Philip Bammert MSc / Dr. oec. publ. Wiebke Schüttig MSc MBR / Saskia Kropp MSc / Dipl.-Betriebsw. (FH) Matthias Brittner / Dr. rer. nat. Roman Gerlach / Prof. Dr. rer. oec. Leonie Sundmacher

Praxisnetze in Deutschland: Struktur, Zusammenarbeit und Schwerpunkte

Ergebnisse einer Fragenbogenerhebung

Der ambulante Sektor in Deutschland ist von besonderen Charakteristika gekennzeichnet, darunter die organisatorische Trennung vom stationären Sektor, die freie Arztwahl für Patient:innen sowie das Fehlen einheitlicher Kommunikationskanäle zwischen Leistungserbringer:innen (1). Koordination und Kontinuität in der Versorgung werden hierdurch erschwert, was letztlich zu Einschnitten in der Qualität der Versorgung der Patient:innen führen kann. Beispielhafte Negativfolgen einer unkoordinierten Versorgung sind übermäßige Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen, Unterbrechungen von Behandlungspfaden oder Fehlmedikation. Insbesondere bei multimorbiden Patient:innen mit einem hohen Bedarf nach Gesundheitsleistungen besteht die Gefahr einer Fehlversorgung. Bezüglich der kollaborativen Berufsausübung im ambulanten Sektor besteht Entwicklungspotenzial und es sind Versorgungsmodelle notwendig, welche die Zusammenarbeit und Koordination in der Versorgung verbessern.

>> Mit dem zweiten GKV-Neuordnungsgesetz im Jahr 1997 wurden mit dem Ziel, die Ressourcen im Gesundheitssystem effizienter zu nutzen, sogenannte Praxisnetze etabliert. Diese bieten Leistungserbringenden die Möglichkeit, sich formell zusammenzuschließen und in regionalen Verbünden die Versorgung zu gestalten. Gleichzeitig können sie als Interessenvertretung auftreten. Praxisnetze können als regionale Zusammenschlüsse von Leistungserbringer:innen im medizinischen Bereich definiert werden, welche darauf abzielen, die Versorgung einer Gruppe gemeinsam versorgter Patient:innen besser zu koordinieren und die Qualität der Behandlung für diese zu verbessern (2). Die Zahl der Praxisnetze in Deutschland nimmt stetig zu. Seit 2012 bietet der Gesetzgeber Praxisnetzen die Möglichkeit, sich nach § 87b Abs. 4 SGB V anerkennen zu lassen (3), wofür sie bestimmte Strukturkriterien erfüllen und vorgegebene Ziele verfolgen müssen. Diese Ziele beziehen sich auf Patientenzentriertheit, kooperative Berufsausübung sowie Effizienzsteigerung und Prozessoptimierung. Es wird zwischen drei Anerkennungsstufen unterschieden, welche in den Rahmenvorgaben der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) spezifiziert werden. Je nachdem, in welchem Ausmaß die Vorgaben erfüllt sind, erhalten Netze eine Anerkennung zur Basisstufe, Anerkennungsstufe 1 oder Anerkennungsstufe 2. Laut dem Praxisnetzatlas der KBV existieren heute 91 nach § 87b Abs. 4 SGB V anerkannte Gesundheitsnetze in Deutschland (4). Nicht inkludiert sind hierbei die vielen nicht anerkannten Netze. Es gibt derzeit nur einzelne Studien, in welchen die Praxisnetzlandschaft regionsübergreifend beschrieben wird, oder solche, die die Netze in ihrer Leistung umfassend darstellen.

Zusammenfassung

Einleitung: Praxisnetze können als regionale Zusammenschlüsse von Leistungserbringer:innen im medizinischen Bereich definiert werden, welche darauf abzielen, die Versorgung einer Gruppe gemeinsam versorgter Patient:innen zu verbessern. Ziel dieser Befragung war es, Informationen zur Organisation von Praxisnetzen, deren Kooperation und Kommunikation sowie etablierten Initiativen zur Verbesserung der Versorgungsqualität zu erlangen und systematisch darzustellen.

Methodik: Ein Fragebogen mit dem Ziel der Erhebung etablierter struktureller Bedingungen, Qualitätssicherungsmaßnahmen und vorhandener Kommunikationsmittel wurde an Praxisnetze in Deutschland versendet. Weiterhin sollten die Akzeptanz von Qualitätssicherungsmaßnahmen, Einschätzungen zur Kooperation im Netz sowie Erfolgsfaktoren und Hemmnisse erfragt werden.

Ergebnisse: Insgesamt wurden Fragebögen von 49 Praxisnetzen zurückerhalten. Die Ausgestaltung der Netze in Bezug zum strukturellen Aufbau als auch zu festgelegten Zielsetzungen variiert. So liegt die Anzahl an teilnehmenden Ärzt:innen zwischen 10 und 300 und es wurden über 20 verschiedene Schwerpunkte genannt. Maßnahmen der Qualitätssicherung sind weitreichend implementiert, ebenso sind Wege der Kommunikation innerhalb der Netze konsentiert. Diesbezüglich geben beispielsweise 86% der Netze an, dass es konsentierte Behandlungspfade gibt und 68%, dass sichere Mail-Verbindungen und Faxlisten etabliert sind.

Schlussfolgerung: Die Versorgungslandschaft der Praxisnetze scheint stark heterogen zu sein. In vielen Fällen gibt es gefestigte Strukturen und etablierte Maßnahmen der Qualitätssicherung. Die Netze haben klar formulierte Ziele, um die Qualität der Versorgung für Patient:innen zu verbessern. Weitere Forschung ist notwendig, um die Entwicklung der Praxisnetze abzubilden und deren Leistung zu evaluieren.

