Dr. rer. pol. Timm Genett
Dr. rer. pol. Peggy Richter
Dipl.-Wirt.-Inf. Madita Schädlich
Dr. PH Anke Schlieker
Dr. rer. pol. habil. Hannes Schlieter

Gesundheitsnetze in strukturschwachen Regionen

Multifallstudie zum Umgang mit Versorgungslücken

Zusammenfassung

Einleitung: Der demografische Wandel stellt die medizinische Versorgung in Deutschland vor große Herausforderungen. Besonders strukturschwache Regionen leiden bereits unter Versorgungslücken, die sich durch den steigenden Bedarf an Gesundheitsleistungen und den gleichzeitigen Mangel an medizinischem Fachpersonal verschärfen. Regionale Gesundheitsnetze, die den Ansatz der integrierten Versorgung verfolgen, bieten eine vielversprechende Lösung, indem sie durch stärkere Kooperation von Gesundheitsakteuren die Versorgung verbessern und effizienter gestalten. Vernetzung ist jedoch häufig kontext- und regionalspezifisch, sodass bestehende Ansätze oftmals Insellösungen darstellen. Um die Übertragbarkeit möglicher Lösungen zu fördern, soll die Frage beantwortet werden, welche Faktoren zum Erfolg von Gesundheitsnetzen beitragen und welche Hindernisse ihrer Entwicklung im Weg stehen.

Methodik: Es wurde eine Multi-Case-Interviewstudie durchgeführt, um die Erfolgsfaktoren und Hürden regionaler Gesundheitsnetze zu analysieren. Die Datenerhebung erfolgte durch semistrukturierte Experteninterviews mit den Verantwortlichen von sieben exemplarisch ausgewählten Gesundheitsnetzen in Deutschland. Der strukturierte Interviewleitfaden umfasste Fragen zur Gründungsmotivation, Finanzierung, zu Erfolgsfaktoren und Barrieren, zum Betrieb und zu erfolgreichen Netzelementen. Ergänzend wurde eine umfassende Literaturrecherche durchgeführt, um die empirischen Befunde in einen theoretischen Kontext zu setzen.

Ergebnisse: Gesundheitsnetze haben das Potenzial, die medizinische Versorgung in strukturschwachen Regionen erheblich zu stabilisieren, insbesondere wenn die Koordination durch eine Managementgesellschaft übernommen wird, eine enge Zusammenarbeit mit nicht-ärztlichen Gesundheitsberufen erfolgt und eine gut funktionierende digitale Infrastruktur vorhanden ist. Dennoch zeigt sich, dass bestehende rechtliche und finanzielle Rahmenbedingungen die Weiterentwicklung der Netzwerke beeinträchtigen. Oft sind die Gesundheitsnetze stark vom persönlichen Engagement der Gründer abhängig, was langfristig zu Instabilität führen kann, wenn keine tragfähigen Refinanzierungsmodelle für Kern- und Querschnittsfunktionen etabliert werden. Der Übergang von einer initialen projektbezogenen Finanzierung in eine regelfinanzierte Betriebsstruktur erweist sich als besonders herausfordernd. Zudem können zwischenmenschliche Faktoren, wie Vorbehalte gegenüber der Netzarbeit und Misstrauen unter den Akteuren, Widerstände hervorrufen und die Kooperation innerhalb des Netzes erschweren.

Schlussfolgerungen: Regionale Gesundheitsnetze haben das Potenzial, die medizinische Versorgung in strukturschwachen Regionen nachhaltig zu verbessern. Um ihren Erfolg langfristig zu sichern, bedarf es jedoch politischer Maßnahmen zur Überwindung rechtlicher und finanzieller Hindernisse sowie zur Förderung von Präventionsmaßnahmen, der Pflegeberufe sowie der Integration zivilgesellschaftlicher Initiativen.

Schlüsselwörter

Gesundheitsnetze, Versorgungsnetzwerke, Erfolgsfaktoren, integrierte Versorgung, Praxisbeispiele

Crossref/doi

http://doi.org/10.24945/MVF.02.25.1866-0533.2706

Der demografische Wandel stellt die medizinische und pflegerische Versorgung in Deutschland vor gravierende Herausforderungen. Mit der zunehmend alternden Bevölkerung steigt der Bedarf an Gesundheits- und Pflegeleistungen, während gleichzeitig die Zahl der Erwerbstätigen, einschließlich des medizinischen und pflegerischen Personals, abnimmt (Busse et al. 2010). Prognosen zeigen, dass bis 2030 rund 35 Prozent der Hausärzte und 25 Prozent der Fachärzte in den Ruhestand gehen werden (Kassenärztliche Bundesvereinigung 2023). Gleichzeitig droht ein Defizit von etwa 180.000 Pflegekräften (Rothgang & Müller 2021). Besonders strukturschwache ländliche Regionen spüren die Folgen dieses Trends bereits jetzt, und es ist absehbar, dass sich diese Situation in Zukunft weiter verschärfen wird (Robert Bosch Stiftung 2023). Die Folgen sind gravierend – von einer eingeschränkten ärztlichen Versorgung bis hin zu vermehrt auftretenden, eigentlich vermeidbaren Erkrankungen, die aufgrund fehlender Prävention und Früherkennung nicht rechtzeitig behandelt werden können (Tiemann & Mohokum 2021). Zur Sicherstellung der Gesundheitsversorgung in Gebieten mit wachsenden Versorgungslücken gewinnen regionale Gesundheitsnetze und eine integrierte Versorgung zunehmend an Bedeutung (Hujala et al. 2017; Minkman 2012; Robert Bosch Stiftung 2023).

