



ABSCHLUSSBERICHT **PRIMÄRVERSORGUNG IM OSTALBKREIS – GEMEINSAM UND VERNETZT**

Verbesserung der Versorgung
chronisch kranker oder multimorbider Personen

Impressum

Herausgeber

Landratsamt Ostalbkreis
Stuttgarter Straße 41
73430 Aalen
info@ostalbkreis.de
www.ostalbkreis.de

Autorinnen

Leonie Schönsee, M.Sc. (Landratsamt Ostalbkreis, Geschäftsbereich Gesundheit)
Diana Kiemel, M.Sc. (Landratsamt Ostalbkreis, Geschäftsbereich Gesundheit)
Alina Magdin, B.A. (Hochschule Aalen, Studienbereich Gesundheitsmanagement)

Druck

Landratsamt Ostalbkreis

Alle Bilder und Grafiken

Landratsamt Ostalbkreis, Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg,
adobe.stock.com, sofern nicht in der Bildunterschrift anders kenntlich gemacht.

September 2023

Vorwort

Das deutsche Gesundheitssystem steht vor großen Herausforderungen. Aufgrund des demografischen Wandels steigt die Anzahl an älteren Menschen mit hohem Bedarf an einer qualitativ hochwertigen und möglichst wohnortnahen Gesundheitsversorgung. Gleichzeitig kommt es zu einer Verknappung des ärztlichen und pflegerischen Personals, welche bis 2030 noch deutlich zunehmen wird. Die Sicherstellung der Gesundheitsversorgung ist daher eine der wichtigsten politischen Steuerungsaufgaben der nächsten Jahre. Dabei ist es notwendig, neue Wege zu gehen und innovative Modelle zu testen, die einen Fokus auf die Zusammenarbeit verschiedener Gesundheitsakteure und die Überwindung von Sektorengrenzen legen.

Ich freue mich, dass der Ostalbkreis durch die Förderung des Ministeriums für Soziales, Gesundheit und Integration Baden-Württemberg die Möglichkeit erhalten hat, ein solches Pilotprojekt umzusetzen. Das Projekt stellt einen Baustein unserer Bemühungen dar, die Gesundheitsversorgung im Sinne der Daseinsvorsorge insbesondere im ländlichen Raum zu stärken. Die Entscheidung, den hausärztlich unterversorgten Planungsbereich „Schwäbischer Wald“ als Innovationsraum für den Aufbau eines Gesundheitsnetzes auszuwählen, lag auf der Hand. Nun stehen wir vor der spannenden Aufgabe, die geschaffenen Versorgungsstrukturen nachhaltig zu verankern und weiterzuentwickeln.

Ich möchte mich herzlich für die gute und vertrauensvolle Zusammenarbeit mit unseren Partnern bedanken, ohne die die Umsetzung des Projekts nicht möglich gewesen wäre. Der ehrenamtliche Einsatz der Vorstandsmitglieder der Kreisärzteschaften Aalen und Schwäbisch Gmünd ist dabei besonders hervorzuheben. Doch auch die Bereitschaft der Mitglieder des Gesundheitsnetzes, etwas Neues zu wagen und sich aktiv in die Gestaltung der örtlichen Versorgungsstrukturen einzubringen, ist nicht selbstverständlich. Dank gilt außerdem den Verantwortlichen der Hochschule Aalen, die das Projekt wissenschaftlich begleitet und evaluiert haben.



Dr. Joachim Bläse

Landrat des Ostalbkreises

Inhaltsverzeichnis

1. Hintergrund	1
1.1 Primärversorgung	1
1.2 Gesundheitsversorgung im Ostalbkreis.....	2
1.3 Förderaufruf	4
2. Aufbau eines Primärversorgungsnetzwerks im Ostalbkreis - Vorgehen.....	4
3. Gesundheitsnetz Schwäbischer Wald	9
3.1 Mitglieder	10
3.2 Ziele.....	10
3.3 Ergebnisse der Unterarbeitsgruppen	11
4. Evaluation.....	16
4.1 Ziele.....	16
4.2 Methodik	17
4.3 Ergebnisse der Interviews mit den Netzwerkmitgliedern.....	18
4.4 Ergebnisse der Interviews mit den Mitgliedern der Arbeitsgruppe 3.....	23
5. Herausforderungen	31
6. Fazit und Ausblick.....	33
7. Literaturverzeichnis.....	36
8. Anhang.....	39
8.1 Kooperationsvereinbarung des Gesundheitsnetzes Schwäbischer Wald	39
8.2 Liste der Mitglieder des Gesundheitsnetzes Schwäbischer Wald.....	44
8.3 Assessment-Fragebogen zur Erhebung des Versorgungsbedarfs	46
8.4 Interview-Leitfaden Netzwerkmitglieder	56
8.5 Interview-Leitfaden Mitglieder AG3.....	58

1. Hintergrund

1.1 Primärversorgung

Als Primärversorgung werden Strukturen des Gesundheitssystems bezeichnet, die von der Bevölkerung bei gesundheitlichen Problemen und Anliegen mehrheitlich als Erstes kontaktiert werden [1]. Es handelt sich also um die Erstberatung und medizinische Grundversorgung von Patientinnen und Patienten. Bei diesem Konzept steht eine wohnortnahe und personenzentrierte kontinuierliche Versorgung im Mittelpunkt [2]. Auch das soziale Umfeld der Patientinnen und Patienten wird berücksichtigt. Akteure der Primärversorgung nehmen eine „Gatekeeping“-Funktion ein, leiten an Leistungserbringende höherer Versorgungsebenen weiter und fungieren als dauerhafte Ansprechpartner, die bei der Koordinierung des Versorgungsprozesses unterstützen [3]. Diese Aufgaben übernehmen im deutschen Gesundheitssystem traditionell die Hausärztinnen und Hausärzte.

Im neuen Verständnis der Primärversorgung spielen allerdings nicht nur Ärztinnen und Ärzte eine zentrale Rolle. Vielmehr geht es um die multiprofessionelle und sektorenübergreifende Zusammenarbeit von Leistungserbringenden, wie z.B. Therapeutinnen und Therapeuten, Pflegefachkräften sowie Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeitern [4]. Folglich reicht das Behandlungsspektrum der angestrebten „Versorgung aus einer Hand“ von Prävention und Gesundheitsförderung über Kuration bis hin zu Rehabilitation und Pflege.

Der Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen schrieb hinsichtlich dieser neuen Form der Kooperation schon 2014: „Damit in von Unterversorgung bedrohten ländlichen Regionen künftig die Versorgung sichergestellt werden kann, sind multiprofessionelle Versorgungsmodelle, die auf Teamwork und aufgabenorientierten Mustern der Arbeitsteilung basieren, elementar, wie die Erfahrungen anderer Länder zeigen. Sie auch in Deutschland voranzutreiben und starre Hierarchien zugunsten einer gleichrangigen Zusammenarbeit zu überwinden, wird seit langem empfohlen“ [5]. Auch im Koalitionsvertrag der Landesregierung Baden-Württemberg von 2021 wird eine „interprofessionelle und innovative, am Bedarf der Patientinnen und Patienten ausgerichtete Versorgung“ gefordert [6].

Als Primärversorgungsnetzwerk kann ein dezentraler interdisziplinärer Zusammenschluss von Akteuren aus dem Gesundheits- und Sozialbereich verstanden werden. Die transektorale

Vernetzung entlang der Versorgungskette soll eine kontinuierliche Behandlung von Patientinnen und Patienten ermöglichen. Die enge Kooperation der Netzwerkmitglieder hat zum Ziel, die Effizienz an Schnittstellen des Behandlungsprozesses zu steigern. Das Netzwerk wird, einem gemeindenahen und quartiersbezogenen Ansatz folgend, in die örtlichen Strukturen eingebunden [7].

1.2 Gesundheitsversorgung im Ostalbkreis

2021 wurden im Ostalbkreis 315.009 Einwohner verzeichnet. Der Anteil an Personen ab 65 Jahren lag dabei bei 21,3 % (Baden-Württemberg: 20,8 %) und der Anteil an hochbetagten Menschen ab 80 Jahren bei 7,0 % (Baden-Württemberg: 7,0 %). Eine Vorausberechnung des Statistischen Landesamts Baden-Württemberg prognostiziert für den Ostalbkreis im Jahr 2035 einen Anstieg der Anzahl an Personen ab 65 Jahren auf 26,5 % (Baden-Württemberg 25,6 %) [8]. Es ist zu erwarten, dass mit steigendem Lebensalter auch der medizinische und pflegerische Versorgungsbedarf und die damit verbundene Anzahl und Dauer der Arztkontakte sowie der Krankenhausaufenthalte steigen. Dies wird für den Ostalbkreis eine höhere Beanspruchung der örtlichen Versorgungsstrukturen bedeuten.

Im Jahr 2022 gab es im Ostalbkreis insgesamt 496 ambulant tätige Vertragsärztinnen und -ärzte, wovon 191 hausärztlich und 235 fachärztlich tätig waren. Zudem waren 70 Vertragspsychotherapeutinnen und -therapeuten im Ostalbkreis tätig [9].

Im Rahmen der Bedarfsplanung der Kassenärztlichen Vereinigung Baden-Württemberg wurde der Ostalbkreis in fünf hausärztliche Planungsbereiche eingeteilt (siehe Abbildung 1).