Schlüsselwörter

Arztnetzwerke, Versorgungsqualität, Qualitative Forschung

Crossref/doi

http://doi.org/10.24945/MVF.06.24.1866-0533.2269

Methodik

Im Rahmen des Innovationsfondsprojekts ATP Arztnetze – Arbeitsteilung und Performance empirischer und organisierter Netzwerke im ambulanten Sektor in Deutschland (5) wurde eine umfassende Befragung der Praxisnetze durchgeführt.

Ziel der Befragung war es, Informationen zur Organisation von Praxisnetzen, deren Kooperation und Kommunikation sowie etablierten Initiativen zur Verbesserung der Versorgungsqualität zu erlangen. Für die Erstellung des Fragebogens wurden zu Beginn die vorhandene Evidenz zu Praxisnetzen, die Rahmenvorgaben der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) sowie die jährlichen Versorgungsberichte der Praxisnetze gemäß § 87b Abs. 4 SGB V analysiert (3).

Auf Grundlage der Literatur wurden dann zunächst Themenbereiche und folglich die Fragestellungen abgeleitet. Bei der Erstellung des Fragebogens wurden die Vorgaben der Medical Research

Council (MRC) Guidelines zur Prozessevaluation berücksichtigt. Die Vorgaben des MRC geben eine Hilfestellung bei der Prozessevaluation von komplexen Interventionen und eignen sich unter anderem zur Anwendung in der Versorgungsforschung (6). Abbildung 1 bietet eine Übersicht zu den Themenbereichen und Unterthemen des Fragebogens.

Die Themenbereiche des Fragebogens umfassten die etablierten strukturellen Bedingungen, Qualitätssicherungsmaßnahmen und vorhandenen Kommunikationsmittel in den Netzen. Weiterhin sollte die Akzeptanz von Qualitätssicherungsmaßnahmen, Einschätzungen zur Kooperation im Netz sowie Erfolgsfaktoren und Hemmnisse erfragt werden.

Themenbereiche des Fragebogens nach den Rahmenvorgaben zur Anerkennung von Praxisnetzen

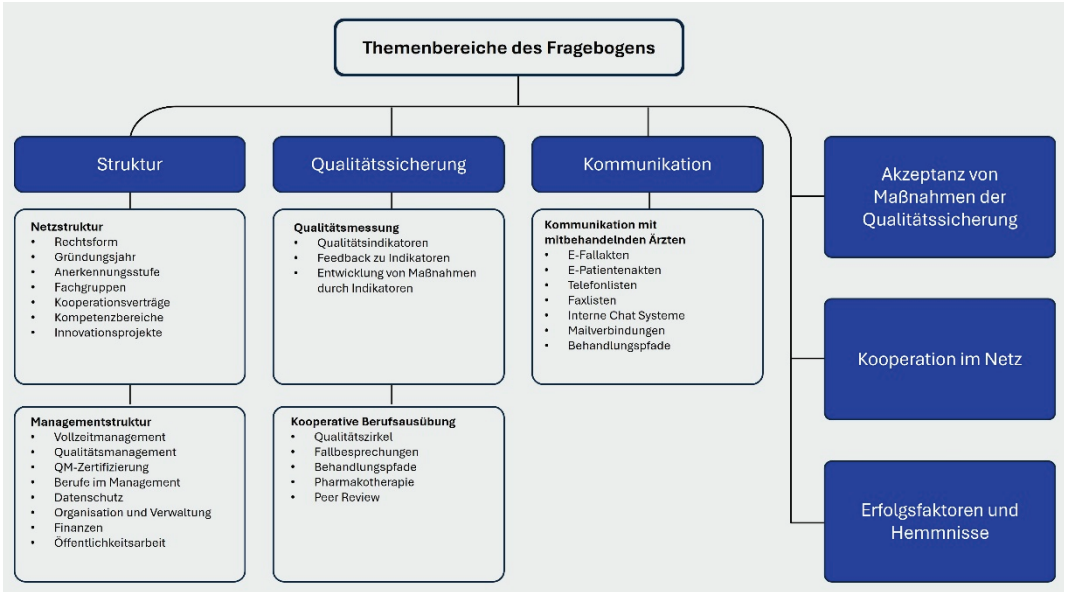


Abb. 1: *Die Themenbereiche des Fragebogens wurden anhand der Rahmenvorgaben zur Anerkennung von Praxisnetzen nach § 87b Abs. 4 SGB V und der bestehenden Literatur festgelegt.*

Eine Liste von zu kontaktierenden Praxisnetzen wurde vom Bundesverband der Arzt-, Praxis- und Gesundheitsnetze (ADA) verfügbar gemacht. Zudem stellte die AOK Bayern eine Liste aller Praxisnetze, welche am QuATRo-Projekt teilnahmen, bereit. Das Projekt QuATRo (Qualität in Arztnetzen – Transparenz mit Routinedaten) bietet teilnehmenden Praxisnetzen anhand verschiedener Qualitätsindikatoren die Möglichkeit, die Versorgungsleistung der inkludierten Leistungserbringenden zu bewerten und Vergleiche zu anderen QuATRo-Praxen, QuATRo-Netzen und dem Landesdurchschnitt zu ziehen (7). Im August 2019 wurden die Fragebögen das erste Mal an die Praxisnetze gesendet. Hierfür wurde aus jedem Netz mindestens ein/e Vertreter:in per eMail kontaktiert mit der Bitte, den Fragebogen auszufüllen. Der Fragebogen wurde in digitaler Form an die Netzvertreter:innen übermittelt, angehängt an ein Anschreiben, in welchem die Ziele des Projekts kurz erläutert wurden, um eine möglichst hohe Rücklaufquote zu erhalten. Es wurden weiterhin Erinnerungsschreiben per eMail versendet und eine Bearbeitung innerhalb mehrerer Monate zugelassen.