>> Für den Begriff der integrierten Versorgung existieren verschiedene Definitionen. Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass unter einer integrierten Versorgung eine patientenzentrierte, koordinierte Gesundheitsversorgung verstanden wird, die alle Aspekte von Prävention, Diagnose, Behandlung, Krankheitsmanagement, Rehabilitation und Palliativmedizin über Sektorengrenzen hinweg umfasst. Sie bezieht sowohl professionelle als auch informelle Leistungserbringer, wie pflegende Angehörige und Sozialdienstleister, mit ein. Ziel ist es, die Qualität, den Zugang, die Patientenzufriedenheit und die Effizienz der Gesundheitsversorgung zu verbessern, indem geeignete Methoden, Infrastrukturen und Organisationsmodelle bereitgestellt werden, die eine bessere Vernetzung im Gesundheitssystem ermöglichen (Amelung et al. 2015; L. Kodner & Spreeuwenberg 2002; Strandberg-Larsen o. J.; World Health Organization and others 2016). Gesundheitsnetze, die den Ansatz der integrierten Versorgung verfolgen, beabsichtigen durch eine stärkere Kooperation und Koordination der Versorgungsleistung, Gesundheitsversorgung bedarfsgerechter und effizienter zu gestalten.

Die Relevanz des Themas zeigt beispielsweise die erstmalige Ausschreibung des Themenfeldes „Erfolgs- und Misserfolgsfaktoren von Gesundheitsnetzwerken“ in der Förderbekanntmachung des Innovationsfonds (Gemeinsamer Bundesausschuss 2024). In Deutschland existieren über 350 Gesundheitsnetze unterschiedlichster Ausprägung. Gleichzeitig finden sie weder im politischen Diskurs noch im SGB V größere Bedeutung. Mit Blick auf eine breitere Verankerung von Gesundheitsnetzen in die Regelversorgung stellt sich daher die zentrale Frage: *Welche Faktoren tragen zum Erfolg von Gesundheitsnetzwerken bei und welche Hindernisse stehen ihrer Entwicklung im Weg?*

 This article was published under the license CC BY 4.0 and can be used

Methodik

Zur Untersuchung der Faktoren, die die erfolgreiche Entwicklung und Implementierung regionaler Gesundheitsnetze beeinflussen, wurde eine Multi-Case-Interviewstudie durchgeführt. Nach der Festlegung der Auswahlkriterien erfolgte die Datenerhebung durch semistrukturierte Experteninterviews mit Personen des Netzwerkmanagements der untersuchten Gesundheitsnetze. Ergänzend dazu wurde eine Literaturrecherche durchgeführt. Im Folgenden wird das Vorgehen detailliert beschrieben.

Auswahlkriterien für die Analyse regionaler Gesundheitsnetze

Entscheidend für die Auswahl der Netzwerke war, dass sie Ansätze aufweisen, die auf eine bessere Ausnutzung ärztlicher Ressourcen ausgerichtet sind. Untersucht wurden dabei praktische Ansätze, deren Realisierbarkeit durch ihre konkrete Umsetzung belegt ist. Die Auswahl fokussiert ein breites Spektrum verschiedenartiger Ansätze, die sowohl in populationsbezogenen als auch indikationsspezifischen Netzwerken Umsetzung fanden. Diese Vielfalt ermöglicht eine differenzierte Betrachtung verschiedener Perspektiven und Ansätze. Analysiert wurden sowohl etablierte Netzwerke als auch jüngere Initiativen, was eine differenzierte Untersuchung von Herausforderungen und Erfolgsfaktoren in unterschiedlichen Entwicklungsstadien ermöglicht. Insbesondere die Analyse von Herausforderungen liefert wertvolle Erkenntnisse über potenzielle Hürden und deren Überwindung. Mithilfe dieser Kriterien wurden sieben Gesundheitsnetze für die Analyse und Durchführung eines Experteninterviews ausgewählt.