Abbildung 1: Hausärztliche Planungsbereiche im Ostalbkreis (Quelle: KVBW)

Im März 2023 wurden dort die folgenden Versorgungsgrade berechnet:

- Ostalb 1 Aalen: 97,6 %
- Ostalb 2 Schwäbisch Gmünd: 101,9 %
- Ostalb 3 Schwäbischer Wald: 49,2 %
- Ostalb 4 Ellwangen: 83,7 %
- Ostalb 5 Härtsfeld: 93,8 %

Der Planungsbereich „Ostalb 3: Schwäbischer Wald“ ist mit einem Versorgungsgrad von 49,2 % der am schlechtesten versorgte in Baden-Württemberg [10]. Der Landesausschuss der Ärzte und Krankenkassen für Baden-Württemberg stellte dort im Oktober 2022 die hausärztliche Unterversorgung offiziell fest. Im Jahr 2022 waren 39 % der Hausärztinnen und -ärzte im Ostalbkreis 60 Jahre und älter, 22 % sogar 65 Jahre und älter [9]. Offensichtlich macht der demografische Wandel also auch nicht vor Leistungserbringenden des Gesundheitssystems Halt und wird zu einer Zuspitzung der Personalknappheit führen.

Im Bereich der allgemeinen fachärztlichen Versorgung gilt der gesamte Ostalbkreis als Planungsbereich. Hier ist eine angemessene Versorgung, zumindest nach den Berechnungen der Bedarfsplanung, gegeben. Ausschließlich bei den Augenärzten, HNO-Ärzten, Nervenärzten

und Psychotherapeuten liegt der Versorgungsgrad unter 110 %. Das gleiche gilt für die spezialisierte fachärztliche Versorgung, bei der die Region Ostwürttemberg als Planungsbereich definiert wurde. Hier liegt der Versorgungsgrad nur bei den Kinder- und Jugendpsychiatern unter 110 % [10].

Im Jahr 2021 gab es im Ostalbkreis außerdem 66 Apotheken. Des Weiteren wurden 2019 60 stationäre und 34 ambulante Pflegeeinrichtungen verzeichnet [11].

1.3 Förderaufuf

Das Ministerium für Soziales, Gesundheit und Integration Baden-Württemberg veröffentlichte im Juni 2020 den „Förderaufuf zur Konzeptionalisierung und zur Erprobung von Primärversorgungszentren und Primärversorgungsnetzwerken – Folgeaufuf“, auf den sich der Ostalbkreis bewarb. Ziel der Förderung war „die Erarbeitung von Konzepten zur sektorenübergreifenden Versorgung und die Erprobung von Primärversorgungszentren und -netzwerken“ [7]. Mit den innovativen Förderprojekten sollten Erkenntnisse dazu gewonnen werden, wie Strukturen der Primärversorgung künftig in Baden-Württemberg flächendeckend ausgestaltet werden können. Im Mittelpunkt stand die Förderung der „Zusammenarbeit der verschiedenen Professionen innerhalb des Gesundheitswesens und darüber hinaus“ [7]. Als Zielgruppe der Förderprojekte standen chronisch kranke und/oder multimorbide Personen oder psychisch erkrankte Personen zur Wahl.

2. Aufbau eines Primärversorgungsnetzwerks im Ostalbkreis - Vorgehen

Der Ostalbkreis erhielt im November 2020 die Förderzusage des Ministeriums für Soziales, Gesundheit und Integration Baden-Württemberg für das Projekt „Primärversorgung im Ostalbkreis - Gemeinsam und Vernetzt - Verbesserung der Versorgung chronisch kranker oder multimorbider Personen“ mit einer Projektlaufzeit von Dezember 2020 bis März 2023 und einem Fördervolumen von insgesamt 203.338,80 €. Im März 2021 konnte die Stelle der Projektkoordination im Geschäftsbereich Gesundheit des Landratsamts besetzt werden. Diese fungiert im Rahmen des Projekts auch als Koordinierungsstelle zwischen den niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten, den Kliniken, der Kassenärztlichen Vereinigung, weiteren Gesundheitsakteuren, den Kommunen und der Landkreisverwaltung.

Das Förderprojekt ist Teil der Struktur „Ärztliche Versorgung im Ostalbkreis“, die aus einem Steuerungskreis und vier Arbeitsgruppen besteht (siehe Abbildung 2). Die Struktur wurde im Rahmen zweier Klausurtagungen definiert, die am 05.12.2020 und am 13.03.2021 stattfanden. Die Gruppe der Teilnehmer, die den Steuerungskreis bildeten, setzte sich aus Vertreterinnen und Vertreter des Landratsamtes, des Kreistags, der Kommunen, der Kreisärzteschaften Aalen und Schwäbisch Gmünd sowie der Kliniken Ostalb zusammen. Gemeinsam wurden die Arbeitsgruppen festgelegt, deren Mitglieder benannt und die nächsten Schritte geplant.

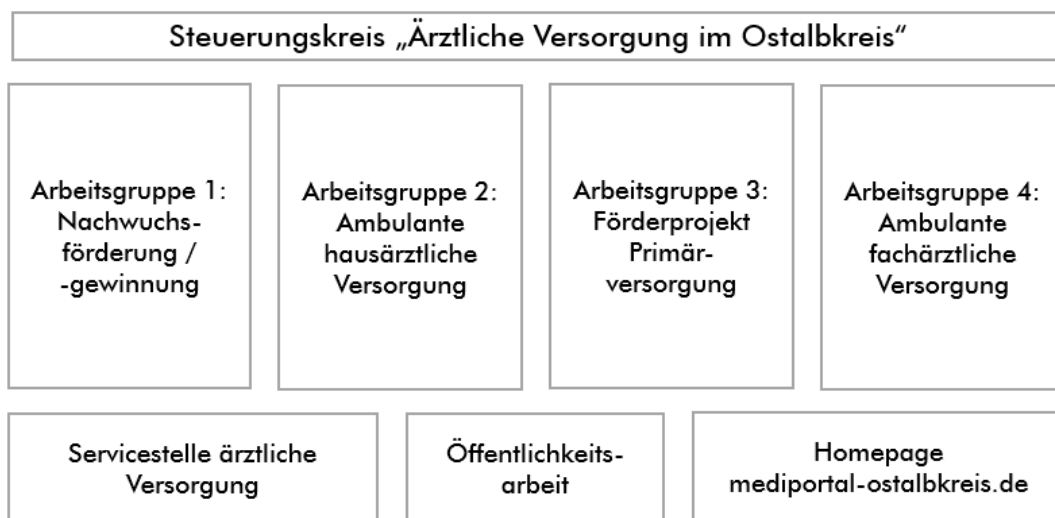


Abbildung 2: Struktur „Ärztliche Versorgung im Ostalbkreis“

Die Mitglieder der „Arbeitsgruppe 3: Förderprojekt Primärversorgung“ (AG3) erarbeiteten gemeinsam mit der Projektkoordination das Grundkonzept für das Projekt. Der Mitgliederkreis setzte sich aus Vertreterinnen und Vertretern des Landratsamtes, der Kreisärzteschaften Aalen und Schwäbisch Gmünd, der Kliniken Ostalb sowie der Hochschule Aalen (Studienbereich Gesundheitsmanagement) zusammen. Die Sitzungen der Arbeitsgruppe fanden im Zeitraum von April bis Juli 2021, aufgrund der Corona-Pandemie, als Videokonferenzen statt.

Als Grundlage für die Erarbeitung eines Konzepts diente u.a. eine Online-Befragung von 72 Akteuren, die im Bereich der Pflege im Ostalbkreis tätig sind. Die Befragung wurde im April 2021 im Rahmen der Kommunalen Pflegekonferenz des Ostalbkreises durchgeführt. 79 % der Akteure, die mehrheitlich in der ambulanten und stationären Pflege tätig sind, äußerten Interesse, sich am Förderprojekt zu beteiligen. Für die Versorgung von chronisch kranken und

multimorbiden Personen wünschten sie sich eine bessere Zusammenarbeit mit Fachärztinnen und -ärzten (85 %), Kliniken (64 %), Hausärztinnen und -ärzten (39 %) sowie Psychotherapeutinnen und -therapeuten (29 %). Insbesondere bei der Versorgung von Patientinnen und Patienten mit Demenz (75 %), Depression (49 %), Krebs (26 %) und chronischen Lungenerkrankungen (19 %) wurde Verbesserungspotential im Ostalbkreis gesehen.

Zusätzlich wurden die Ergebnisse einer Bachelorarbeit im Studiengang Gesundheitsmanagement an der Hochschule Aalen für die Konzeption des Primärversorgungsnetzwerks herangezogen. Im Rahmen der Arbeit mit dem Titel „Multimorbidität als Herausforderung der Primärversorgung – Wie kann die Versorgung multimorbider Patientinnen und Patienten im Landkreis Ostalbkreis mithilfe interdisziplinärer Versorgungsnetzwerke verbessert werden?“ wurde ein systematisches Literaturreview durchgeführt, um bestehende internationale Versorgungsmodelle zu identifizieren und zu analysieren, welche Elemente zu positiven Outcomes bei den Patientinnen und Patienten, Leistungserbringenden sowie dem Gesundheitssystem geführt haben. Die Ergebnisse der Bachelorarbeit legen nahe, dass der Einsatz eines Case Managements sowie von Elementen aus dem Bereich E-Health für die nachhaltige Implementierung von Primärversorgungsstrukturen im Ostalbkreis zu empfehlen sind.

Zur Auswahl einer Pilotregion für das Förderprojekt wurden im Jahr 2021 elf Teilraumkonferenzen veranstaltet. Dabei handelte es sich um Austauschveranstaltungen mit relevanten örtlichen Gesundheitsakteuren, wie etwa Hausärztinnen und -ärzten, Vertreterinnen und Vertretern der Kreisärzteschaften sowie Bürgermeisterinnen und Bürgermeistern. Die Definition der Teilräume basierte auf Erfahrungen der Hausärztinnen und -ärzte sowie der Bürgermeisterinnen und Bürgermeister hinsichtlich der örtlichen Patientenströme (siehe Abbildung 3). Ziel war es, die aktuelle Situation im Bereich der hausärztlichen Versorgung zu erheben, Planungen von Seiten der Ärztinnen und Ärzte sowie der Kommunen für die kommenden Jahre in Erfahrung zu bringen, die Zusammenarbeit der Akteure vor Ort weiterzuentwickeln und individuelle Handlungsmöglichkeiten für die Sicherstellung der hausärztlichen Versorgung zu erarbeiten.