Ergebnisse

Insgesamt wurden 49 Fragebögen ausgefüllt und an das Forschungsteam zurückgesendet. Die Rücklaufquote entspricht 25% der angefragten Netze, wobei es sich um die bei der ADA registrierten Netze und die QuATRo-Netze der AOK Bayern handelte. Im Folgenden wird die Auswertung der Fragebögen dargestellt. In der Ergebnisbeschreibung wird sich an der Reihenfolge des Fragebogens orientiert.

Die zurückerhaltenen Fragebögen stammten aus 12 der 17 KV-Regionen. Die Mehrheit war aus Westfalen-Lippe (n = 17), gefolgt von Bayern (n = 11) und Schleswig-Holstein (n = 5). Der Großteil der Netze (n = 23) inkludierte zum Zeitpunkt der Befragung zwischen 50 und 100 Mitglieder, 15 Netze sogar mehr als 100 Leistungserbringende. Die meisten der Netze wiesen eine stark diversifizierte Fachgruppenzusammensetzung auf. 48 der 49 Netze setzten sich aus 3 oder mehr verschiedenen Facharztgruppen zusammen und 41 der 49 Netze gar aus 10 oder mehr Facharztgruppen. Abbildung 2 gibt Auskunft darüber, in wie vielen Netzen die jeweiligen Facharztgruppen vorkamen.

Knapp die Hälfte der Netze (n = 24) gab an, stimmberechtigte Mitglieder aus anderen Sektoren, beispielsweise Krankenhäuser oder Pflegeeinrichtungen, zu haben. Weiterhin waren zum Zeitpunkt der Befragung 11 der Netze nicht bei der KBV gemäß § 87b Abs. 4 SGB V anerkannt, 24 Netze besaßen die Basisstufe, 14 die Anerkennung nach Stufe 1 und keines eine Anerkennung nach Stufe 2. Mehrere gaben jedoch an, dass eine Anerkennung der nächsthöheren Stufe in Planung sei.

Abbildung 3 bietet einen Überblick über die Indikationen und Patientengruppen, auf die die Netze den Fokus legten. Die häufigsten Themen waren hierbei Diabetes (n = 25), Herzinsuffizienz (n = 19) und die geriatrische Versorgung (n = 17).

Die meisten Netzwerke waren als eingetragener Verein (e. V.) organisiert (26 von 45 Netzwerken), gefolgt von den Rechtsformen der Kapitalgesellschaft und Personengesellschaft.

Hinsichtlich der Struktur der Netzwerke ergab sich ein umfassendes Bild: Es wurde die Anzahl der Mitarbeiter:innen im Management beziffert, welche in rund 45% der Netze bei einer Person, in 45% der Netze bei zwischen zwei und fünf Mitarbeiter:innen und bei rund 10% der Netze über 5 Mitarbeiter:innen lag. In 64% der

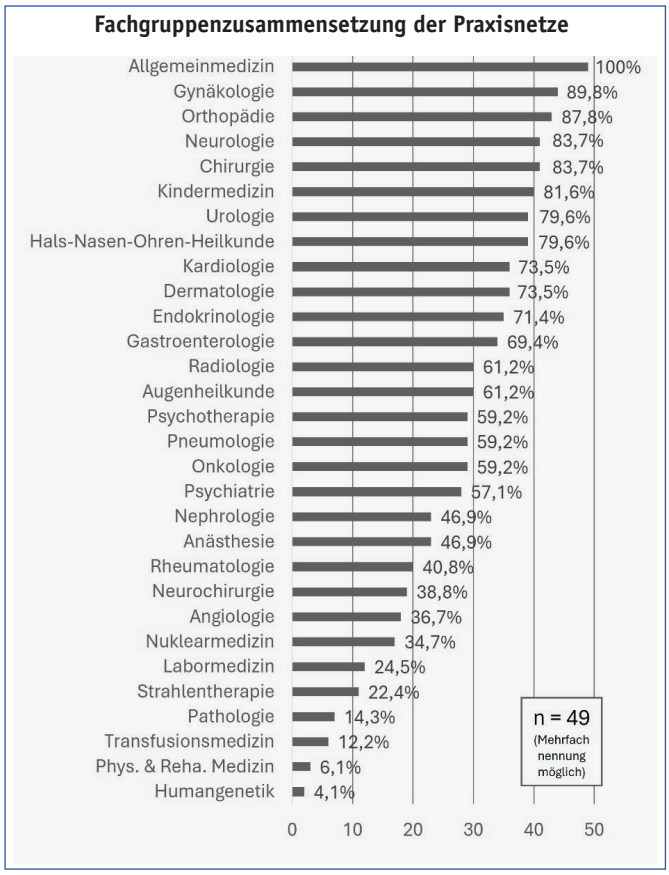


Abb. 2: *Die Grafik zeigt, in wie viel Prozent der Praxisnetze ein/e Ärzt:in der jeweiligen Fachgruppe als Mitglied vertreten war. Insgesamt antworteten 49 Praxisnetze und Mehrfachnennungen waren möglich.*