Datenerhebung

Die Datenerhebung erfolgte durch semistrukturierte Experten-

Übersicht der in den Experteninterviews erfassten Netz-Charakteristika

Praxisbeispiele	Gesundheitszentrum Büsum (N1)	Ärztenetz Eutin-Malente (N2)	HaffNet, das Ärztenetz am Stettiner Haff (N3)	prosper/proGesund Modell der KNAPPSCHAFT (N4)	ParkinsonNetzwerk Ostsachsen (N5)	Unternehmung Gesundheit Hochfranken (N6)	Das Gesunde Kinzigtal (N7)
Gründung	2015	2003	2001	1999	2017	2009	1999
Rechtsform	Ärztezentrum Büsum gGmbH	ÄNEM e.V	HaffNet GbR & HaffNet Management GmbH	Grundlage und Betrieb der Netze durch die KNAPPSCHAFT	Projektkonsortium (drittmittelgefördert)	GmbH & Co. KG (aus e. V. hervorgegangen)	GmbH
Status	Verstetigt	Einzelne Elemente verstetigt	Verstetigt, tragfähiges Geschäftsmodell	Verstetigt, acht Netze bundesweit	Initiierung	Verstetigt, tragfähiges Geschäftsmodell	Verstetigt, tragfähiges Geschäftsmodell
Schwerpunkt	Ambulante, hausärztliche Versorgung	Ambulante medizinische Versorgung	Ambulante medizinische Versorgung	Populationsbezogene integrierte Versorgung	Integrierte medizinische Versorgung	Ambulante medizinische Versorgung	Populationsorientierte integrierte Vollversorgung
Gründungs-motiv	Altersstruktur der niedergelassenen Hausärzte; prognostizierte Versorgungsmangel in der Region	Verbesserung der ambulanten Versorgung und stärkeren Kooperation zwischen Hausärzten, Fachärzten und Kliniken	Verbesserung der Effizienz in der medizinischen Versorgung ländlicher Regionen	Verbesserung der Versorgung von Versicherten mit hoher Morbidität und altersbedingter Pflegebedürftigkeit	Lücken in der Versorgung von Parkinson-Patienten schließen, Fokus strukturschwache Regionen	Bewältigung des Ärztemangels und Sicherstellung der ambulanten medizinischen Versorgung	Unzufriedenheit mit Arbeitsbedingungen; gesundheitspolitischen Zwängen; Ziel Steigerung der Qualität und Effizienz der Versorgung
Typ	Medizinisches Versorgungszentrum, Patientenorientiertes Zentrum zur Primär- und Langzeitversorgung	Anerkanntes Praxisnetz	anerkanntes Praxisnetz gem. § 87 SGB V, Vollversorgungsnetz	Modellnetz nach §140a-d SGB V	Indikationsspezifisches Netzwerk zur integrierten Parkinson-Versorgung	Vollversorgungsnetz-werk, basierend auf § 140a SGB V	Anerkanntes Praxisnetz
Abdeckung	6 Ärzte, 12 medizinische Fachangestellte, 21.500 Patienten	42 Praxen und 64 Mitglieder	64 Haus- und Fachärzte, Kooperation mit Pflegeeinrichtungen	Jeweils circa 1.000 Ärzte, 20 Netzkrankenhäuser	3 Parkinson-Zentren, 12 Hausärzte, 23 Neurologen	33 Hausärzte, 38 Fachärzte	48 ärztliche und physiotherapeutische Partner, ca. 8.000 AOK-Versicherte
Rolle der Netzwerk-organisation	Regionale Infrastrukturentwicklung, Gebäudemanagement, Patientenschulungen	Interessenvertretung der Ärzteschaft in der Region	Koordinierung der Verbundleistungen, Strukturierung der Zusammenarbeit, strategische Weiterentwicklung	Steuerung der sektorenübergreifenden Versorgung, Entwicklung von Anreizsystemen für Leistungserbringer	Koordinierung von Behandlungsprozessen, Implementierung von digitalen Behandlungspfaden und Patientenlotsen	Koordinierung der Verbundleistungen, Vertragsabstimmung mit Kostenträgern, Bereitstellung von Netzwerkleistungen für Mitglieder	Verwaltung des Budgets und Vergütung von Leistungen, Qualitätsmanagement, Netzwerkkoordination, Schulungen
Prozesse	Zentrales Management der begleitenden Infrastruktur und Qualitätssicherung. Fokus auf langfristige Sicherung der Versorgung durch Nachfolgelösungen	Gemeinsam abgestimmte Behandlungspfade für Depression und Wundversorgung	Strukturierung der Versorgung im Netzwerk über Behandlungspfade für häufige, insbesondere chronische Krankheitsbilder	Disease-Management-Programme, klare Rollen und Zuständigkeiten der Akteure im Netz	Strukturierung der Versorgung im Netzwerk über gemeinsamen Behandlungspfad, Einsatz von Lotsen zur Steuerung der Patienten entlang des Behandlungspfades	Etablierung von standardisierten Behandlungspfaden und Delegation ärztlicher Aufgaben	Gemeinsam abgestimmte Behandlungspfade, interdisziplinäre Fallkonferenzen, Qualitätszirkel, vereinbarte Informationsstandards
IT-Strategie	Einheitliches und zentral betreutes Praxisverwaltungssystem im MVZ	Digitale Behandlungspfade und Dokumentensteuerung umgesetzt	keine einheitliche IT-Infrastruktur, einzelne Digitalisierungs-Pilotprojekte	Keine netzweite IT-Strategie, keine sektorenübergreifende digitale Vernetzung	Digitale Behandlungspfade und Dokumentensteuerung	Einheitliches Praxisverwaltungs-system, Unterstützung von Prozessen und Kommunikation	Einheitliche IT-Systeme, zentrale digitale Patientenakten

Tab. 1: *Übersicht der in den Experteninterviews erfassten Netz-Charakteristika der sieben untersuchten Praxisbeispiele (Datenstand: 2023).*

interviews mit Personen des Netzwerkmanagements (Vorstand oder anderweitig Netzverantwortliche) der untersuchten Gesundheitsnetze. Ergänzend dazu wurden Dokumente und Veröffentlichungen zu den Netzwerken analysiert. Der strukturierte Interviewleitfaden wurde auf Basis der wissenschaftlichen Literatur zu Netzwerken und Gesundheitsversorgung entwickelt und umfasste folgende Themenbereiche:

- Gründungsmotivation: Hintergrund und Anstoß zur Gründung des Netzwerks und der spezifische Kontext in der jeweiligen Region.
- Finanzierung: Strategien zur Finanzierung des Netzwerks, einschließlich externer Förderung, Eigenmittel und langfristiger Finanzierungsmodelle.
- Erfolgsfaktoren: strukturelle, organisatorische und technologische Elemente, die die Entwicklung des Netzwerks maßgeblich beeinflussten.
- Hürden: Probleme und Hindernisse, die bei der Gründung und Weiterentwicklung des Netzwerks auftraten.
- Betrieb und Kooperation: Analyse der organisatorischen Abläufe, Zusammenarbeit zwischen den Akteuren und Integration digitaler Infrastruktur.
- Netzwerkelemente: besondere Initiativen oder Projekte innerhalb der Netzwerke, die zur Verbesserung der Versorgung beitragen.

Die Interviews wurden aufgezeichnet, transkribiert und anschließend qualitativ ausgewertet. Eine Übersicht der in den Experteninterviews erfassten Netz-Charakteristika der sieben untersuchten Praxisbeispiele ist in Tabelle 1 dargestellt.

Datenanalyse

Die Analyse der Praxisbeispiele und der Experteninterviews folgte einem qualitativen Ansatz. Die gesammelten Daten wurden kodiert und thematisch geordnet, um wiederkehrende Muster sowie zentrale Herausforderungen und Erfolgsfaktoren zu identifizieren.

Ergänzende Literaturrecherche

Die Ergebnisse der Interviews wurden durch eine umfassende Literaturrecherche ergänzt, die wissenschaftliche Arbeiten und Berichte zu regionalen Gesundheitsnetzen, Netzwerktheorie und kooperativen Versorgungsmodellen umfasste. Diese Recherche diente dazu, die empirischen Befunde in einen theoretischen Kontext zu setzen und die Generalisierbarkeit der Ergebnisse zu überprüfen. Diese Methode ermöglicht es, unterschiedliche Gesundheitsnetzwerke hinsichtlich ihrer Erfolgsfaktoren und Hürden zu vergleichen und detaillierte Einblicke in ihre Funktionsweise zu gewinnen.