Abbildung 3: Teilräume im Ostalbkreis

Die Mitglieder der AG3 entschieden sich auf Grundlage der Ergebnisse der Teilraumkonferenzen für den Aufbau eines Primärversorgungsnetzwerks in der Region Schwäbischer Wald im Ostalbkreis. Dabei sollte es sich um ein regionales Versorgungsnetzwerk ohne Indikationsbezug handeln. Der populationsbezogene Ansatz wurde gewählt, um die Gesundheitsversorgung der Bürgerinnen und Bürger im Schwäbischen Wald zu verbessern. Der Handlungsbedarf für diese sehr ländlich geprägte Region leitete sich insbesondere aus dem niedrigen hausärztlichen Versorgungsgrad von damals 70,2 % ab, der von der Kassenärztlichen Vereinigung Baden-Württemberg im Rahmen der Bedarfsplanung berechnet wurde [12]. Der Schwäbische Wald war damit (und ist mit 49,2 % auch 2023 noch) der am schlechtesten versorgte hausärztliche Planungsbereich in Baden-Württemberg [10]. Konkret bedeutet dies, dass in der Region, in der zu diesem Zeitpunkt 34.770 Personen lebten, für die Erreichung eines Versorgungsgrads von 100 % sechs in Vollzeit tätige Hausärztinnen und -ärzte fehlten [12]. Zudem gab und gibt es in den 13 Gemeinden des Planungsbereichs keine kinderärztliche Versorgung, keine psychotherapeutische Versorgung, keine stationären medizinischen Einrichtungen und (bis auf eine gynäkologische Praxis) auch keine fachärztliche Versorgung.

Die Mitglieder der AG3 beschlossen, im Juli 2021 zwei Online-Informationsveranstaltungen zur Gewinnung von Gesundheitsakteuren für das Primärversorgungsnetzwerk durchzuführen. Nach einer umfassenden Bestandsanalyse, die von der Projektkoordinatorin durchgeführt wurde, wurden ca. 200 Gesundheitsakteure und -einrichtungen aus dem Schwäbischen Wald und Umgebung zu den Veranstaltungen eingeladen. Dabei handelte es sich um:

- Hausärztinnen und -ärzte
- Fachärztinnen und -ärzte
- Kliniken
- Psychotherapeutinnen und -therapeuten
- Ambulante Pflegedienste
- Stationäre Pflegeeinrichtungen
- Physiotherapeutinnen und -therapeuten
- Ergotherapeutinnen und -therapeuten
- Ernährungsberaterinnen und -berater
- Logopädinnen und Logopäden
- Anbieterinnen und Anbieter medizinischer Fußpflege
- Apotheken
- Sanitätshäuser
- Selbsthilfegruppen
- Soziale Beratungsstellen

An den Informationsveranstaltungen nahmen 40 Personen teil. Ihnen wurde das Vorhaben, die angestrebten Ziele sowie Möglichkeiten zur Umsetzung vorgestellt. Der Einladung, sich am Aufbau des Netzwerks zu beteiligen, folgten schließlich 16 Personen. Im Oktober 2021 fand das erste Kennenlernetreffen der Netzwerkmitglieder statt, woraufhin im November dann ein Workshop zur gemeinsamen Zieldefinition durchgeführt wurde. Auf Grundlage der erarbeiteten Ziele wurden drei Unterarbeitsgruppen (UAGs) gegründet, auf die sich die Netzwerkmitglieder und die Mitglieder der AG3 je nach Interesse aufteilten:

- UAG Zielgruppendefinition
- UAG Netzwerkstruktur und -zusammenarbeit
- UAG Case Management

In den Unterarbeitsgruppen wurden in meist online stattfindenden Sitzungen die Details zur Ausgestaltung des Primärversorgungsnetzwerks erarbeitet. Die Sitzungen fanden im Zeitraum von Dezember 2021 bis Dezember 2022 statt. Ziel dieser partizipativen Vorgehensweise war es, die Netzwerkmitglieder aktiv am Projekt zu beteiligen. Auf eine Einbeziehung von Bürgerinnen und Bürgern in den Prozess der Konzepterstellung wurde aus mehreren Gründen verzichtet. Zum einen hätte dies aufgrund des höheren Aufwands zu Verzögerungen im zeitlichen Ablauf während der ohnehin kurzen Projektlaufzeit geführt. Zum anderen ging es bei der Konzeptionierung fast ausschließlich um fachliche Fragen, die die Expertise der Leistungserbringenden bedurften. Über die Ergebnisse der UAGs wurde regelmäßig in Sitzungen mit allen Mitgliedern des Netzwerks und der AG3 berichtet. Auf dieser Grundlage erfolgte die offizielle Gründung des Primärversorgungsnetzwerks. Für die Bekanntmachung des Netzwerks wurde u.a. die Homepage www.mediportal-ostalbkreis.de erstellt. Zudem wurde in Pressemitteilungen über das Projekt berichtet.

In Zusammenarbeit mit dem Bachelorstudiengang Gesundheitsmanagement an der Hochschule Aalen wurde zusätzlich zur Konzeption eines Primärversorgungsnetzwerks ein Modell für ein Primärversorgungszentrum ausgearbeitet. Eine Gruppe Studierender beschäftigte sich ein Semester lang mit den Fragen, welche Berufsgruppen in einem solchen Zentrum vertreten sein sollten, welche baulichen Anforderungen es gibt, welche Rechtsformen in Frage kommen, welche Kosten auftreten und wie die Arbeitsprozesse im Zentrum aussehen könnten. Da der Fokus im Rahmen der Förderlaufzeit, nach Rücksprache mit den Netzwerkmitgliedern und der AG3, vorerst auf dem Aufbau eines Primärversorgungsnetzwerks lag, wurde dieser Ansatz im weiteren Projektverlauf nicht weiterverfolgt.

3. Gesundheitsnetz Schwäbischer Wald

Das multiprofessionelle Primärversorgungsnetzwerk, das in der Region Schwäbischer Wald im Ostalbkreis aufgebaut wurde, trägt den Namen „Gesundheitsnetz Schwäbischer Wald“. Das Gesundheitsnetz versorgt chronisch kranke und multimorbide Patientinnen und Patienten, welche einen komplexen Versorgungsbedarf aufweisen und in der Region Schwäbischer Wald im Ostalbkreis leben (siehe Abbildung 4). Die offizielle Gründung erfolgte am 26. September 2022. Im Anschluss an ein Pressegespräch unterzeichneten die Mitglieder eine

Kooperationsvereinbarung (siehe Kapitel 8.1). Nachdem über das Projekt in der regionalen Presse berichtet wurde, wurden erneut alle Gesundheitsakteure und -einrichtungen im Schwäbischen Wald und Umgebung angeschrieben und dazu motiviert, sich dem Gesundheitsnetz anzuschließen.



Abbildung 4: Region Schwäbischer Wald im Ostalbkreis

3.1 Mitglieder

Im Juni 2023 verfügt das Gesundheitsnetz Schwäbischer Wald über 27 Mitglieder (siehe Kapitel 8.2). Unter diesen befinden sich u.a. sieben Hausarztpraxen, die Kliniken Ostalb, der Pflegestützpunkt Ostalbkreis, acht Sozialstationen und Pflegedienste, drei Sanitätshäuser, zwei physiotherapeutische Praxen, eine Ernährungsberaterin und eine Wundmanagerin.

3.2 Ziele

Die Mitglieder des Gesundheitsnetzes Schwäbischer Wald verfolgen folgende Ziele:

- Verbesserung der Gesundheitsversorgung für die Bürgerinnen und Bürger in der Region Schwäbischer Wald im Ostalbkreis

- Verbesserung der Kommunikation und Kooperation der verschiedenen Gesundheitsakteure und -einrichtungen im Gesundheitsnetz
- Vermehrter fachlicher Austausch, kurze Wege und Zusammenarbeit auf Augenhöhe
- Ermöglichung einer kontinuierlichen Behandlung durch eine bessere Aufeinanderabstimmung von Gesundheitsleistungen
- Steigerung der Effizienz an Schnittstellen des Versorgungsprozesses
- Erleichterung des Zugangs zu Leistungen aus dem Gesundheits- und Sozialbereich
- Verringerung von Wartezeiten
- Vermeidung von Mehrfachuntersuchungen
- Verhinderung des „Drehtür-Effekts“
- Entlastung der Hausärztinnen und -ärzte im Schwäbischen Wald

3.3 Ergebnisse der Unterarbeitsgruppen

3.3.1 Unterarbeitsgruppe Zielgruppendefinition

Die UAG Zielgruppendefinition beschäftigte sich mit der Frage, welche Patientinnen und Patienten mit Wohnsitz im Schwäbischen Wald einen besonders hohen Versorgungs- und Unterstützungsbedarf aufweisen, sodass eine intensive Zusammenarbeit der Mitglieder des Gesundheitsnetzes Schwäbischer Wald im Rahmen ihrer Versorgung sinnvoll ist.