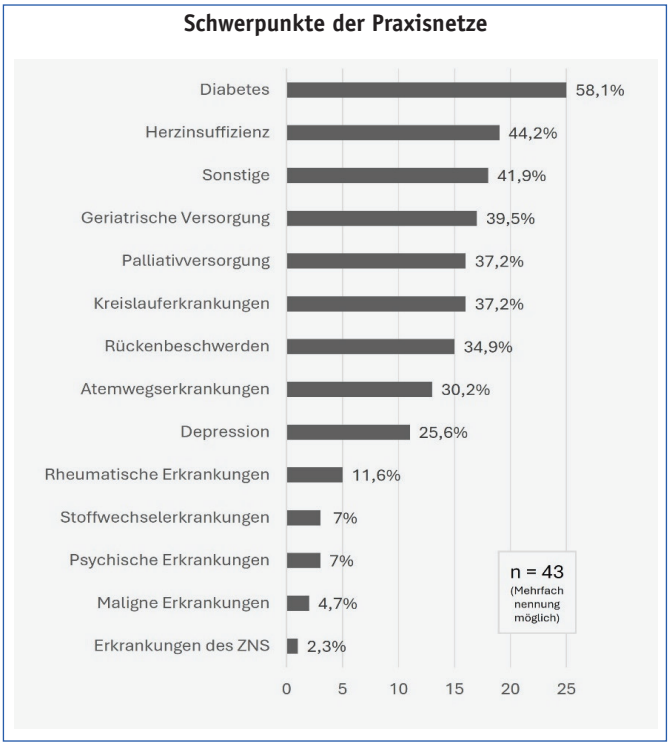


Abb. 3: *Die Grafik zeigt, welche Indikationen und Patientengruppen die Praxisnetze als Schwerpunkt ihrer Arbeit festgelegt haben. Insgesamt antworteten 43 Praxisnetze auf die Frage und Mehrfachnennungen waren möglich.*

Netze gab es Mitarbeiter:innen mit kaufmännischer Ausbildung im Management. 56% der Netze gaben an, Gesundheitsökonom:innen im Management zu haben, 36% Ärzt:innen und 25% medizinische Fachangestellte. Nur 20% der Netze waren QM-zertifiziert, jedoch hatte die Mehrheit Kooperationen mit Krankenkassen durch Selektivverträge geschlossen. 45% der Netzwerke gaben eine Kooperation nach § 140 SGB V Besondere Versorgung an und 27% nach § 73a SGB V. Kein einziges Netz schloss einen Vertrag nach § 63 SGB V Modellvorhaben. Mit 63% der Netze gab es in der Mehrheit der Netze eine vertragliche Regelung zur Erhebung von Qualitätsindikatoren. 39% der Netze nutzen dabei das QuATRo-System (7) und 27% das BrAVo-System (8).

Weitere genutzte Indikatorensysteme waren AdaM (9), RESIST (10) und der KVWL-Praxisnetzspiegel (11). Das Ausmaß, in welchem die teilnehmenden Netzärzt:innen Feedback zu den Indikatoren erhalten und ob daraus Maßnahmen für die Arbeit im Netz abgeleitet werden, variierte stark. Die Mehrheit der Netze (36%) gab an, dass die Ausprägungen der Indikatoren in den vergangenen Jahren unverändert blieben, wohingegen nur 11% der Netze angaben, dass sich die Indikatorwerte verbesserten. Bereiche, in denen Verbesserungen erzielt wurden, waren insbesondere Impfquoten, Teilnahmeraten an Disease-Management-Programmen, Reduktion von Wartezeiten sowie das Arzneimittelmanagement. Die Auswertung der Fragebögen zeigte, dass neben dem Erheben von Qualitätsindikatoren weitere Maßnahmen zur Qualitätssicherung etabliert wurden. So gaben 86% der Netze an, dass konsentierte Behandlungspfade zu einer oder mehreren Indikationen etabliert wurden. In allen Netzen, welche die Frage beantworteten, finden regelmäßig Qualitätszirkel statt und in 11% der Netze sind Peer-Review-Verfahren Bestandteil der Zusammenarbeit.

Tabelle 1 stellt die Einschätzung der Netzvertreter:innen zur Akzeptanz von verschiedenen Maßnahmen unter den Netzärzt:innen dar. Hier zeigten sich insbesondere Qualitätszirkel und Behandlungspfade als weitreichend akzeptiert, wohingegen die Akzeptanz bezüglich Qualitätsindikatoren und Peer-Review-Verfahren verhältnismäßig gering war.

Bezüglich der Kommunikation im Netz wurde eine Bandbreite an Kommunikationsmitteln genannt. Das am häufigsten etablierte Mittel sind Telefonlisten (86%), gefolgt von Faxlisten (68%) und sicheren Mail-Verbindungen (68%). Seltener hingegen wurden elektronische Patientenakten (37%), netzinterne Chat-Systeme (33%) und elektronische Fallakten (22%) als Kommunikationsmittel genannt. Weiterhin wurden in der Erhebung die konsentierten Prioritäten der Netzwerke erfragt. Am häufigsten angegeben wurden hierbei die Erweiterung sektorenübergreifender Kooperationen (79%), die Implementierung von weiteren Maßnahmen der Qualitätssicherung (63%) und Fortschritte im Bereich der Telemedizin (44%).

Tabelle 2 zeigt die Einschätzungen der Netzvertreter:innen zur Kooperation im Netzwerk. Besonders positiv wurde hierbei die klare Aufgabenverteilung in Bezug auf Aufgaben, Kompetenzen und Verantwortlichkeiten des Netzmanagements eingeschätzt. Weiterhin wurde die Zusammenarbeit zwischen Netzmanagement und Netzärzt:innen als sehr gut bewertet.