Ergebnisse

Die Analyse der sieben untersuchten regionalen Gesundheitsnetze zeigt, dass es sowohl strukturelle als auch organisatorische und technologische Faktoren gibt, die den Erfolg der Netzwerke beeinflussen. Diese Faktoren können in Erfolgsfaktoren und Hürden unterteilt werden, die in der Entwicklung und Implementierung von Gesundheitsnetzen entscheidend sind. Die Veranschaulichung des Prozesses zur Identifikation von Erfolgsfaktoren und Hürden sowie die identifizierten Aspekte sind in Abbildung 1 zu sehen.



Abb. 1: *Identifikation von Erfolgsfaktoren und Hürden für den Aufbau und die Verstetigung von Gesundheitsnetzen*

Erfolgsfaktoren

Ein wesentlicher Erfolgsfaktor für Gesundheitsnetzwerke sind engagierte und aktive Akteure. Insbesondere das langfristige persönliche Engagement der Netzwerkgründer und Leistungserbringer erwies sich in der Analyse als zentraler Treiber für den Erfolg des Netzwerks. In vier der sieben untersuchten Praxisbeispiele zeigte sich dies besonders deutlich. Ein Beispiel hierfür ist das Gesundheitsnetz „HaffNet" (N3), dessen Geschäftsführer das Netzwerk in den ersten Jahren mit nur minimalem finanziellem Ausgleich vorantrieben. Ähnliches zeigt sich auch im „ParkinsonNetzwerk Ostsachsen" (N5), der „Unternehmung Gesundheit Hochfranken" (N6) und dem Netzwerk „Das Gesunde Kinzigtal" (N7). So beeindruckend die Entwicklung der dargestellten Initiativen ist, unterstreichen sie jedoch die hohe Abhängigkeit des Netzerfolges von dem freiwilligen und zusätzlichen Engagement Einzelner und die Unzulänglichkeiten des Umfeldes, frühzeitig Gründung zu fördern und Netzwerkinitiativen zu verstetigen.

Damit ein Netzwerk langfristig erfolgreich ist, müssen die Mitglieder einen spürbaren Mehrwert erkennen. Effizientere Prozesse, eine reduzierte Dokumentationslast oder monetäre Anreize können die Bereitschaft zur aktiven Teilnahme erhöhen und sowohl den individuellen als auch den kollektiven Nutzen der Netzwerktätigkeiten steigern. In drei von sieben analysierten Gesundheitsnetzwerken war dieser spürbare Mehrwert für die Mitglieder ein entscheidender Erfolgsfaktor. So konnte das Gesundheitsnetz „prosper/proGesund – Modell der Knappschaft" (N4) ein erfolgreiches monetäres Anreizsystem für die Netzwerkarbeit der Ärzte etablieren. Im Gesundheitsnetz N6 wurde die Netzwerkleistung (Schulungen, Nachwuchsrekrutierung, Verwaltungsunterstützung) schrittweise ausgebaut, wodurch ein erheblicher Mehrwert für die Versorgung geschaffen und die Mitgliedschaft im Netzwerk attraktiver wurde. Auch im Gesundheitsnetz N3 führte der durch die Netzwerkleistungen erzielte Mehrwert zu einer gesteigerten Attraktivität des Netzwerks und trug gleichzeitig zur Steigerung der Attraktivität der gesamten Region bei. Die Interviews zeigten, dass neben den monetären Anreizen, die zum Beispiel durch die Ausschüttung von Netzpauschalen oder spezielle Versorgungsverträge generiert wurden, auch schlicht die zusätzlich gewonnene

Zeit und Abnahme von nicht-medizinischen Leistungen wesentliche Faktoren für die Attraktivität eines Netzwerkes sind. Dies zeigt sich exemplarisch im Netzwerk „Unternehmung Gesundheit Hochfranken" (N6). Dort wurde ein wesentlicher Mehrwert geschaffen, indem die Netzwerkmanagementgesellschaft Aufgaben wie die Koordination und Durchführung routinemäßiger Hausarztkontrollen, die Organisation von Qualifikation und Weiterbildung sowie die Bereitstellung eines zentralen IT-Ansprechpartners übernommen hat.

Der Nachweis und die Dokumentation der Wirkung sowie der Leistungsfähigkeit der Netzwerktätigkeiten sind für die Weiterentwicklung und langfristige Finanzierung der Netzwerke von zentraler Bedeutung. Durch die Schaffung von Evidenz können gezielte Lösungen entwickelt und deren Finanzierung begründet und gesichert werden. Besonders in den Netzwerken „Ärztenetz Eutin-Malente" (N2) und dem Netzwerk N5 wird dies deutlich. So wird im Gesundheitsnetz N2 beispielsweise ein Indikatorensystem zur Sicherung der ambulanten Versorgungsqualität eingesetzt, was zu sehr guten Qualitätsergebnissen geführt hat.

Starke Partner können eine wertvolle Unterstützung bei der Implementierung und Verstetigung sein und sind somit ein wichtiger Erfolgsfaktor. Eine externe Unterstützung, etwa durch Berufsverbände oder die Kassenärztliche Vereinigung, stärkt die Akzeptanz der Netzwerke und hilft, bürokratische Hürden zu überwinden. In drei der untersuchten Netzwerke ließ sich dies beobachten, etwa in dem Netzwerk „Gesundheitszentrum Büsum" (N1) sowie den Gesundheitsnetzen N2 und N7. Besonders bei der Bewältigung bürokratischer und administrativer Hürden [N1] sowie bei der Professionalisierung des Netzwerks [N7] waren starke Partner eine große Unterstützung.
Ein weiterer wichtiger Aspekt ist eine gut abgestimmte räumliche und technologische Infrastruktur sowie die Zusammenarbeit der Akteure. Einheitliche Praxisverwaltungssysteme oder zentrale Anmeldeprozesse erleichtern die Kommunikation und Kooperation der Netzwerkpartner und fördern eine effiziente und reibungslose Netzwerkarbeit. In vier der untersuchten Netzwerke [N1, N2, N3, N4] spielte die interdisziplinäre Vernetzung sowie eine gut funktionierende Infrastruktur eine zentrale Rolle.