Folgende Kriterien wurden definiert:

- Patientinnen und Patienten, bei denen ein komplexer Versorgungsbedarf vorliegt
- Patientinnen und Patienten, bei denen die Regelversorgung nicht greift
- Patientinnen und Patienten, denen nötige Ressourcen (z.B. die Unterstützung durch ein soziales Umfeld) fehlen
- Patientinnen und Patienten, an deren Versorgung mehrere Gesundheitsakteure und -einrichtungen beteiligt sind

Um eine schnelle Einschätzung des Versorgungsbedarfs von Patientinnen und Patienten vornehmen zu können, wurde ein Assessment-Fragebogen erstellt (siehe Kapitel 8.3). Als Grundlage für diesen wurden der INTERMED-Self-Assessment Fragebogen [13], der Barthel-Index [14] sowie der Fragebogen zur Studie „Gesundheit in Deutschland aktuell“ GEDA

2014/2015-EHIS [15] verwendet. Mit dem Fragebogen kann ein Score berechnet werden, der auf einen niedrigen, mittleren oder hohen Versorgungsbedarf schließen lässt. Die insgesamt 24 Fragen behandeln u.a. folgende Themen:

- Deutschkenntnisse
- Soziale Unterstützung
- Selbstständigkeit bei Alltagsaktivitäten
- Mobilität
- Hör- und Sehvermögen
- Behandelnde Gesundheitsakteure
- Chronische Schmerzen und Wunden
- Psychische Probleme
- Medikamenteneinnahme
- Pflegegrad
- Grad der Behinderung
- Erwerbsunfähigkeit

Der Assessment-Fragebogen wurde von einem Hausarzt auf seine Konstruktvalidität getestet. Der berechnete Score stimmte mit der subjektiven Einschätzung des Hausarztes bzgl. des Versorgungsbedarfs ihm bekannter Patientinnen und Patienten soweit überein, dass eine Verwendung empfohlen werden kann. Der Fragebogen steht den Netzwerkmitgliedern nun zur freiwilligen Verwendung zur Verfügung. Empfohlen wird die Berechnung des Scores insbesondere zur ersten Einschätzung des Versorgungsbedarfs. Weitere Assessments sowie persönliche Gespräche mit den Patientinnen und Patienten müssen darauf natürlich folgen.

3.3.2 Unterarbeitsgruppe Case Management

Bei der Diskussion über die Ausgestaltung des Primärversorgungsnetzwerks wurde schnell der Wunsch nach dem Einsatz eines Case Managers deutlich. Die UAG Case Management hatte daher die Aufgabe, ein Konzept für die Implementierung eines solchen im Gesundheitsnetz Schwäbischer Wald zu erarbeiten. Um Expertise zum Thema einzuholen, wurde eine Case Management-Ausbilderin der Deutschen Gesellschaft für Care und Case Management (DGCC) in eine Sitzung der UAG eingeladen.

„Case Management ist eine Verfahrensweise in Humandiensten und ihrer Organisation zu dem Zweck, bedarfsentsprechend im Einzelfall eine nötige Unterstützung, Behandlung, Begleitung, Förderung und Versorgung von Menschen angemessen zu bewerkstelligen“ [16]. Das Case Management erfolgt nach einem Phasenmodell. In der Klärungsphase wird Kontakt mit den potentiellen Patientinnen und Patienten aufgenommen und geprüft, ob der Bedarf für ein Case Management vorliegt. Anschließend erfolgt ein Assessment, bei welchem die objektive Problemlage sowie die subjektiven Bedürfnisse der Patientinnen und Patienten erhoben werden. Bei der Serviceplanung werden die Versorgungsziele festgelegt und Unterstützungsmaßnahmen aus dem Gesundheits- und dem sozialen Bereich ausgewählt. Danach werden die Patientinnen und Patienten beim sogenannten Linking an die gewählten Angebote vermittelt. Gemeinsam mit den Patientinnen und Patienten wird die Inanspruchnahme der Leistungen überwacht (Monitoring) und schließlich auf ihre Wirksamkeit überprüft (Evaluation) [16].

Die Mitglieder der UAG empfehlen, dass ein Case Manager im Gesundheitsnetz als zentraler Ansprechpartner für die Patientinnen und Patienten sowie für die Netzwerkmitglieder agiert. Das Case Management soll ganzheitlich und mit einer hohen Patientenorientierung erfolgen. Zielgruppe sind diejenigen Patientinnen und Patienten, die von der Unterarbeitsgruppe Zielgruppendefinition beschrieben wurden (siehe Kapitel 3.3.1). Der Case Manager soll eine Lotsenfunktion einnehmen, den Überblick über den gesamten Versorgungsprozess der Patientinnen und Patienten behalten und diesen steuern. Er soll organisatorische Aufgaben, wie z.B. die Vereinbarung von Arztterminen, das Ausfüllen von Formularen und Anträgen sowie die Organisation von Hilfsmitteln oder von Krankentransporten übernehmen. Dabei sollen die Mitglieder des Gesundheitsnetzes und bei Bedarf auch weitere Akteure aus dem Gesundheits- und Sozialbereich einbezogen werden, sodass die verschiedenen Leistungen besser aufeinander abgestimmt werden. Auch das soziale Umfeld und die häuslichen Gegebenheiten sollen im Rahmen des Case Managements berücksichtigt werden. Weitere vorgesehene Aufgaben sind die Verwaltung von Patientendaten und die Organisation und Moderation interdisziplinärer Fallbesprechungen mit den Netzwerkmitgliedern.

Die Mitglieder der UAG sprachen sich dafür aus, dass der Case Manager nicht bei einem Netzwerkmitglied, wie etwa in einer Hausarztpraxis, angesiedelt wird, sondern unabhängig in

einem eigenen Büro in der Projektregion tätig ist. So soll deutlich werden, dass der Case Manager eigenständig agiert und sich nicht nur um medizinische Fragen kümmert.

Zudem wird empfohlen, dass die Patientinnen und Patienten ausschließlich nach einer Überweisung eines Netzwerkmitglieds die Leistungen des Case Managers in Anspruch nehmen können. Eine direkte Kontaktierung des Case Managers durch Bürgerinnen und Bürger birgt das Risiko, dass viele Patientinnen und Patienten abgelehnt werden müssen, weil sie keinen entsprechenden Bedarf aufweisen.

Hinsichtlich der Qualifikation eines Case Managers werden gute medizinische Grundkenntnisse und Berufserfahrung im pflegerischen oder medizinischen Bereich empfohlen. Zudem sind eine gute Kommunikations- und Durchsetzungsfähigkeit sowie eine Weiterbildung im Bereich Case Management mit DGCC-Zertifizierung gewünscht. Wünschenswert wäre außerdem, dass die Person aus der Region kommt, sodass sie mit den örtlichen Strukturen bereits vertraut ist.

Nach intensiver Diskussion entschieden sich die Mitglieder der UAG dafür, den Case Manager in der Kommunikation mit den Bürgerinnen und Bürgern „Patientenlotse“ zu nennen. Dies soll insbesondere dazu beitragen, dass auch nicht-englischsprachige Personen verstehen, für welche Aufgaben der Case Manager zuständig ist.

3.3.3 Unterarbeitsgruppe Netzwerkstruktur und -zusammenarbeit

Die Mitglieder der UAG Netzwerkstruktur und -zusammenarbeit beschäftigten sich mit der Ausgestaltung der Strukturen und Prozesse innerhalb des Gesundheitsnetzes. Ein Fokus wurde hierbei auf die Ausarbeitung von Anforderungen an eine digitale Plattform zur Kommunikation und Weitergabe von Patientendaten gelegt.

Die Mitglieder der UAG waren sich einig, dass die Nutzung einer netzwerkinternen elektronischen Patientenakte viele Vorteile mit sich bringen würde. U.a. könnten so die Schnittstellen im Versorgungsprozess effizienter gestaltet und Wartezeiten verringert werden. Zudem könnten durch die Kenntnis über die Krankheitsgeschichte der Patientinnen und Patienten bspw. unnötige Mehrfachuntersuchungen oder unerwünschte Wechselwirkungen von Medikamenten vermieden werden. Die elektronische Patientenakte sollte etwa Diagnosen, Untersuchungsergebnisse, den Medikationsplan, Risikofaktoren sowie

weitere Angaben, wie z.B. Kontaktdaten von Angehörigen oder den Pflegegrad umfassen. Der Datenzugriff sollte auch bei Hausbesuchen über eine mobile Anwendung gewährleistet sein.

Wichtig war den Mitgliedern der UAG in Bezug auf die digitale Plattform die Wahrung des Datenschutzes. Vor der Erstellung einer elektronischen Patientenakte muss in jedem Fall das Einverständnis der Patientinnen und Patienten eingeholt werden. Zudem muss eine datenschutzkonforme und sichere Software verwendet werden. Wünschenswert wäre außerdem, dass die verschiedenen Netzwerkmitglieder nur auf die Patienteninformationen Zugriff hätten, die sie für ihre Arbeit benötigen. Allerdings bräuchte es auch eine Person, die den Überblick über alle Daten hat und diese verwaltet. Diese Aufgabe könnte bspw. ein Case Manager übernehmen.

Um die Zusammenarbeit im Netzwerk zu stärken und eine „Versorgung aus einer Hand“ zu gewährleisten, empfiehlt die UAG die regelmäßige Durchführung von Fallbesprechungen. Die Netzwerkmitglieder, die an der Behandlung eines Patienten mit komplexem Versorgungsbedarf beteiligt sind, könnten sich dazu austauschen, wie weiter vorgegangen wird, um dem Patienten bestmöglich zu helfen. Auch diese Fallbesprechungen könnten von einem Case Manager organisiert und moderiert werden. Um den Mehraufwand für die Gesundheitsakteure gering zu halten, wird die Durchführung per Videokonferenz empfohlen.

