooperation und Integration – das unvollendete Projekt des Gesundheitssystems. Wiesbaden: Springer VS. S. 375-384.

Der regionale Beirat soll planmäßig einmal jährlich zusammenkommen. Als ständige Gremien fungieren die Projektleitung und der Landkreis, vertreten durch das Landratsamt. Diese realisieren die kleinräumige Versorgungssteuerung und leiten in Rückkoppelung mit den Gemeinden entsprechende Unterstützungsmaßnahmen zur Sicherstellung der Versorgung, z. B. Nachwuchsgewinnung und Nachbesetzen von Praxen, ein. Durch dieses Instrument kann die Bedarfsplanung der KV Hessen um eine kleinräumige, sektorübergreifende Perspektive sinnvoll ergänzt werden, um anbahnenden oder tatsächlichen Versorgungslücken frühzeitig entgegenzuwirken. Der Landkreis Darmstadt-Dieburg übernimmt die organisatorische Verantwortung und bindet die Vertragsärzte über die KV Hessen mit ein.

Beteiligung der KV und GKV – der Fachbeirat

Ein Fachbeirat, bestehend aus Vertretern der KV Hessen, Kassen, Betriebskommission und Klinikleitung, Verwaltung sowie Pflege und Altenhilfe, soll mit seiner Expertise aus den verschiedenen Bereichen des Gesundheitswesens das gesamte Projekt sowohl bei der Konzeption als auch bei der Umsetzung beraten und Empfehlungen abgeben. Der Fachbeirat ist damit das Scharnier in die Kranken- und Pflegeversicherung, Verwaltung und Altenhilfe. Durch die Einbindung dieser Stakeholder sollen die Versorgungsmaßnahmen auch auf die veränderten Bedürfnisse einer älter werdenden Gesellschaft abgestimmt und die Akzeptanz der Maßnahmen erhöht werden. Das Gremium sollte ebenfalls planmäßig einmal jährlich tagen und ansonsten über den Landkreis und die Projektleitung über eingebunden werden.⁴⁸

Mit der Weiterentwicklung des Projektes in Richtung einer integrierten fach-, berufs- und sektorübergreifenden Versorgung ist auch die Projektorganisation in Richtung einer regionalen Managementgesellschaft weiterzuentwickeln, siehe hierzu Kapitel 5.3.

Projektfinanzierung in der ersten Phase

Für die Projektumsetzung ab 2017/2018 ist im ersten Schritt ein Projektmanagement z. B. in Form einer externen Projektleitung erforderlich, das zunächst mit Mitteln des Landkreises finanziert werden sollte. Ferner sollten weitere Aufwandsentschädigungen im Rahmen des Projektes aus dem Kreishaushalt finanziert werden.

5.3. Ausblick und mittelfristige Finanzierung

Mittelfristig ist solch ein integriertes Gesundheitsnetzwerk um eine digitale Vernetzung mit den Gesundheitszentren, kooperierenden Praxen und Partnern sowie Kreiskliniken zu ergänzen. Dies kann geschehen in Form einer elektronischen Patientenakte, die den Behandlern eines Patienten einen exklusiven Zugriff auf relevante Patientendaten wie Diagnosen, Medikamente oder Befunde ermöglicht, telemedizinischer Anwendungen wie Telekonsile oder von eHealth-Anwendungen zum Datenaustausch zwischen Patienten und Praxen. Die Kreiskliniken Darmstadt-Dieburg haben bereits eine entsprechende Software erworben, mit der sie die sektorübergreifende IT-Vernetzung zwischen Vertragsärzten und Kliniken voranbringen wollen.