Mehrere Aspekte wurden in Freitextfeldern genannt, welche aus Sicht der Befragten Erfolgsfaktoren und Hindernisse für die

Akzeptanz verschiedener Maßnahmen der Qualitätssicherung					
Aussage	**Stimme voll zu**	**Stimme eher zu**	**Teils/teils**	**Stimme eher nicht zu**	**Stimme nicht zu**
Qualitätsindikatoren werden von den Netzärzten voll und ganz akzeptiert. (n=37)	5	12	18	-	2
Qualitätszirkel werden von den Netzärzten voll und ganz akzeptiert. (n=40)	29	7	2	2	-
Behandlungspfade werden von den Netzärzten voll und ganz akzeptiert. (n=37)	8	18	9	1	1
Maßnahmen zur Pharmakotherapie werden von den Netzärzten voll und ganz akzeptiert. (n=35)	3	22	8	1	1
Peer-Review wird von den Netzärzten voll und ganz akzeptiert. (n=13)	-	1	7	3	2

Tab. 1: Die Tabelle zeigt, als wie akzeptiert die Netzvertreter:innen verschiedene Maßnahmen der Qualitätssicherung in den Praxisnetzen einschätzen. Dies umfasst Qualitätsindikatoren, Qualitätszirkel, Behandlungspfade, Maßnahmen zur Pharmakotherapie und Peer-Review.

Einschätzung der Kooperation					
Aussage	**Stimme voll zu**	**Stimme eher zu**	**Teils/teils**	**Stimme eher nicht zu**	**Stimme nicht zu**
Aufgaben, Kompetenzen und Verantwortlichkeiten des Netzmanagements sind klar definiert. (n=41)	29	10	1	1	0
Bei wichtigen Themen einer guten Patientenversorgung gelingt es den Netzmitgliedern, Entscheidungen zu treffen, die im Anschluss von allen Netzmitgliedern getragen werden. (n=41)	7	18	13	2	1
Konsentierte bzw. getroffene Entscheidungen werden zeitnah umgesetzt. (n=41)	8	19	13	1	0
Die Zusammenarbeit zwischen Netzmanagement und Netzärzten verläuft sehr gut. (n=41)	19	18	3	1	0
Mitbehandelnde Ärzte im Arztnetz werden zeitnah über relevante medizinische Befunde der von ihnen versorgten Patienten informiert. (n=38)	12	22	4	0	0
Insgesamt funktioniert die Koordination der Patientenversorgung im Arztnetz sehr gut. (n=40)	16	20	3	1	0

Tab. 2: Die Tabelle zeigt, wie die Netzvertreter:innen bestimmte Aspekte der Kooperation in den Praxisnetzen einschätzen.

erfolgreiche Vernetzung darstellen können. Zunächst wurde hier der regelmäßige Kontakt und informeller Austausch zwischen den beteiligten Leistungserbringenden genannt. Dies soll ein gewinnbringendes Arbeitsklima zum Ziel haben. Durch frühzeitiges Kennenlernen könne Vernetzung entstehen und Freude an der Zusammenarbeit wachsen. Dies fördere weiterhin eine erfolgreiche Kommunikation und das leichtere Beseitigen von Missverständnissen. Es ist laut Aussage der Netzvertreter:innen zudem wichtig, Konkurrenzdenken unter den Beteiligten abzubauen und eine kollegiale Zusammenarbeit zu ermöglichen. Das Schaffen von Rahmenbedingungen für solch eine erfolgreiche Kommunikation solle bestenfalls auch das nicht ärztliche Praxispersonal einbinden und gegebenenfalls auch Akteure aus anderen Sektoren miteinschließen. Für eine kooperative Netzstruktur ist weiterhin gemäß Angaben der Befragten ein angemessen organisiertes Netzbüro erforderlich. Dazu gehöre eine klare Aufgabenverteilung sowie transparentes Handeln, welches sich unter anderem in einem offenen Dialog über die Vor- und Nachteile der Teilnahme an Praxisnetzen niederschlage.

Ebenso wird die Weiterentwicklung der digitalen Kommunikationsmöglichkeiten und technischen Infrastruktur als Erfolgsfaktor genannt. Standardisierte Lösungen für einen verlässlichen und umfänglichen Informationsfluss zwischen Netzmitgliedern könnten die Zusammenarbeit erleichtern und zu einer Intensivierung der kooperativen Berufsausübung beitragen. Eine deutschlandweite oder zumindest regionale Implementierung der elektronischen Patientenakte wurde in diesem Kontext von den Befragten genannt.

Das größte Hindernis bei der erfolgreichen Beteiligung im Praxisnetz ist gemäß den Befragten die große zeitliche Belastung der Praktizierenden im Arbeitsalltag, welche es erschwere, sich darüber hinaus im Netz zu engagieren. Freie Zeit müsste hingegen in Sprechstunden und bürokratische Arbeiten investiert werden. Diese Herausforderung wird durch den generellen Ärztemangel weiter verschärft. Es resultiere daraus eine mangelnde Bereitschaft, Zeit für die Arbeit im Praxisnetz aufzuwenden, welche in Hinsicht auf die Administration und Dokumentationsanforderungen als relativ aufwendig beschrieben wird.

Zuletzt werden fehlende Motivation und Skepsis gegenüber der Netzwerkarbeit einzelner Teilnehmender als Hemmnisse angeführt. Die Zusammenarbeit könne weiterhin behindert werden durch emotionale Vorbehalte, Angst vor Fremdbestimmung und Sorge vor Patientenverlusten. Die interprofessionelle Kooperation würde weiterhin durch eingefahrene Gewohnheiten mancher Leistungserbringenden eingeschränkt werden. Diesbezüglich wurde angeführt, dass ein Generationenwechsel in der Ärzteschaft eine Chance für die Ausbildung kooperativer Versorgungsformen darstellen kann. Insbesondere junge Mediziner:innen könnten vom koordinierten Austausch profitieren und die bestehenden Strukturen mit Leben füllen.