Zur Erhöhung der Verbindlichkeit der Zusammenarbeit im Gesundheitsnetz wurde von den Mitgliedern der UAG die Erstellung einer Kooperationsvereinbarung empfohlen, die von den Mitgliedern unterzeichnet werden soll. Diese wurde von den Projektkoordinatorinnen des Landratsamts erstellt (siehe Kapitel 8.1). Um die Nachhaltigkeit des Projekts zu sichern, in welchem langfristig ein Case Management implementiert werden soll, wurde zudem empfohlen, geeignete rechtliche Strukturen zu schaffen, in welchen der Case Manager tätig werden kann. Der Ostalbkreis wurde nach interner Rücksprache der Projektkoordination mit den zuständigen Personen im Landratsamt als Arbeitgeber des Case Managers als ungeeignet bewertet, weil es sich bei der Sicherstellung der Gesundheitsversorgung nicht um eine Pflichtaufgabe des Landkreises handelt und eine gewisse Bevorzugung einer Projektregion für den Landkreis schwierig zu begründen wäre. Zur Verstetigung des Projekts wurde schließlich die Gründung einer hausärztlichen Genossenschaft im Schwäbischen Wald beschlossen. Die MEDWALD eG wurde mit Unterstützung des Beratungsunternehmens DIOMEDES GmbH im Mai 2022 gegründet. In der Satzung der Genossenschaft ist folgendes festgehalten:

„Gegenstand der Genossenschaft ist die Sicherung der ärztlichen Versorgung in der Region Schwäbischer Wald durch die Gründung und das Betreiben von Medizinischen Versorgungszentren und von Zweigpraxen, die Unterstützung von Arztpraxen und anderen Gesundheitseinrichtungen, die Förderung der sektorenübergreifenden sowie multiprofessionellen Zusammenarbeit, Case Management, Prävention und Gesundheitsförderung“ [17]. Somit wirken die Mitglieder der Genossenschaft, die natürlich ebenfalls Mitglieder des Gesundheitsnetzes sind, verbindlich auf die Verbesserung der multiprofessionellen Zusammenarbeit in der Projektregion hin.

4. Evaluation

Das Projekt zum Aufbau eines Primärversorgungsnetzwerks im Ostalbkreis wurde von der Hochschule Aalen, Studienbereich Gesundheitsmanagement, wissenschaftlich begleitet und evaluiert. Die Prozessevaluation wurde im Zeitraum von November 2021 bis Dezember 2022 von Prof. Dr. Dieter Ahrens und zwei wissenschaftlichen Mitarbeiterinnen der Hochschule in Zusammenarbeit mit der Projektkoordination des Landratsamts durchgeführt. Der Prozess zur Umsetzung des Projekts wurde begleitet und systematisch reflektiert. Regelmäßig erstellte Zwischenergebnisse wurden an die Projektkoordinatorinnen weitergegeben und flossen direkt in die Projektsteuerung ein, um den Aufbau und die Zusammenarbeit im Primärversorgungsnetzwerk stetig zu modifizieren bzw. zu verbessern.

4.1 Ziele

Im Rahmen der Prozessevaluation wurde untersucht, wie die verschiedenen Projektbeteiligten und Netzwerkmitglieder die Prozesse und Strukturen beim Aufbau des Primärversorgungsnetzwerks bewerten. Dabei wurden die unterschiedlichen Ansichtsweisen der Akteure gegenübergestellt und ein allgemeiner Überblick geschaffen. Es erfolgte eine Einschätzung, welche Erwartungen und Wünsche die Personen an die zukünftige Zusammenarbeit, die Projektverantwortlichen sowie die Entwicklung des Netzwerks haben. Die beruflichen Hintergründe sowie bisherige persönliche Erfahrungen in der Kooperation mit anderen Berufsgruppen flossen ebenfalls in die Prozessevaluation mit ein. Außerdem wurde die Akzeptanz des Primärversorgungsnetzwerks aus Sicht der verschiedenen Akteure

untersucht und mögliche Barrieren bei der Umsetzung identifiziert. Da Partizipation in allen Phasen des Projekts eine wichtige Rolle spielte, wurden die Netzwerk- und die Arbeitsgruppenmitglieder auch in der Begleitforschung aktiv miteinbezogen und erhielten die Möglichkeit, über die zukünftigen Strukturen der Zusammenarbeit im Primärversorgungsnetzwerk mitzuentcheiden.

4.2 Methodik

Zur Bearbeitung der genannten Zielsetzung wurde ein qualitatives Studiendesign herangezogen. Dieses eignet sich für die Prozessevaluation, da es ein Verständnis sozialer Interaktionen und die aktive Teilhabe der Netzwerkteilnehmenden am Prozess fördert. Dadurch wurde die stetige Anpassung der Prozesse im Projekt ermöglicht [18].

Als Instrument für die Erfassung der qualitativen Daten wurden teilstandardisierte Leitfadeninterviews verwendet. Im ersten Schritt wurden Einzelinterviews mit den beteiligten Netzwerkmitgliedern im Zeitraum von Januar bis März 2022 durchgeführt. Anschließend fanden Einzelinterviews mit den Mitgliedern der Arbeitsgruppe 3 im Juni 2022 statt.

Die Interviews mit den Netzwerkmitgliedern thematisierten die eigenen Erfahrungen mit der bestehenden Gesundheitsversorgungssituation im Schwäbischen Wald sowie Belastungen in der beruflichen Tätigkeit, Erfahrungen in der Zusammenarbeit mit anderen Berufsgruppen und die Bewertung der Prozesse zum bisherigen Aufbau des Primärversorgungsnetzwerks. Zusätzlich wurden die Beweggründe zur Teilnahme am Netzwerk sowie Erwartungen und Wünsche an die zukünftige Zusammenarbeit abgefragt (siehe Kapitel 8.4). Die Interviews mit den Arbeitsgruppenmitgliedern thematisierten ebenfalls die Bewertung der bisherigen Prozesse zum Aufbau des Primärversorgungsnetzwerks. Zusätzlich lag ein Fokus darauf, welche Rolle die Arbeitsgruppe im Prozess hat und welche Voraussetzungen für den erfolgreichen Aufbau eines Netzwerks in dieser Region gegeben sein sollten. Ein weiterer Punkt war die Einschätzung der zukünftigen Entwicklung des Primärversorgungsnetzwerks (siehe Kapitel 8.5).

Die Transkription der Interviews wurde mittels einfacher Transkription nach Kuckartz vorgenommen [19]. Die Inhalte der Interviews wurden mithilfe eines Kategoriensystems aufgearbeitet und strukturiert. Auf Basis der vorgefertigten Leitfäden wurde das

Kategoriensystem mit den verschiedenen Auswertungsdimensionen zunächst deduktiv festgelegt. Nach Abschluss der durchgeführten Interviews ermöglichten die Aussagen der Befragten eine induktive Anpassung des Kategoriensystems und die Bildung von Subkategorien. Nach Festlegen des finalen Kategoriensystems wurde die Kodierung und Analyse der Daten durch die beiden Interviewerinnen vorgenommen. Dabei wurden die wörtlichen Zitate den entsprechenden Kategorien zugeordnet. Im Anschluss an die Kodierung aller Interviews konnte eine zusammenfassende Betrachtung der qualitativen Daten erfolgen.

4.3 Ergebnisse der Interviews mit den Netzwerkmitgliedern

Von insgesamt zehn angefragten Personen nahmen acht Personen an der Befragung teil. Die Interviews hatten eine Länge von etwa 30 Minuten und wurden im Zeitraum zwischen dem 20.01.2022 und dem 04.03.2022 durchgeführt. Unter den teilnehmenden Personen war eine Vielzahl an Berufsgruppen aus dem ärztlichen, pflegerischen sowie sozialen Bereich vertreten. Eine der befragten Personen übt ihre berufliche Tätigkeit direkt vor Ort im Gebiet des Schwäbischen Waldes aus, wohingegen die anderen Personen nur indirekt beruflich mit der Gesundheitsversorgung in diesem Gebiet konfrontiert sind.

4.3.1 Versorgungssituation im Schwäbischen Wald

Die Versorgungssituation im Schwäbischen Wald wurde von den Befragten ähnlich bewertet. Der bestehende Haus- und Fachärztemangel sowie die zukünftige Entwicklung wurden als kritisch wahrgenommen.

„Es wird immer schlimmer. Die Hausärzte werden ja alle älter, die hören alle irgendwann mal auf und dann hast du jetzt vielleicht noch zwei Hausärzte im ganzen Schwäbischen Wald und die sollen das Ganze auffangen – das schaffen die nicht.“

Die Belastungen sind dabei nicht nur für die Leistungserbringenden vor Ort spürbar, sondern auch für die Akteure aus den benachbarten Regionen. Hierzu zählen der Zuwachs an Arbeitsaufwand sowie an bürokratischen Hürden. Auch Kommunikations- und Abstimmungsprobleme zwischen den Leistungserbringenden werden wahrgenommen. Damit

entsteht für die Leistungserbringenden ein zeitlicher Mangel, was bedeutet, „dass damit auch die adäquate fachliche Versorgung (...) sich dann als Folge verschlechtert“.

„Bei uns ist das wirklich Fließbandarbeit, also anders kann ich das mittlerweile nicht mehr sagen (...). Die Zeit für jeden Einzelnen hat man hier einfach nicht.“

Auch für die Patientinnen und Patienten sind die Belastungen durch den bestehenden Ärztemangel spürbar. Zu nennen sind in diesem Zusammenhang die Zunahme an Wegstrecken, Aufnahmeschwierigkeiten in Praxen sowie die geringe zeitliche Verfügbarkeit bei den Leistungserbringenden.