Hürden

Die Entwicklung und Implementierung regionaler Gesundheitsnetze sind mit einer Vielzahl von Herausforderungen verbunden, die die langfristige Stabilität und Funktionsfähigkeit der Netzwerke beeinträchtigen können. Eine zentrale Hürde stellen dabei die rechtlichen und finanziellen Rahmenbedingungen dar. Viele Netzwerke haben Schwierigkeiten, nachhaltige Finanzierungslösungen zu finden, insbesondere für zentrale Aufgaben wie das Management und die Infrastruktur. Die Umstellung von einer initialen, meist projektbezogenen Finanzierung auf eine dauerhafte Regelfinanzierung erweist sich als eine große Herausforderung, da es häufig an stabilen und langfristigen Finanzierungsmodellen mangelt. Diese Unsicherheit in der Finanzierung erschwert es den Netzwerken, ihre Strukturen zu verstetigen und sich langfristig zu etablieren. Zusätzlich zu der Basisfinanzierung stellt die Refinanzierung von Querschnittsaufgaben, wie beispielsweise das Versorgungsmanagement oder Investitionen in digitale Infrastrukturen, eine weitere Schwierigkeit dar. Diese Querschnittsfunktionen sind essenziell für den Betrieb und die Weiterentwicklung eines Netzwerks, werden jedoch oft nicht ausreichend finanziert. Dies führt dazu, dass viele Netzwerke in ihrer Weiterentwicklung behindert werden und nicht in der Lage sind, notwendige Maßnahmen zur Verbesserung der Infrastruktur oder zur Implementierung neuer digitaler Systeme umzusetzen. Ohne eine tragfähige Refinanzierung dieser Aufgaben besteht die Gefahr, dass Netzwerke stagnieren oder ihre Aktivitäten einschränken müssen. Fünf der sieben untersuchten Netzwerke [N1, N2, N3, N5, N6] sind auf rechtliche oder finanzielle Herausforderungen gestoßen, was die Relevanz dieser Hürde verdeutlicht und die Notwendigkeit unterstreicht, stabile Finanzierungslösungen zu etablieren, um eine nachhaltige Netzwerkarbeit sicherzustellen.

Eine weitere Hürde liegt in der mangelnden Akzeptanz und Kooperation zwischen den beteiligten Akteuren. Hierzu zählen zwischenmenschliche Barrieren, die sich in Form von Vorurteilen und Misstrauen äußern. Besonders in den Anfangsphasen der Netzwerke treten häufig Widerstände seitens der Ärzteschaft, Pflegekräfte und anderen Leistungserbringer auf. Diese Akteure stehen der Zusammenarbeit oft skeptisch gegenüber oder hinterfragen die Notwendigkeit einer intensiveren Kooperation. Diese Spannungen können zu Konflikten führen, die die Effizienz der Netzwerkarbeit beeinträchtigen und zu einer geringen Beteiligung sowie mangelndem Engagement innerhalb des Netzwerks führen. Auch dies wurde in vielen der betrachteten Praxisbeispiele [N2, N4, N5, N6] deutlich. Beispielsweise stießen die digitalen Behandlungspfade im Gesundheitsnetz N2 auf Vorbehalte, da viele Ärzte den Mehraufwand ablehnten und Abläufe nicht konsequent umsetzten. Dies führte schließlich zu Kürzungen in der Finanzierung.

Eine weitere erhebliche Hürde stellt die Begrenzung der Leistungsangebote auf bestimmte Versichertengruppen dar, die oftmals durch die Vorgaben der Kostenträger definiert wird. Diese Fragmentierung der Versorgungsangebote stellt ein Hindernis für die Netzwerke dar. Die Fokussierung auf eng definierte Versichertenkreise, wie in den Netzwerken N4, N6 und N7, schränkt den Handlungsspielraum der Netzwerke ein und erschwert die Umsetzung integrierter Versorgungsmodelle, die auf die Bedürfnisse der gesamten regionalen Bevölkerung abzielen. Diese Einschränkungen verhindern, dass Netzwerke ihr volles Potenzial ausschöpfen, da eine breitere Versorgungsbasis erforderlich wäre, um die Nachhaltigkeit und den Nutzen für alle Patienten zu gewährleisten.

Die Ergebnisse der Interviewstudie zeigen, dass regionale Gesundheitsnetze das Potenzial haben, die Versorgung in strukturschwachen Regionen signifikant zu verbessern. Ihr Erfolg hängt dabei maßgeblich von einem professionellen Management, der engen Zusammenarbeit mit nicht-ärztlichen Gesundheitsberufen und einer funktionierenden digitalen Infrastruktur ab. Diese Faktoren fördern die effiziente Nutzung begrenzter Ressourcen und ermöglichen eine koordinierte Versorgung. Gleichzeitig können rechtliche und finanzielle Hindernisse sowie zwischenmenschliche Herausforderungen, wie Vorurteile und Misstrauen zwischen den Akteuren, die nachhaltige Weiterentwicklung der Netzwerke erschweren.

Diskussion

Basierend auf den genannten Erfolgsfaktoren und Herausforderungen der Praxisbeispiele ließen sich eine Reihe von Prinzipien finden, die einen positiven Einfluss auf die Entwicklung von Gesund-

heitsnetzen haben. Diese Prinzipien richten sich an die Akteure der Gesundheitsnetzwerke und bieten einen Rahmen für die erfolgreiche Entwicklung und Implementierung solcher Netzwerke. Eine Übersicht der identifizierten Prinzipien ist in Abbildung 2 dargestellt.