Die Finanzierung bestimmter medizinischer Leistungen ist bereits heute zum Teil über die reguläre Vergütung für Vertragsärzte (EBM) in der GKV sichergestellt, z. B. Delegationsleistungen der NÄPa. Andere Versorgungs-

⁴⁸ Um die Ressourcen der überregionalen Akteure wie KV Hessen und Kassen zu schonen, könnten die Tagungen der beiden Beiräte an einem Tag stattfinden. Durch eine Personalunion der Vertreter der KV und der Kassen wäre auch der Informationstransfer zwischen den beiden Gremien gewährleistet.

formen innerhalb der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) benötigen hingegen eine extrabudgetäre Vergütung. Hierzu sollten gemeinsam mit der KV Hessen und den Kostenträgern Finanzierungsmöglichkeiten aus der Gesetzlichen Krankenversicherung (Sozialgesetzbesuch V), z. B. Vertrag zur Besonderen Versorgung nach § 140a SGB V oder Förderung durch den Innovationsfonds nach § 92a SGB V, geprüft und realisiert werden. Die OptiMedis AG hat ein Vertragsmodell inklusive Finanzierungs- und Organisationsmodell für die regionale integrierte Versorgung entwickelt, welches auch für den Landkreis Darmstadt-Dieburg zu übertragen wäre. Ferner sollte durch das Projektmanagement geprüft werden, ob Fördermittel Dritter, z. B. Stiftungen, beantragt werden können.

Mit Finanzierung durch bzw. bei Vertragsschluss mit Krankenkassen geht die weitere Professionalisierung der Organisation der Versorgung einher. Diese kann durch eine regionale Managementgesellschaft⁴⁹ erfolgen, die das Versicherten- bzw. Mitgliedermanagement (Werbung, Betreuung), das Leistungspartnermanagement gegenüber Ärzten u. a. (Vergütungs-, Qualitäts- und Praxismanagement), das Versorgungsmanagement (Konzeption und Umsetzung) und das Vertragsmanagement inklusive Controlling und Finanzmanagement übernimmt. Gesellschafter einer solchen Managementgesellschaft können u. a. der Landkreis Darmstadt-Dieburg und die niedergelassenen Ärzte sein. Die Finanzierung der regionalen Managementgesellschaft sollte durch den Versorgungsvertrag nach § 140a SGB V erfolgen. Eine solche Managementgesellschaft kann die in Kapitel 5.2. geschilderte Projektorganisationen sinnvoll komplementieren.

⁴⁹ Siehe hierzu auch die Integrierte Versorgungs Gesundes Kinzigtal und deren regionale Managementgesellschaft „Gesundes Kinzigtal GmbH“ unter <http://www.gesundes-kinzigtal.de>.

6. Teilnehmer Projektgruppen

An den vier Projektgruppen haben teilgenommen:

Projektgruppe Sicherstellung Grundversorgung
▪ Dr. Florian Zimmer, Facharzt für Allgemeinmedizin, Ober-Ramstadt ▪ Dr. Michael Andreas Krist, Facharzt für Allgemeinmedizin, Ober-Ramstadt ▪ Dr. Albrecht Dörr, Facharzt für Innere Medizin, Ober-Ramstadt ▪ Frau Eichinger, Medizinische Fachangestellte, Ober-Ramstadt ▪ Dr. Bela Ziegler, Facharzt für Orthopädie ▪ Pelin Meyer, Mitglied der Geschäftsführung der Kreiskliniken Darmstadt-Dieburg ▪ Alexander Noll, MVZ-Manager Zentrum der medizinischen Versorgung Darmstadt-Dieburg
Projektgruppe Geriatischer Versorgungspfad
▪ Dr. Silvia Herbig, Fachärztin für Innere Medizin, Kreiskliniken Darmstadt-Dieburg ▪ Evgenia Khanukova, Fachärztin für Innere Medizin, Ober-Ramstadt ▪ Dr. Teodora Tripkou-Diekmann, Fachärztin für Innere Medizin, Geriatrie und Ernährungsmedizin, Lengfeld ▪ Dr. Martin Schunck Chefarzt der Geriatischen Abteilung und Mitglied der Geschäftsführung der Kreiskliniken Darmstadt-Dieburg
Projektgruppe Seelische Gesundheit
▪ Elke Altwein, Sozialpsychiatrischer Dienst, Darmstadt ▪ Bastian Ripper, Caritas, Darmstadt ▪ Stefanie Rhein, Caritas, Darmstadt ▪ Dr. Susanne Jöhnck, Sozialpsychiatrischer Dienst Darmstadt-Dieburg ▪ Jutta Schwibinger, Sozialpsychiatrischer Dienst Darmstadt-Dieburg ▪ Doris Schek, OV Darmstadt der Angehörigen psychisch Kranker ▪ Gisela Petersen, OV Darmstadt der Angehörigen psychischer Kranker ▪ Dr. Michael Bohny, Facharzt für Nervenheilkunde, Darmstadt ▪ Dr. Gerd Reifschneider, Neurozentrum Odenwald, Groß-Umstadt ▪ Martin Krebes, Psychosoziale Dienstleistungen Bergstraße ▪ Sabine Hahn, Interkulturelles Büro Landkreis Darmstadt-Dieburg ▪ Jorgos Schütz, REAS GmbH, Asbach ▪ Prof. Dr. Thomas Wobrock, Zentrum für Seelische Gesundheit, Groß-Umstadt ▪ Norbert Schmidt, Sozialpsychiatrischer Dienst Lahn-Dill-Kreis (Gast) ▪ Angelika Diringer-Seither, Gesundheitsamt Lahn-Dill-Kreis (Gast)
Projektgruppe Sektorübergreifende Kooperation
▪ Dr. Jörn Voigt, Kinderarzt, 2. Vorsitzender des Ärztenetzes Groß-Umstadt/Otzberg e.V. ▪ Dr. Jutta Landenberger, 1. Vorsitzende des Ärztenetzes Groß-Umstadt/Otzberg e.V. (zeitweise) ▪ Dr. Martin Schunck Chefarzt der Geriatischen Abteilung und Mitglied der Geschäftsführung der Kreiskliniken Darmstadt-Dieburg ▪ Pelin Meyer, Mitglied der Geschäftsführung der Kreiskliniken Darmstadt-Dieburg ▪ Alexander Noll, MVZ-Manager Zentrum der medizinischen Versorgung Darmstadt-Dieburg

7. Über die OptiMedis AG

Die OptiMedis AG ist eine Management- und Beteiligungsgesellschaft. Ihr Schwerpunkt ist der Aufbau regionaler, populationsorientierter Integrierter Versorgung gemeinsam mit Ärzten, Krankenhäusern und Krankenkassen. Die OptiMedis AG vernetzt die Partner, verhandelt Verträge, baut die nötigen Strukturen auf, übernimmt das Management und analysiert die Versorgungsdaten. Die bekannteste Beteiligung der OptiMedis AG ist die Integrierte Versorgung Gesundes Kinzigtal in Südbaden (www.gesundes-kinzigtal.de). Seit Anfang 2017 etabliert die OptiMedis AG – mit Mitteln aus dem Innovationsfonds im Gesundheitswesen – eine sektorübergreifende Versorgung in deprivierten Stadtteilen von Hamburg. Sie setzt weiterhin in anderen Regionen Deutschlands oder bundesweit einzelne Projekte zum Versorgungsmanagement um oder erstellt Versorgungskonzepte.

Das Ziel ist dabei immer, die Strukturen und Abläufe im Gesundheitswesen und damit auch die Qualität der Versorgung zu verbessern. Voraussetzung hierfür ist, dass die medizinische Versorgung bewertet und angepasst wird. Deshalb analysiert die OptiMedis AG die Versorgungsdaten ihrer eigenen und auch anderer Projekte (z. B. GKV-Routinedaten und Daten aus den Arztinformationssystemen) und nutzt dazu ihr multidimensionales Data-Warehouse mit angedockter Business Intelligence-Software von Deltamaster.

Wichtig ist der OptiMedis AG neben einem professionellen Management auch die wissenschaftliche Grundlage ihrer Arbeit. Sie arbeitet mit verschiedenen Universitäten und Wissenschaftlern aus den Gesundheitswissenschaften und der Gesundheitsökonomie eng zusammen.