„(...) das heißt, der Patient möchte natürlich möglichst viel Zeit haben und das gibt es halt nicht immer.“

Die befragten Personen sehen einen klaren Handlungsbedarf, die Versorgungssituation im Schwäbischen Wald zu verbessern und die bestehenden Belastungen zu minimieren. Dabei steht die Förderung der Kommunikation und des Austauschs im Fokus.

„Die Erfahrung natürlich überhaupt ist die Kommunikation, die ist noch zu wenig und der Austausch auch miteinander (...). Man muss auch dazusagen, dass wenn ich mit niedergelassenen Ärzten spreche (...), merke ich, dass da auf jeden Fall eine Notwendigkeit ist und dass es auch sehr viele Vorteile mit sich bringt. Also wenn sozusagen dieses Versorgungsnetzwerk schon allein die Kommunikation verbessert, das wäre schon ein Deal.“

4.3.2 Erfahrungen in der multidisziplinären Zusammenarbeit

Von den befragten Personen bestätigten alle, dass sie auf verschiedene Weise in Kontakt zu anderen Berufsgruppen stehen. Allerdings konnten Unterschiede im Umfang und der Intensität festgestellt werden. Während manche Personen im täglichen Austausch mit anderen Berufsgruppen stehen, ist bei manchen der Austausch abhängig von den zu behandelnden oder beratenden Personen.

„Das ist wirklich abhängig von unseren Ratsuchenden. (...) aber ich würde jetzt sagen, der Kontakt ist jetzt eher begrenzt, also nicht tagtäglich.“

Es wurde festgestellt, dass die beschriebene Zusammenarbeit allerdings nicht mit den Beteiligten im Netzwerk erfolgt ist. Sieben der acht befragten Personen gaben an, die beteiligten Akteure erst im Rahmen der Netzwerktreffen kennengelernt zu haben. Eine Person gab an, dass sie bereits Kontakt zu einzelnen Akteuren hatte.

„Also persönlichen Kontakt, (...) hatte ich vorab nicht. (...) Das persönliche Kennenlernen war tatsächlich im Rahmen des Kennenlernetreffens, ja.“

Trotz bereits bestehender Zusammenarbeit wird der Wunsch nach mehr Zusammenarbeit deutlich.

„Ich sage mal, wenn ich das bewerten müsste, würde ich es immer noch als unbefriedigend bezeichnen und sehr ausbaufähig.“

4.3.3 Motive zur Teilnahme am Primärversorgungsnetzwerk

Während mehrere Personen angaben, die eigene Berufsgruppe innerhalb des Netzwerks repräsentieren und deren Sichtbarkeit erhöhen zu wollen, ist bei anderen die allgemeine Verbesserung der Gesundheitsversorgung das primäre Ziel, welches mit der Teilnahme am Projekt verfolgt wird.

„Also, ich denke unsere Chance ist einfach, dass unser Angebot auch bekannt wird.“

„Einfach (...) auch, dass man eine flächendeckende gute Versorgung hinbekommt.“

Andere Befragte gaben an, sich persönlich weiterentwickeln zu wollen, sowie *„auch mal einen mutigen Schritt zu gehen und mal etwas anzugehen, was einen offenen Ausgang hat“*. Das Motiv, die Zusammenarbeit der Berufsgruppen langfristig zu verbessern und neue Kontakte zu knüpfen, konnte in einer Vielzahl der Interviews wiedergefunden werden.

„Natürlich erhoffe ich mir auch bleibende Kontakte (...), und ich bin mir sicher, dass was man da auch untereinander austauscht, dass das sicherlich über das Projekt hinaus auch noch weitere Früchte tragen kann.“

4.3.4 Bewertung bisheriger Strukturen im Primärversorgungsnetzwerk

Die Bereiche, die im Rahmen der Interviews thematisiert wurden, waren das Case Management, die Partizipation der Netzwerkmitglieder sowie die Nutzung von E-Health und digitalen Möglichkeiten zur Kommunikation.

Das Case Management als zentraler Baustein des Netzwerks wurde von den Netzwerkmitgliedern einerseits als Chance gesehen. Durch die Übernahme der Koordination der Versorgung würde eine Entlastung der Berufsgruppen erfolgen, aber auch eine Entlastung der Patientinnen und Patienten, da diese einen zentralen Ansprechpartner hätten, der sie durch den Behandlungsprozess begleitet.

„Also ich glaube ohne das geht es nicht. Ich glaube es braucht so eine Art Koordination oder Leitstelle (...), jemand der so ein Versorgungspfad-Manager ist (...), der so ein bisschen schaut, was sind die nächsten Schritte und auch als Ansprechpartner immer wieder zur Verfügung steht.“

Andererseits werden Schwierigkeiten bezüglich des Aufgabenbereichs des Case Managers gesehen. Die Befragten geben an, dass die Aufgaben und die Abgrenzung zu anderen Berufsgruppen klar definiert sein müssen, um Überschneidungen im Aufgabengebiet zu vermeiden. Damit könnte unter anderem die Überlastung des Case Managers durch die Koordination verschiedener Patientinnen und Patienten sowie Leistungserbringenden umgangen werden.

„Teils, teils. Ich glaube es ist eine große Chance, wenn alle Fäden bei einer Person zusammenlaufen. Ich sehe da nur aber auch kritisch, wie viele Fäden kann eine Person handeln. Es muss ja auch einfach von der Arbeitszeit und vom Arbeitspensum zu bewältigen sein, sodass der Case Manager der anfragenden Personen, dem anfragenden Leistungserbringer auch zeitnah eine Rückmeldung geben kann, damit alle mit dem Patienten schnell weiterarbeiten können.“

Außerdem wird kritisch angemerkt, dass der Case Manager allein nicht die Lösung für die kritische Versorgungssituation im Schwäbischen Wald sein kann, sondern es zusätzlich der Gewinnung und Etablierung weiterer Leistungserbringender ärztlicher und pflegerischer Art vor Ort bedarf.

„Ich weiß nicht, was der Case Manager dann erreichen soll, wenn es die Versorgung nicht gibt, also diese Leistungsanbieter fehlen.“

Die Bewertung des partizipativen Ansatzes - die aktive Beteiligung der Netzwerkmitglieder am Prozess des Aufbaus des Netzwerks - wird von den Netzwerkmitgliedern ambivalent betrachtet. Eine Gruppe der Befragten steht dem partizipativen Ansatz positiv entgegen und betont, dass es wichtig ist, die Personen mit ihren bestehenden Erfahrungen aktiv in den Prozess einzubinden. Außerdem sei es vorteilhaft, die Vorhaben mehr praktisch und weniger theoretisch auszurichten.

„Ich finde es super, dass wir alle ein Teil in der Entwicklung sein dürfen. Ich erlebe es oft, dass etwas von den Theoretikern entwickelt wurde und die Praktiker müssen dann irgendwie damit umgehen und ganz oft harmoniert es nicht.“

Andererseits stehen manche der Befragten dem partizipativen Ansatz kritisch gegenüber. Eine Gefahr wird darin gesehen, dass das Durchsetzen der eigenen Interessen von größerem Interesse ist, als die Verständigung auf einen gemeinsamen Konsens. Daher würde eine Delegation und Übernahme bestimmter Entscheidungen durch die Projektverantwortlichen dafür sorgen, dass die gemeinsame Zielsetzung besser verfolgt werden könnte. Außerdem könnten Entscheidungs- und Abstimmungsprozess erleichtert und der zeitliche Rahmen des Projekts besser eingehalten werden.

„Aber klar, umso mehr Meinungen umso länger dauert auch der Konsens und das ist eher so bisschen die Problematik bei dem Projekt.“

Die Bereitschaft auf digitale Kommunikationsmöglichkeiten im Rahmen der Zusammenarbeit zurückzugreifen, ist bei den Befragten, trotz unterschiedlicher Vorerfahrungen mit der Nutzung, vorhanden. Die Abstimmung über die genaue Umsetzung einer digitalen Kommunikationsplattform bedarf weiterer Klärung. Hierbei sind der Datenschutz sowie die Art und Weise des Austauschs der Informationen zentral. Mehrere Befragte schlagen vor, sich zunächst auf eine digitale Möglichkeit zu einigen und diese erst im Laufe der Zusammenarbeit weiterhin anzupassen.

„(...) ich denke, wenn wir alle kompromissbereit sind, dass wir dann auch auf eine gute Lösung kommen, die dann vielleicht einfach mit der Zeit noch ausbaufähig ist und dann auch auf der Praxis einfach beruht, weil viele Dinge, die dann digital umgesetzt werden sollen,

müssen ja auch erstmal ausgetestet werden und man merkt dann erst, was passt und was passt nicht.“

4.3.5 Erwartungen und Wünsche an die zukünftige Zusammenarbeit

Alle befragten Personen machen deutlich, dass sie mit der Teilnahme keinerlei persönliche Nachteile sehen. Dennoch äußerten sie sowohl Wünsche hinsichtlich der Zusammenarbeit mit den Netzwerkmitgliedern, als auch mit den Projektverantwortlichen. Hinsichtlich der Zusammenarbeit mit den Netzwerkmitgliedern fielen die Begriffe *„Augenhöhe und (...) Patientenorientierung“*, *„Unterstützung“*, *„Voneinander-Lernen und sich gegenseitig akzeptieren“* sowie *„in dem Gesamtversorgungssetting mitdenken“*. Von den Verantwortlichen des Projektteams wird die langfristige Planung sowie das Entwickeln eines *„guten Konzeptes“* erwartet. Außerdem sollte das Projekt im Gesamtkontext betrachtet und parallel berücksichtigt werden, dass die Etablierung des Netzwerks im Schwäbischen Wald lediglich eine Hilfe für die problematische Versorgungssituation darstellt.