Diskussion

Die vorliegende Fragebogenerhebung hatte zum Ziel, die Organisation, Strukturen sowie Bedingungen der Kooperation in Praxisnetzen in Deutschland abzubilden. Die vorliegenden Ergebnisse beziehen sich auf 49 Praxisnetze aus verschiedenen Regionen.

Die Auswertung zeigt auf, wie heterogen die Praxisnetze aufgebaut sind. Dies betrifft sowohl die Anzahl an Teilnehmer:innen, welche von 10 bis 300 reichte, die Fachgruppenzusammensetzung und auch die Existenz von sektorenübergreifenden Kooperationen. Weiterhin zeigten sich Unterschiede hinsichtlich der Rechtsform des Netzes, dem Gründungsjahr sowie der Anerkennungsstufe zum Zeitpunkt der Befragung. Einige der befragten Netze befanden sich noch in der Phase des Aufbaus, wohingegen andere bereits langjährig etabliert sind. Auch die Größe und der Aufbau der jeweiligen Managementeinrichtungen unterschied sich stark voneinander. Die Anzahl an Mitarbeiter:innen reichte hierbei von 1 bis 14. Weitere Unterschiede gab es auch hinsichtlich der Ausbildung der Netzmitarbeiter:innen, welche in manchen Netzen mehr ökonomisch und in anderen mehr medizinisch ausgerichtet war.

Nicht nur in den strukturellen Aspekten, sondern auch bezüglich der inhaltlichen Ausgestaltung und der Zielsetzungen zeigte sich ein diverses Bild. So gab es zwar Fokusthemen, welche häufig genannt wurden, wie Diabetes und Herzinsuffizienz, dennoch nannten die 49 befragten Netze mehr als 20 verschiedene Bereiche, auf

welche sie sich spezialisierten.

Weitere Implikationen gehen aus der Befragung hinsichtlich der Nutzung von Qualitätsindikatorsystemen hervor. Die Auswertung zeigte, dass verschiedenste Systeme genutzt werden, was teils vertraglich mit den Krankenkassen vereinbart wurde. Ein einheitliches Qualitätsindikatorenset, welches sich zur Nutzung in Praxisnetzen eignet, ist wünschenswert, um einen Vergleich der Netze untereinander zu ermöglichen und gleichzeitig deren Besonderheiten zu berücksichtigen. Auch die Möglichkeiten zur Nutzung von Auswertungen der Qualitätsindikatoren sollte hierbei erforscht werden, da hier ebenfalls Optimierungspotenziale bei einigen Netzen bestehen. Viele Maßnahmen der Qualitätssicherung scheinen bereits umgesetzt zu sein. Auch wenn die meisten davon auf hohe Akzeptanz stoßen, scheint es insbesondere bei den Qualitätsindikatoren Aufklärungsbedarf zu geben, um auch deren Akzeptanz zu steigern.

Im Folgenden soll ein Bezug der vorliegenden Auswertung zur quantitativen Evaluation der Performance von Praxisnetzen im ATP-Projekt hergestellt werden (12). Hierbei wurde mittels quasi-experimenteller Methoden ein Vergleich zwischen verschiedenen Praxisnetzen der Regionen Bayern, Brandenburg und Westfalen-Lippe und der Regelversorgung gezogen. Positiv schnitten die Praxisnetze dabei bei mehreren Indikatoren bezüglich präventiver Leistungen ab, darunter Impfquoten gegen Influenza und Pneumokokken. Dies stimmt mit den Angaben der vorliegenden Befragung, in welchen Bereichen sich Verbesserungen ergeben haben, überein. Weiterhin zeigte die Evaluation, dass Praxisnetze bei einigen Indikatoren, welche die Leitlinienadhärenz der Versorgung approximierten, besser abschnitten als die Regelversorgung. Viele Netze gaben in dieser Befragung an, bestimmte Indikationen oder Krankheitsgruppen in den Fokus zu nehmen. Die positiven Resultate der quantitativen Evaluation könnten also dadurch erklärt werden, dass in Praxisnetzen für diese Fokusindikationen Behandlungspfade oder sonstige Maßnahme zur Sicherung einer koordinierten Versorgung implementiert sind. In der quantitativen Analyse fiel weiterhin auf, dass in Praxisnetzen häufiger Medikamente der PRISCUS-Liste (13) verordnet wurden und bei einem größeren Anteil der behandelten Patient:innen Polymedikation gegeben war. Dieses Ergebnis wirkt auf den ersten Blick verwunderlich, da in den Fragebögen ein Großteil der Netze Maßnahmen zur Pharmakotherapie umsetzt und diese von den Netzärzt:innen weitgehend akzeptiert werden. Hierbei ist jedoch zu berücksichtigen, dass eine Vielzahl an Medikamenten insbesondere bei multimorbiden Patient:innen angemessen sein könnte, nachdem eine Abwägung durch die behandelnden Leistungserbringenden durchgeführt wurde und unerwünschte Wechselwirkungen ausgeschlossen werden konnten.