Abb. 2: *Identifikation von Netzwerkprinzipien und Handlungsempfehlungen.*

1. Einbindung nicht-ärztlicher Ressourcen in die medizinische Versorgung

Die effektive Integration nicht-ärztlicher Fachkräfte in die Versorgungspraxis kann dazu beitragen, die ärztlichen Ressourcen zu entlasten und gleichzeitig die Qualität der Versorgung zu sichern. Insbesondere die Delegation von Aufgaben an qualifiziertes Personal, wie nicht-ärztliche Praxisassistenten (NäPas), hat sich in mehreren Netzwerken als erfolgreich erwiesen. NäPas können bei Hausbesuchen unterstützen, einfache Untersuchungen und Behandlungen durchführen sowie in Rücksprache mit dem Arzt Verordnungen anpassen. Die systematische Delegation solcher Aufgaben in Verbindung mit telemedizinischer Begleitung durch Ärzte optimiert die Ressourcennutzung und ermöglicht eine gezielte Fokussierung auf ärztliche Kernaufgaben. Beispiele hierfür sind die Netzwerke N1, N2 und N7, die durch den Einsatz nicht-ärztlicher Ressourcen die Verfügbarkeit ärztlicher Leistungen verbessern konnten.

2. Nutzung digitaler Infrastrukturen und Telemedizin

Die Implementierung digitaler Technologien und Telemedizin bietet erhebliches Potenzial, die Effizienz und Qualität der regionalen Gesundheitsversorgung zu steigern. Digitale Plattformen, die den Informations- und Datenaustausch zwischen Leistungserbringern ermöglichen, unterstützen eine bessere Zusammenarbeit und Koordination. In vier von sieben Praxisbeispielen [N2, N3, N5, N6] konnte beobachtet werden, dass die Integration von Telemedizin besonders in ländlichen Gebieten eine kontinuierliche Patientenbetreuung im häuslichen Umfeld sicherstellen kann. Außerdem können digitale Lösungen dazu beitragen, die Aufgabenverteilung und Delegation effizienter zu gestalten, indem sie die Arbeitsabläufe nicht-ärztlicher Fachkräfte koordinieren. Netzwerke wie N2 und N6 haben durch den Einsatz digitaler Infrastrukturen eine deutliche Verbesserung der Versorgungsqualität erzielt.

3. Zusammenarbeit auf Basis standardisierter Behandlungspfade

Die erfolgreiche Zusammenarbeit zwischen verschiedenen Gesundheitsakteuren erfordert standardisierte Prozesse und Behandlungspfade. Diese strukturieren die Zusammenarbeit über Fachdisziplinen und Versorgungsebenen hinweg und tragen zur besseren Steuerung von Patienten bei. Besonders bei chronischen Erkrankungen, wie koronaren Herzerkrankungen oder Diabetes, haben sich standardisierte Pfade als erfolgreich erwiesen, um die Qualität der Versorgung zu sichern und unnötige stationäre Einweisungen zu reduzieren. Behandlungspfade fördern nicht nur die effiziente Zusammenarbeit, sondern stärken auch die gemeinsame Identität und das Vertrauen im Netzwerk. Beispiele hierfür sind unter anderem die Netzwerke N4 und N7, die durch die Implementierung solcher Pfade sowohl die Netzwerkarbeit als auch die Patientenversorgung erheblich verbessern konnten.

4. Professionalisierung der Netzwerke durch Managementgesellschaften

Eine zentrale Managementgesellschaft trägt maßgeblich zur Professionalisierung und langfristigen Stabilität eines Gesundheitsnetzwerks bei. Diese ist verantwortlich für die Koordination der Netzwerkarbeit, die Verwaltung der finanziellen Mittel und die Organisation von Weiterbildungs- und Präventionsprogrammen. Die Beteiligung von sowohl ärztlichem als auch kaufmännischem Personal im Management fördert die Akzeptanz des Netzwerks und ermöglicht eine zielgerichtete Umsetzung der Netzwerkziele. In erfolgreichen Netzwerken konnten Managementgesellschaften zudem Schnittstellen zwischen der ambulanten und stationären Versorgung sowie den Pflegeeinrichtungen und ehrenamtlichen Strukturen schaffen. Netzwerke wie N1, N3, N6 und N7 haben gezeigt, dass professionelle Managementstrukturen zur Entlastung der ärztlichen Ressourcen und zur Sicherung der Netzwerkarbeit beitragen.

5. Direkte Beteiligung der Patienten an der Versorgung

Die Einbindung von Patienten in die Gestaltung und Steuerung der Versorgung hat sich als effektives Mittel erwiesen, um eine bedarfsgerechte und patientenzentrierte Versorgung zu gewährleisten. Patientenbeteiligung kann durch verschiedene Maßnahmen erfolgen, wie die Integration von Case-Managern, die Organisation von Patientenschulungen oder regelmäßige Patientenbefragungen. Solche Maßnahmen tragen nicht nur zur Erhöhung der Patientenzufriedenheit bei, sondern fördern auch die Adhärenz zu medizinischen Empfehlungen und Präventionsmaßnahmen. Netzwerke wie N7 und N2 haben durch die aktive Einbindung von Patientenvertretern und die Nutzung ehrenamtlicher Ressourcen eine enge Verbindung zwischen der Versorgung und den Bedürfnissen der Patienten geschaffen.

Limitationen

Die Multi-Case-Interviewstudie basiert auf der Analyse von sieben exemplarischen Gesundheitsnetzen, die wertvolle Einblicke in unterschiedliche Entwicklungsstadien und regionale Besonderheiten bieten. Weitere Untersuchungen sollten den Erhebungsumfang ausweiten, um noch differenzierter auf die Bandbreite regionaler Gesundheitsnetzwerke in Deutschland eingehen zu können. Die Auswahl der Netzwerke in dieser Studie erfolgte gezielt, um möglichst diverse Strukturen und Ansätze zu untersuchen. Die Generalisierbarkeit der Ergebnisse ist aufgrund der Verschiedenartigkeit der Netze und der geringen Zahl jedoch eingeschränkt. Zudem basiert die Datenerhebung primär auf Interviews mit Schlüsselpersonen der Netzwerke. Diese subjektiven Einschätzungen können wertvolle Informationen liefern, spiegeln aber möglicherweise nicht immer die Perspektiven aller beteiligten Akteure wider. Eine breitere, repräsentativere Erhebung, die mehr Netzwerke und Akteursgruppen umfasst, insbesondere Patienten, Kostenträger sowie ärztliche Selbstverwaltung und kommunale Partner, wäre wünschenswert, um umfassendere und generalisierbarere Aussagen zu den Erfolgsfaktoren und Hemmnissen regionaler Gesundheitsnetze treffen zu können.