„Also ich habe ja schon gesagt, normalerweise müsste an einem Plan noch mitgearbeitet werden, (...) wie man noch jemanden gewinnen kann, der diesen Bereich hier im Schwäbischen Wald versorgt, damit eben viel mehr Leistungsanbieter da sind.“

Außerdem müssten die Schwierigkeiten, welche in den Bereichen der zeitlichen Planung bzw. Begrenzung des Projekts, der langfristigen Finanzierung sowie der digitalen Ausgestaltung der Kommunikation gesehen werden, gelöst werden.

4.4 Ergebnisse der Interviews mit den Mitgliedern der Arbeitsgruppe 3

Alle vier angefragten Arbeitsgruppenmitglieder erklärten sich für ein Interview bereit. Mit einer Dauer von 35 bis 42 Minuten waren die Interviews länger als diejenigen, die mit den Netzwerkmitgliedern geführt wurden. Die Durchführung fand zwischen dem 02.06.2022 und dem 29.06.2022 statt.

Alle Befragten aus der Arbeitsgruppe 3 verfügen über langjährige Erfahrungen in der ärztlichen Versorgung und sind mit den Strukturen der Gesundheitsversorgung vertraut. Sie engagieren sich sowohl politisch als auch in einzelnen Projekten oder Arbeitskreisen im

Bereich der Gesundheitsversorgung in der Region. Zwei von vier Personen verfügen über viel Expertise in der Netzwerkarbeit, während andere bisher nicht aktiv mit der Netzwerkarbeit in Berührung kamen.

4.4.1 Funktion der Arbeitsgruppe und Motive des Mitwirkens

Im Prozess des Aufbaus des Primärversorgungsnetzwerks war die Arbeitsgruppe 3 bereits an der Konzeptionierung und Mitgründung beteiligt, bevor die ersten Netzwerkmitglieder akquiriert wurden. Dabei hatten die Mitglieder der Arbeitsgruppe eine „beratende Funktion“ und haben an der „Ausgestaltung (...) mitgewirkt“. Mit der vorhandenen Expertise waren die Mitglieder der Arbeitsgruppe dafür verantwortlich, dass sich die Prozesse zielorientiert entwickeln.

„Die Arbeitsgruppe, die hier installiert wurde, übernimmt ja die Aufgabe (...), die Beteiligten an den Tisch zu bringen (...) und grob den Rahmen (...) und Herangehensweise zu definieren. (...) Zum anderen natürlich, hat die Arbeitsgruppe die Pflicht (...) zu schauen, was entwickelt sich und das zu bewerten. (...) Ich glaube das ist immer ganz gut, wenn von außen auch immer noch der Blick kommt und das Ganze dann (...) kritisch beleuchtet wird, dass auch der richtige Weg entsprechend eingehalten wird.“

Während eine Person sich „mehr so als Pflichtmitglied“ in dem Prozess sieht, sehen sich die anderen Befragten verantwortlich für die „Zukunftssicherung“ der Versorgung in der Region und möchten ihre persönliche sowie „berufliche Fachexpertise“ miteinbringen.

„Ja, also insgesamt (...), dass ich der Meinung bin, dass wir jetzt sozusagen von der älteren Generation die Welt mitprägen und an der Entwicklung von Prozessen involviert sind, (...) und ich sehe es als meine Verantwortung, da für die nachfolgende Generation was zu machen, was vielleicht sinnvoll ist.“

4.4.2 Bewertung bisheriger Strukturen und der Zusammenarbeit

Das Case Management wird auch von den Arbeitsgruppenmitgliedern als zentraler Baustein für den Erfolg des Netzwerks gesehen. Insbesondere bei der Behandlung von „multimorbiden Menschen, chronisch kranken Menschen (...) spielt das Case Management (...) eine

entscheidende Rolle“. Außerdem besteht ein *„zunehmender Bedarf“* an Menschen, *„die sich um vielfältige Dinge kümmern“.*

Ebenso wie die Netzwerkmitglieder sehen auch die Arbeitsgruppenmitglieder einen Bedarf darin, das Aufgabenfeld des Case Managers klar zu definieren und von anderen Berufsgruppen abzugrenzen.

„Wichtig ist, (...) es muss klar definiert sein, was versteht man darunter, unter Case Management, was hat man für Vorstellungen, was soll ein Case Management letztendlich umsetzen, wie soll die Zusammenarbeit sein, welche Rolle hat es und wo ist das Case Management zu finden.“

Die Arbeitsgruppenmitglieder sehen es als erforderlich, dass ein Case Manager *„Eigeninitiative und Engagement“* zeigt, um die Tätigkeit erfolgreich meistern zu können. Außerdem nennen sie die Erreichbarkeit über das Handy sowie langjährige Erfahrungen in einer pflegerischen Tätigkeit als weitere Voraussetzungen.

„Also es müsste eine erfahrene Pflegekraft sein, die vielleicht auch schon in der ambulanten Pflege tätig war. Vielleicht eine Krankenschwester, die später Altenpflegerin gemacht hat.“

Das Thema Partizipation und die Beteiligung der Netzwerkmitglieder am Prozess des Aufbaus sehen die Arbeitsgruppenmitglieder zwar als wichtig an, allerdings sind sie der Meinung, dass *„die organisatorische, administrative, koordinierende Funktion (...) beim Landratsamt“* liegt. Aus Sicht der Arbeitsgruppenmitglieder wäre das Projekt ohne die Unterstützung durch die Projektverantwortlichen des Landratsamts nicht zu bewältigen, weshalb es als wichtig erachtet wird, dass das Projektteam weiterhin die koordinierende Rolle übernimmt.

„Wichtig ist schon, dass das Landratsamt sich da nicht zurückzieht. Gerade auch in der ersten Phase ist es aus meiner Sicht extrem wichtig, dass das Landratsamt mit dabei ist. (...) Gerade auch um die Netzwerkmitglieder zusammenzuhalten. Und vor allem haben wir den Case Manager noch nicht. Es gibt ja noch gar keine andere Person, die das zusammenhält oder irgendwie den Hut aufhat oder so.“

Hinsichtlich der kritischen Auseinandersetzung mit dem Thema Partizipation unterstreicht eine Person, dass es wichtig ist, *„sich Ratschläge einzuholen, aber dass man jedes Mal abstimmt“* hält der Befragte *„eigentlich für schwierig“.* In diesem Zusammenhang wäre es

zwar wichtig, dass das Landratsamt die koordinierende Rolle im Prozess einnimmt, gleichermaßen aber auch deutlich macht, dass die zukünftige Zusammenarbeit innerhalb der Netzwerkmitglieder funktionieren muss und nicht durch das Landratsamt erbracht werden kann.

„Das Landratsamt hat eben klar die Aufgabe, Initiator und Koordinator zu sein, die Fäden zusammenzuhalten und alles zu regeln, aber letztendlich, wenn das dann mal läuft, sind es die Akteure (...), die das Ganze mit Leben erfüllen müssen und entsprechend umsetzen müssen.“

Unter anderem ist laut einem der Arbeitsgruppenmitglieder die elektronische Kommunikation „unabdingbar“ und „geht ohne ein elektronisches Tool (...) gar nicht“. Andere Arbeitsgruppenmitglieder äußerten außerdem, dass aufgrund von „Zeitgründen und (...) großen Distanzen“ eine digitale Plattform die Kommunikation „vereinfachen“ würde. Auch hier wird dem Bereich des Datenschutzes eine große Relevanz zugeschrieben und bedarf außerdem der Klärung von Zugriffsrechten.

„Dass diese Daten auch sicher und geschützt sein müssen, ist auch unabdingbar.“

„Die Frage ist dann auch, welche Informationen werden dann da ausgetauscht. Wer hat Zugriff auf welche Informationen. Das muss man auch noch festlegen.“

Im Unterschied zu den Befragungen mit den Netzwerkmitgliedern wurden im Rahmen der Interviews mit den Arbeitsgruppenmitgliedern außerdem die geplanten Fallkonferenzen angesprochen, welche in Zusammenhang mit der elektronischen Kommunikation diskutiert wurden. Fallkonferenzen verfolgen dabei das Ziel, ausgewählte Patientenfälle zusammen mit den unterschiedlichen Leistungserbringenden, die an der Behandlung beteiligt sind, zu diskutieren und sich über den zukünftigen Behandlungsplan auszutauschen.

„Und ich glaube, dass das bei kritischeren Versorgungsfällen ja auch sinnvoll ist, wenn mehrere zusammenkommen und ihre Gedanken miteinbringen.“

Sowohl das Treffen in Präsenz als auch der Austausch im Rahmen von Online-Videokonferenzen werden befürwortet.

„Da ist beides möglich. Das hängt zum einen vom Pandemiegesehen ab und auch, wie die Leute zur Verfügung stehen. Wenn dann doch alle sagen „für mich ist es online über

Zoom einfacher“, kann man das sicherlich auch machen. Ich denke aber, man sollte sich (...) auch ab und zu in Präsenz treffen.“

Hinsichtlich der Rahmenbedingungen wurde deutlich, dass sich die Arbeitsgruppenmitglieder für eine Durchführung der Konferenzen ohne Patientinnen und Patienten aussprechen, da dies einen besseren „*fachlichen Austausch*“ ermöglicht. Außerdem sollten die Konferenzen nur bei Bedarf stattfinden.

„Also ich würde es immer so machen, dass immer, wenn etwas besprochen werden soll und nicht fixe Termine.“

Aufgrund der Durchführung der Befragung im Juni 2022 war eine Bewertung der Zusammenarbeit der Netzwerkmitglieder durch die Arbeitsgruppenmitglieder möglich. Einerseits wurde die Zusammenarbeit bisher als „*angenehm, aber auch konstruktiv*“ wahrgenommen, andererseits auch als wenig offen für eine enge Kooperation.