Dies ist nach unserem Wissen die erste deutschlandweite Fragebogenerhebung zu Charakteristika von Praxisnetzen. Die Erhebung beinhaltete sowohl deskriptive Informationen zum formellen Aufbau der Netze als auch Fragen zur konkreten Ausgestaltung der Zusammenarbeit in der Versorgung. Über die Projektpartner konnte eine Vielzahl von anerkannten und nicht anerkannten Netzen kontaktiert werden, wobei mit 49 auch eine hohe Rücklaufquote der Befragung erzielt wurde. Dennoch bildet die vorliegende Arbeit nur einen Teil der Netze in Deutschland ab und womöglich besteht ein Selektionsbias, wodurch vor allem gut strukturierte Netze geantwortet haben könnten. Weitere Verzerrungen könnten zudem bei Fragen aufgetreten sein, bei welchen die Netzvertreter im Namen der teilnehmenden Ärzt:innen geantwortet haben und beispielsweise deren Akzeptanz von Maßnahmen der Qualitätssicherung eingeschätzt haben. Zu guter Letzt muss der Zeitraum der Befragung, 2019, berücksichtigt werden. Seitdem können sich Änderungen in der Struktur der befragten Netze sowie in der Gesamtheit der Netze ergeben haben. Beispielsweise gab es laut dem Praxisnetzmonitor der KBV im Jahr 2022 bereits 5 Netze mit der Anerkennungsstufe 2 (14).

Fazit

Die Ausgestaltung von Praxisnetzen variiert in Deutschland stark. Sowohl der strukturelle Aufbau als auch die festgelegten

Literatur

1. Blümel, M. / Spranger, A. / Achstetter, K. / Maresse, A. / Busse, R. (2020): Germany: Health System Review. Kopenhagen: European Observatory on Health Systems and Policies
2. Bundesverband der Arzt-, Praxis- und Gesundheitsnetze (2024): Was sind Praxisnetzwerke. https://www.arztnetze.info/praxisnetzwerke/was-sind-arztnetze (abgerufen am 29.08.2024)
3. Kassenärztliche Bundesvereinigung (2022): Rahmenvorgabe für die Anerkennung von Praxisnetzen nach § 87b Abs. 4 SGB V. https://www.kbv.de/media/sp/Rahmenvorgabe_Anerkennung_Praxisnetze_Ausfertigung.pdf (abgerufen am 29.08.2024)
4. Kassenärztliche Bundesvereinigung (2024): Praxisnetzatlas. https://www.kbv.de/html/praxisnetzatlas.php (abgerufen am 29.08.2024)
5. Bammert, P. / Flemming, R. / Franke, S. / Iashchenko, I. / Kropp, S. / Sundmacher L. (2023): Ergebnisbericht: ATP - Arbeitsteilung und Performance empirischer und organisierter Netzwerke im ambulanten Sektor in Deutschland. https://innovationsfonds.g-ba.de/downloads/beschluss-dokumente/443/2023-09-20_ATP-Arztnetze_Ergebnisbericht.pdf (abgerufen am 29.08.2024)
6. Moore, G. / Audrey, S. / Barker, M./ et al. (2021): Process evaluation of complex interventions: a summary of Medical Research Council guidance. https://www.ukri.org/wp-content/uploads/2021/11/MRC-291121-PHSRN-ProcessEvaluationSummaryGuidance.pdf (abgerufen am 29.08.2024)
7. Milde, S. / Arnold, M. (2014): Qualitätsvergleich für Arztnetze. https://www.aok.de/gp/fileadmin/user_upload/Arzt_Praxis/QuATRo/QuATRo_Veroeffentlichungen/G_G_3_2014.pdf (abgerufen am 29.08.2024)
8. Repschläger, U. / Schulte, C. / Osterkamp, N. (2013): Gesundheitswesen aktuell 2013. Köln: BARMER
9. Brünn, R. / Lemke, D. / van den Akker, M. (2021): Ergebnisbericht: AdAM - Anwendung digital-gestütztes Arzneimitteltherapie- und Versorgungs-Management. https://innovationsfonds.g-ba.de/downloads/beschluss-dokumente/369/2023-02-23_AdAM_Evaluationsbericht.pdf (abgerufen am 29.08.2024)
10. Iwen, J. /Liebrenz, C. (2020): Ergebnisbericht: RESIST - RESISTenzvermeidung durch adäquaten Antibiotikaeinsatz bei akuten Atemwegsinfektionen. https://www.vdek.com/content/dam/vdeksite/vdek/themen_vertragspartner/innovationsfonds/2021-04-16_RESIST_Ergebnisbericht.pdf (abgerufen am 29.08.2024)
11. KV Innovations Scout (2018): Praxisnetz Spiegel. https://kv-innovationsscout.de/projekt/praxisnetzspiegel (abgerufen am 29.08.2024)
12. Bammert, P. / Franke, S. / Flemming, R. / et al. (2024): Comparing the quality of care in physician networks to usual care for elderly patients in three German regions: a quasi-experimental cohort study. In: Public Health Jul:232:161-169
13. Mann, N. / Mathes, T. / Sönnichsen, A. / et al. (2023): Potentially inadequate medications in the elderly: PRISCUS 2.0—first update of the PRISCUS list. In: Dtsch Arztebl Int 2023; 120: 3–10
14. Kassenärztliche Bundesvereinigung (2022): Praxisnetzmonitor 2022.https://www.kbv.de/media/sp/Praxisnetzmonitor_Strukturdaten_2022.pdf (abgerufen am 29.08.2024)

Zielsetzungen und die Intensität der Zusammenarbeit sind stark heterogen. Maßnahmen der Qualitätssicherung sind weitreichend implementiert, ebenso sind Wege der effektiven Kommunikation innerhalb der Netze konsentiert. Die etablierten Maßnahmen zeigen hinsichtlich der individuell gesteckten Ziele teils schon Wirkung, welche quantitativ nachgewiesen werden konnten. Die Netze haben eine Bandbreite an Zielen für die eigene Weiterentwicklung genannt, welche es zu verfolgen gilt, um eine Optimierung der Versorgungsqualität zu erreichen. <<

How can practice networks in Germany be described in terms of their structure, cooperation and focus? Results of a questionnaire survey

Introduction: Physician networks can be defined as regional collaborations of service providers in the medical field that aim to improve the care of a group of jointly treated patients. The aim of this survey was to obtain and systematically present information on the organization of physician networks, their cooperation and communication as well as established measures to improve the quality of care.