8. Literaturverzeichnis

Becker K. Praxishandbuch integrierte Behandlungspfade, Economica-Verlag, 2006

Beerheide R. Einzelkämpfer adé. Junge Ärzte wollen in Teams arbeiten. In: Ärzte Zeitung online, 09.02.2015. http://www.aerztezeitung.de/praxis_wirtschaft/ausbildung/article/878793/einzelkaempfer-ade-junge-aerzte-wollen-teams-arbeiten.html (17.05.2017)

Borchelt M, Wrobel N, Trilhof G. Online-Kodierleitfaden Altersmedizin 2010

Dapp U et al. Long-Term Prediction of Changes in Health Status, Frailty, Nursing Care and Mortality in Community-Dwelling Senior Citizens – Results From the Longitudinal Urban Cohort Ageing Study (LUCAS). In: BMC Geriatrics, 14; 141, 2014

Goffrier B, Schulz M, Bätzing-Feigenbaum J. Administrative Prävalenzen und Inzidenzen des Diabetes mellitus von 2009 bis 2015. Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in Deutschland (Zi). Versorgungsatlas-Bericht Nr. 17/03. Berlin 2017. DOI: 10.20364/VA-17.03. <http://www.versorgungsatlas.de/themen/alle-analysen-nach-datum-sortiert/?tab=6&uid=79>

Greß S, Stegmüller K (2017). Rahmenbedingungen für eine effektive Versorgungssteuerung auf kommunaler Ebene, in: Brandhorst A, Hildebrandt H, Luthe EW (Hrsg.). Kooperation und Integration – das unvollendete Projekt des Gesundheitssystems. Wiesbaden: Springer VS. S. 375-384

Hessisches Ministerium für Soziales und Integration und Kassenärztliche Vereinigung Hessen. Regionaler Gesundheitsreport 2014. Gesundheitliche und pflegerische Versorgung. Daten. Fakten. Ausblicke. Landkreis Darmstadt-Dieburg. Wiesbaden, 2014

Kassenärztliche Bundesvereinigung. Arbeiten im Team. Informationen zu Praxisformen und Möglichkeiten der Kooperation (Praxiswissen), Berlin, o. J.

Kassenärztliche Bundesvereinigung (Hrsg.). Berufsmonitoring Medizinstudenten 2014. Ergebnisse einer bundesweiten Befragung, Berlin, 2015

Kassenärztliche Vereinigung Hessen. Fachärztereport 2015. Fachärztliche Versorgung in Hessen. Nervenärzte, Frankfurt/M., 2015

Kassenärztliche Vereinigung Hessen. Fachärztereport 2015. Fachärztliche Versorgung in Hessen: Psychotherapeuten, Frankfurt/M., 2015

Kassenärztliche Vereinigung Hessen. Fokus: Gesundheit. Analyse der ambulanten medizinischen Versorgung Landkreis Darmstadt-Dieburg. Frankfurt/M., 2016

Reibnitz, von, C. (Hrsg.). Case Management: praktisch und effizient, Springer-Verlag, 2015

Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen. Bedarfsgerechte Versorgung – Perspektiven für ländliche Regionen und ausgewählte Leistungsbereiche, Gutachten, 2014

Schaeffer D, Hämel K, Ewers M. Versorgungsmodelle für ländliche und strukturschwache Regionen. Anregungen aus Finnland und Kanada, Weinheim und Basel: Beltz Juventa, 2015

Schellhaas KP. Zukunft Gesundheit. Gemeinsam medizinische Versorgung und Pflege sichern im Landkreis Darmstadt-Dieburg, 2015

Schöppner O. Konzept zum Aufbau eines Regionalen Gesundheitsnetzwerkes durch den Landkreis Darmstadt-Dieburg, o. J.

Schultz A, Brandt P. Demographietypisierung für Kommunen. Methodisches Vorgehen und empirische Befunde – Berichtsjahr 2013. http://www.wegweiser-kommune.de/documents/10184/10615/Methodik_Clustering.pdf/05a1b137-7dbf-4bf4-828d-9a097a4f3805 (04.05.2017)