Fazit

Die Untersuchung zeigt, dass regionale Gesundheitsnetze insb. vor dem Hintergrund der Versorgungsherausforderungen in strukturschwachen Regionen eine vielversprechende Lösung zur Sicherstellung der medizinischen und pflegerischen Versorgung darstellen. Erfolgsfaktoren wie Arbeitsteilung und Kooperation mit ärztlichen und nicht-ärztlichen Fachkräften, die Implementierung digitaler Infrastrukturen und die Verschränkung von medizinischen und pflegerischen Aufgaben sowie von Präventionsmaßnahmen tragen wesentlich zur Stabilität und Leistungsfähigkeit solcher Netzwerke bei. Gleichzeitig sind finanzielle und rechtliche Hürden, aber auch berufsständische Traditionen und mangelnde Veränderungsbereitschaft zentrale Herausforderungen, die den langfristigen Erfolg und die Verstetigung von Netzwerken behindern. Die Einbindung der Pflege und der Ausbau der Prävention im und außerhalb des Versorgungssystems, die Stärkung ehrenamtlicher und zivilgesellschaftlicher Strukturen sowie der verstärkte Einsatz digitaler Technologien bieten große Potenziale, um Versorgungslücken zu schließen und ganze Regionen für Fachkräfte aufzuwerten.

Es wird jedoch deutlich, dass politische Unterstützung unabdingbar ist, um die Rahmenbedingungen für eine nachhaltige Entwicklung der Netzwerke zu schaffen. Dazu zählt die Förderung von Gründungsarbeit, die Erleichterung der Delegation ärztlicher Aufgaben an nicht-ärztliche Fachkräfte wie NäPas sowie die Förderung der Anerkennung dieser Berufe. Gleichzeitig sollten Pflegeberufe stärker in integrierte Versorgungsmodelle eingebunden und durch Schulungen und erweiterte Kompetenzen gestärkt werden. Auch präventive Maßnahmen zur Reduzierung von Pflegebedürftigkeit und zum Erhalt der Selbstständigkeit bzw. physischer, psychischer und kognitiver Kompetenzen müssen der Versorgungsstandard werden. Zusätzlich gilt es, bewährte Maßnahmen nach Eintritt eines Pflegefalls auszubauen – wie z. B. die aufsuchende Pflegeberatung und Schulungen für pflegende Angehörige. Darüber hinaus ist es wichtig, zivilgesellschaftliche Initiativen in Gesundheitsnetzwerke zu integrieren, um das Gesundheitssystem zu entlasten. Schließlich bedarf es flexibler rechtlicher und finanzieller Rahmenbedingungen, um unkonventionelle, sektorübergreifende Versorgungsmodelle zu fördern und vorhandene Ressourcen effizient zu nutzen.

Zusammenfassend bieten regionale Gesundheitsnetze eine innovative und notwendige Antwort auf die Herausforderungen des demografischen Wandels. Ihre erfolgreiche Implementierung erfordert jedoch, die Strukturmuster des SGB V weiter aufzubrechen und ein koordiniertes qualitäts- und nicht allein mengenorientiertes Zusammenspiel von Akteuren zu fördern und dafür die erforderlichen Rahmenbedingungen zu schaffen. <<

Autorenerklärung

Die Autor:innen erklären, dass keine Interessenkonflikte vorliegen.

Zitationshinweis

Genett et al.: „Gesundheitsnetze in strukturschwachen Regionen – Multifallstudie zum Umgang mit Versorgungslücken“, in: „Monitor Versorgungsforschung“ (MVF 02/25), S. 40–46. http://doi.org/10.24945/MVF.02.25.1866-0533.2706

Literatur

Amelung, V./Wolf, S./Ozegowski S./Eble, S./Hildebrant, H./Knieps, F./Lägel, R./Schlenker, R.-U./Sjuts, R. (2015): Totgesagte leben länger – Empfehlungen zur Integrierten Versorgung aus Sicht der gesetzlichen Krankenkassen. In: Bundesgesundheitsblatt, 58(4): 352–359
Busse, R./Blümel, M./Scheller-Kreinsen, D./Zentner, A. (2010): Tackling chronic disease in Europe. Strategies, interventions and challenges. In: World Health Organization.
Gemeinsamer Bundesausschuss (2024). Förderbekanntmachung Versorgungsforschung zum themenspezifischen Bereich – G-BA Innovationsfonds. In: https://innovationsfonds.g-ba.de/foerderbekanntmachungen/foerderbekanntmachung-versorgungsforschung-zum-themenspezifischen-bereich.52 (abgerufen am 05.11.2024)
Hujala, A./Taskinen, H./Rissanen, S. (2017): How to Support Integration to Promote Care for People with Multimorbidity in Europe? Policy Brief 26, Health Systems and Policy Analysis. In: European Observatory on Health systems and Policies, Brussels.
Kassenärztliche Bundesvereinigung (2023): Niedergelassene Ärztinnen und Ärzte werden immer älter. KBV – Alter; Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV). In: https://gesundheitsdaten.kbv.de/cms/html/16397.php (abgerufen am 05.11.2024)
L. Kodner, D./Spreeuwenberg, C. (2002): Integrated care: Meaning, logic, applications, and implications – a discussion paper. In: International Journal of Integrated Care, 2. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1480401/ (abgerufen am 05.11.2024)
Minkman, M. M. N. (2012): The current state of integrated care: An overview. In: Journal of Integrated Care, 20(6): 346–358. https://doi.org/10.1108/14769011211285147
Robert Bosch Stiftung (2023): 2035 fehlen in Deutschland rund 11.000 Hausärzte – Experten empfehlen den Aufbau von Gesundheitszentren. In: Robert Bosch Stiftung. https://www.bosch-stiftung.de/de/presse/2021/05/2035-fehlen-deutschland-rund-11000-hausaerzte-experten-empfehlen-den-aufbau-von (abgerufen am 05.11.2024)
Rothgang, H./Müller, R. (2021): BARMER Pflegereport 2021–Wirkungen der Pflegereformen und Zukunftstrends. In: BARMER Institut für Gesundheitssystemforschung, 32. https://www.bifg.de/media/dl/Reporte/Pflegereporte/2021/barmer-pflegereport-2021.pdf (abgerufen am 05.11.2024)
Strandberg-Larsen, M. (2008): Measuring Integrated Care. In: Danish Medical Bulletin, 58(2).
Tiemann, M./Mohokum, M. (2021): Demografischer Wandel, Krankheitspanorama, Multimorbidität und Mortalität in Deutschland. In: Prävention und Gesundheitsförderung Tiemann, M/Mohokum, M (Hrsg.) (2021): 3–11. https://doi.org/10.1007/978-3-662-62426-5_1