Methods: A questionnaire with the aim of surveying established structural conditions, quality assurance measures and existing means of communication was sent to physician networks in Germany. Furthermore, the acceptance of quality assurance measures, intensity of cooperation in the network as well as success factors and obstacles for success were to be surveyed.

Results: Response was received from a total of 49 physician networks. The design of the networks varied in terms of their structure and their set objectives. In this respect, the number of members is between 10 and 300 and over 20 different focal points were mentioned. Quality assurance measures are widely implemented and communication channels within the networks are also established. For example, 86% of the networks state that there are agreed treatment pathways and 68% state that secure e-mail connections and fax lists are present.

Conclusion: The healthcare landscape of physician networks appears to be highly heterogeneous. In many cases, there are consolidated structures and established quality assurance measures. The networks have clearly formulated aims to improve the quality of care for patients in the future. Further research is needed to map the development of physician networks and evaluate their performance.

Keywords

Physician networks, Quality of Care, Qualitative Research

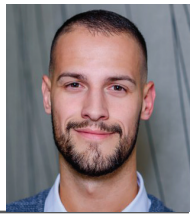
Autorenerklärung

Philip Bammert, Wiebke Schüttig, Saskia Kropp und Leonie Sundmacher sind Mitarbeiter am Lehrstuhl für Gesundheitsökonomie an der Technischen Universität München. Die Analyse erfolgte im Rahmen des vom Innovationsfonds geförderten Projekts ATP Arztnetze (01VSF17030). Roman Gerlach von der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns und Matthias Brittner von der Kassenärztlichen Vereinigung Westfalen-Lippe haben unentgeltlich an der Interpretation der Ergebnisse mitgearbeitet.

Zitationshinweis

Bammert et al.: „Praxisnetze in Deutschland: Struktur, Zusammenarbeit und Schwerpunkte? Ergebnisse einer Fragenbogenerhebung“, in: „Monitor Versorgungsforschung“ (MVF 06/24), S. 53–59. http://doi.org/10.24945/MVF.06.24.1866-0533.2669

Philip Bammert MSc ORCID: 0000-0003-0239-6320
ist wissenschaftlicher Mitarbeiter am Fachgebiet für Gesundheitsökonomie der Technischen Universität München von Frau Prof. Sundmacher. Er studierte sowohl im Bachelor als auch im Master an der Technischen Universität München im Fach Gesundheitswissenschaften. Kontakt: Philip.Bammert@tum.de



Dr. oec. publ. Wiebke Schüttig MSc MBR ORCID: 0000-0003-2669-2933
ist stellvertretende Leiterin und wissenschaftliche Mitarbeiterin des Fachgebiets für Gesundheitsökonomie der Technischen Universität München. Zuvor arbeitete sie als wissenschaftliche Mitarbeiterin am Fachbereich Health Services Management an der LMU München. Sie studierte im Bachelor Economics und im Master Industrial and Network Economics an der Technischen Universität Berlin.
Kontakt: Wiebke.Schuettig@tum.de



Saskia Kropp MSc ORCID: 0009-0003-0922-7797
ist wissenschaftliche Mitarbeiterin am Fachgebiet für Gesundheitsökonomie der Technischen Universität München. Zuvor studierte sie Betriebswirtschaftslehre an der Ludwig-Maximilians-Universität München sowie Gesundheitsökonomie an der Universität Bayreuth. Kontakt: Saskia.Kropp@tum.de



Dipl.-Betriebsw. (FH) Matthias Brittner ORCID: 0009-0005-7829-6387
ist seit 7 Jahren als stellv. Geschäftsbereichsleiter Innovative Versorgungsformen und Praxisnetze bei der KVWL. Zuvor arbeitete er in vergleichbaren Positionen bei der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen. Er studierte wirtschaftliches Gesundheitswesen an der FH Gießen.
Kontakt: Matthias.Brittner@kvwl.de



Dr. rer. nat. Roman Gerlach
ist seit 2004 in verschiedenen Funktionen bei der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns tätig. Aktuell ist er als Referent der Geschäftsführung für die Koordination von Versorgungsforschungsprojekten mit KVB-Beteiligung zuständig und wirkt an strategischen Analysen sowie der konzeptionellen Weiterentwicklung von strategischen Informationssystemen mit. Er studierte Physik an der TU München und promovierte an der LMU über Tumortherapie mit Schwerionen. Kontakt: Roman.Gerlach@kvb.de



Prof. Dr. rer. oec. Leonie Sundmacher ORCID: 0000-0001-6057-8363
leitet das Fachgebiet für Gesundheitsökonomie an der Fakultät für Sport- und Gesundheitswissenschaften an der Technischen Universität München. Sie studierte Volkswirtschaftslehre, Gesundheitsökonomie und Politikwissenschaft an der University of York und an der Freien Universität Berlin. Leonie Sundmacher ist seit 2023 Mitglied des Sachverständigenrats für Gesundheit & Pflege sowie Mitglied der Regierungskommission für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung beim Bundesministerium für Gesundheit.
Kontakt: Leonie.Sundmacher@tum.de