Healthcare networks in structurally weak regions – a multi-case study on dealing with gaps in healthcare provision

Introduction: Demographic change poses significant challenges for medical care in Germany. Structurally weak regions are already suffering from gaps in healthcare provision, which are being worsened by the increasing demand for healthcare services and the simultaneous shortage of healthcare professionals. Regional healthcare networks that follow the integrated care approach offer a promising solution by improving care and making it more efficient through greater cooperation between healthcare stakeholders. Healthcare networks are often specific to regional contexts, resulting in solutions that are typically isolated and lack broader applicability. To enhance the transferability of potential solutions, this study aims to identify key factors contributing to the success of healthcare networks and to examine the barriers hindering their development.
Methodology: A multi-case interview study was conducted to analyze regional health networks' success factors and barriers. Data collection involved semi-structured expert interviews with the managers of seven exemplary networks in Germany. The structured interview guidelines included questions on the motivation for founding, financing, success factors and barriers, operation, and successful network elements. In addition, a comprehensive literature review was conducted to contextualize the empirical findings.
Results: Healthcare networks have the potential to significantly stabilize medical care in structurally weak regions, mainly when coordination is managed by a professional management entity, there is close collaboration with non-medical health professionals, and well-functioning digital infrastructure is in place. However, existing legal and financial frameworks hinder the further development of these networks. Many networks rely heavily on the personal commitment of their founders, which can lead to instability if sustainable refinancing models for core and cross-functional activities are not established. The transition from initial project-based funding to regular operational financing proves to be particularly challenging. Additionally, interpersonal factors, such as prejudices and mistrust among actors, can create resistance and hinder cooperation within the network.
Conclusion: Regional healthcare networks have the potential to sustainably improve medical care in structurally weak regions. However, to ensure their long-term success, political measures are needed to overcome legal and financial barriers, as well as to promote preventive measures, nursing professions, and the integration of civil society initiatives.

Keywords

Health networks, care networks, success factors, integrated care, practical examples

Dr. rer. pol. Timm Genett ORCID: 0009-0005-6062-1575
promovierte im Fach Politikwissenschaft über Leben und Werk von Robert Michels, Begründer der modernen Parteiensoziologie. Er ist beim Verband der Privaten Krankenversicherung (PKV) tätig. Dort bekleidet er die Position des Geschäftsführers für die Bereiche Politik und Prävention. Ehrenamtlich ist er stellvertretender Vorsitzender der Stiftung Gesundheitswissen.
Kontakt: Timm.Genett@pkv.de



Dr. rer. pol. Peggy Richter ORCID: 0000-0002-6019-7840
forscht und lehrt als Postdoktorandin in der Forschungsgruppe Digital Health an der Technischen Universität Dresden. Ihre Forschungsarbeit in nationalen und europäischen Projekten konzentriert sich auf die patientenzentrierte Gestaltung von Informationssystemen im Gesundheitswesen, insbesondere durch den Einsatz von Patientenpfaden, sowie auf die Konzeption, Umsetzung und das (Qualitäts-) Management integrierter Gesundheitsnetzwerke. Kontakt: Peggy.Richter@tu-dresden.de



Dipl. Wirt.-Inf. Madita Schädlich ORCID: 0009-0008-2680-8864
studierte Wirtschaftsinformatik an der Technischen Universität Dresden und arbeitet dort als wissenschaftliche Mitarbeiterin in der Forschungsgruppe Digital Health. Ihr Forschungsschwerpunkt liegt in der Informationssicherheit im Öffentlichen Gesundheitsdienst sowie in der Weiterentwicklung von Gesundheitsnetzwerken und integrierten Versorgungsstrukturen.
Kontakt: Madita.Schaedlich@tu-dresden.de



Dr. PH Anke Schlieker ORCID: 0009-0005-0588-5156
ist Sozialversicherungsfachangestellte und Gesundheitswissenschaftlerin. Seit mehr als 25 Jahren ist sie in verschiedenen Positionen in der gesetzlichen und privaten Krankenversicherung tätig und arbeitet seit 2022 als Projektleiterin für Gesundheitsversorgung im Geschäftsbereich Politik beim Verband der Privaten Krankenversicherung (PKV).
Kontakt: Anke.Schlieker@pkv.de



Dr. rer. pol. habil Hannes Schlieter ORCID: 0000-0002-6513-9017
promovierte und habilitierte im Fach Wirtschaftsinformatik an der TU Dresden. Er leitet aktuell die Forschungsgruppe Digital Health an der Fakultät Wirtschaftswissenschaften. Sein Forschungsschwerpunkt liegt auf den Gestaltungsfragen der Digitalen Transformation im Gesundheitswesen. Er beschäftigt sich dabei sowohl mit konzeptionellen Fragen als auch technischen Gestaltungsansätzen.
Kontakt: Hannes.Schlieter@tu-dresden.de