„Bisher hat man schon so (...) eher ein bisschen nebeneinanderher gelebt. Jeder hat so versucht, seinen Bereich so ein bisschen abzustecken.“

Durch die Aufteilung der Arbeitspakete in Unterarbeitsgruppen konnten die Netzwerkmitglieder ihre unterschiedlichen „*Expertisen miteinbringen*“. Durch die geringere Anzahl an Teilnehmern war die Abstimmung über die Prozesse erleichtert worden und man kam „*schneller zum Ziel*“.

„Primär, finde ich den Ansatz nicht schlecht, dass sich Leute speziell um ein Thema kümmern. Wichtig ist halt (...) alles zusammenzuführen.“

4.4.3 Zukunftsaussichten

Die Arbeitsgruppenmitglieder waren sich einig, dass sich der Aufbau des Primärversorgungsnetzwerks für die „*unbefriedigende Versorgungssituation in der hausärztlichen Versorgung*“ gut als Lösungsansatz eignet. Vor allem das Case Management dient als „*gute Chance (...), eine Verbesserung zu erreichen*“. Davon profitieren nicht nur der „*polymorbide Patient*“, sondern auch alle Mitglieder, da durch das Netzwerk die Möglichkeit gegeben wird, „*die Arbeit der anderen vielleicht ein bisschen mehr zu sehen, was der andere macht und dass man auch sieht, was [er] für Probleme hat*“.

„Es ist eine Möglichkeit, Neues zu erproben, neue Erfahrungen zu sammeln. Es ist auch eine Möglichkeit, verschiedene Akteure in der medizinischen Versorgung zusammenzubringen. Es ist eine Chance, neue Arbeitsmethoden zu erproben (...) und auch eine Chance, durch die Zusammenarbeit verschiedener Professionen auch verschiedene Sichtweisen in die Patientenversorgung zusammenzubringen und mehr Austausch zu erreichen. Und auch, dass wenn das entsprechend umgesetzt wird, letztendlich auch der Patient (...) davon profitieren kann.“

Trotz bestehender Chancen und Vorteile, die durch den Aufbau des Primärversorgungsnetzwerks entstehen können, wurden auch einige Barrieren von den Arbeitsgruppenmitgliedern wahrgenommen. Es wird vermutet, dass die Umsetzung der digitalen Kommunikationsplattform *„noch zu Problemen führt, weil man das so nicht umsetzen kann, wie man vielleicht denkt“*. Außerdem sind langfristige Vergütungsformen und *„wie das letztendlich von den beteiligten Akteuren refinanziert wird“*, noch nicht geklärt. Unter anderem kann nicht garantiert werden, ob die Patientinnen und Patienten des Schwäbischen Waldes *„dann auch bereit sind“*, das Netzwerk *„anzunehmen“*. Barrieren in der Zusammenarbeit der Netzwerkmitglieder könnten aus Sicht der Arbeitsgruppenmitglieder *„unterschiedliche Zielvorstellungen“* sein sowie dass man *„sich oft auch als Konkurrenz“* sieht. Zusätzlich könnte das umfassende Aufgabengebiet des Case Managers für Überforderung sorgen.

„Gerade der Case Manager ist natürlich der Dreh- und Angelpunkt. Da könnte ich mir schon vorstellen, wenn der überfordert ist oder die Person doch nicht klarkommt mit dieser Aufgabe.“

Die größte Hürde, die die Arbeitsgruppenmitglieder im Prozess des Aufbaus des Primärversorgungsnetzwerks sehen, ist die mangelnde Teilnahme der Netzwerkmitglieder an den regelmäßigen Netzwerktreffen, die durch das Landratsamt Ostalbkreis organisiert werden. Es wird kritisiert, dass gar keine *„großen Akteure“* sowie allgemein zu *„wenige Ärzte daran teilnehmen“*. Dies würde den Anschein machen, als wäre das *„Interesse (...) nicht von allen Beteiligten“* vorhanden und dass *„viele Menschen (...) es eigentlich eher als selbstverständlich ansehen, dass irgendetwas gemacht wird“*. Dies könnte unter Umständen zu einem Misserfolg der geplanten Zusammenarbeit im Netzwerk führen.

„(...) aber ich habe das Gefühl, dass die Beteiligung von den Akteuren extrem gering ist. Und da habe ich dann auch eher Sorge, dass so ein Projekt unter Umständen nicht klappen kann, wenn die Akteure erwarten, dass etwas fertig Funktionierendes ihnen präsentiert wird.“

Daher besteht vonseiten der Arbeitsgruppenmitglieder der eindeutige Wunsch danach „dass da auch rege Teilnahme ist“ und „dass die Akteure auch selbst daran Interesse haben“ sowie, dass die Netzwerkmitglieder für die Zusammenarbeit „bereit sind“. Außerdem hofft man auf eine konstruktive Zusammenarbeit auf Augenhöhe.

„Erwartungen an die Teilnehmer und Beteiligten insoweit, dass alle, die beteiligt sind, eine positive Einstellung haben (...), dass ein gutes Miteinander der Akteure stattfindet, eine konstruktive Zusammenarbeit letztendlich erfolgt und was auch wichtig ist, dass es auf Augenhöhe stattfindet.“

Um die Nachhaltigkeit und das zukünftige Bestehen des Netzwerks garantieren zu können, spielt auch das Projektteam eine wesentliche Rolle. Hier erwarten die Arbeitsgruppenmitglieder, dass die Verantwortlichen des Landratsamts Ostalbkreis das Vorhaben „weiterhin so gut unterstützen, auch wenn dann die Fördergelder wegfallen“ sowie versuchen, „nochmal die anderen Akteure, die im Schwäbischen Wald tätig sind, (...) ins Boot zu holen“. Die Nachhaltigkeit des Netzwerks kann dann gewährleistet werden, wenn die Netzwerk Beteiligten den Mehrwert in dem Vorhaben sehen.

„Ich denke, wichtig ist auch, dass man die Netzwerkpartner auch an der Stange hält und dass die auch das Gefühl haben, dass es was bringt, dass es auch ein Benefit ist.“

Die Begleitung und Koordination des Netzwerks sind sowohl zu Beginn des Vorhabens, als auch während der laufenden Zusammenarbeit wichtig.

„Zum einen ist es wichtig, dass jetzt, wenn das Ding dann zum Start kommt und am Laufen ist (...), dass es weiter koordiniert und begleitet wird und weiter beobachtet wird, wie funktioniert es, wo ist weiterhin was zu justieren und anzupassen.“

Es ist wichtig zu beobachten, ob „die Rechte und Pflichten der Beteiligten bekannt sind“ und dafür zu sorgen „dass diese auch umgesetzt werden (...) und entsprechend gelebt werden“. Um garantieren zu können, dass sich das Netzwerk zielorientiert entwickelt, sollen weiterhin langfristig Evaluationen durchgeführt werden.

„Ich glaube auch wichtig wäre es (...) für die Nachhaltigkeit, dass dieses Netzwerk auch eine gewisse Zeit, die ersten Jahre vielleicht (...) mit weiteren Evaluationen begleitet wird. (...), um einfach weiterhin einen wissenschaftlichen Blick darauf zu haben, wie es sich entwickelt (...).“

Abschließend wurde in den Interviews mit den Arbeitsgruppenmitgliedern thematisiert, welche Voraussetzungen für ein gelingendes Primärversorgungsnetzwerk gegeben sein müssen. Die Verknüpfung an bestehende Versorgungsstrukturen und die Anpassung an die örtlichen Gegebenheiten waren wichtige Punkte, die in den Interviews angesprochen wurden. Dabei könnte die Gründung der hausärztlichen Genossenschaft MEDWALD eG in der Region eine Möglichkeit für das langfristige Aufrechterhalten des Netzwerks sein.

„Ich denke, der Zusammenschluss mit der Genossenschaft oder die Kooperation mit der Genossenschaft ist schon gut, weil die Gemeinde selber ist ja da auch mit im Boot (...). Und das ist auch eine gute Sache für die Nachhaltigkeit, weil dann einfach mehr beteiligt sind und auch alle daran interessiert sind, dass es funktioniert.“

Es wird als wichtig angesehen, die *„Ressourcen personeller Art, finanzieller Art und organisatorischer Art“* zu nutzen und diese bei der Konzeptionierung des Netzwerks zu beachten. Zusätzlich muss beachtet werden, in *„welchem Rahmen“* man sich bei der Gründung des Netzwerks bewegt und *„welche Leitplanken“* vorgegeben sind. Außerdem sei die Bekanntmachung des Netzwerks über verschiedene Kanäle relevant.

„Ich glaube, ein wichtiger Punkt ist auch Werbung. Wenn das jetzt mal wirklich läuft und etabliert ist, dass man das auch kundtut, dass auch alle Beteiligten, Ärzte, Genossenschaft und so davon wissen. Auch von den Vorgängen, Prozessen, dass es dann auch Vorteile bringt.“

Neben der *„Kommunikation unter den Netzwerkmitgliedern“* werden persönliche und zwischenmenschliche Kompetenzen für eine gelingende Zusammenarbeit vorausgesetzt.

„Es muss gut akzeptiert sein (...) und keiner darf sich als Konkurrenz sehen (...).“

„Eine gute Atmosphäre, dass man sich wirklich gut kennenlernt, dass man den anderen respektiert, dass man die Probleme kennt und nicht bloß die eigenen Probleme sieht.“

Weiterhin wurde eine *„erforderliche Zahl, quantitativ gesehen, an Teilnehmern“* vorausgesetzt und *„dass man auch verschiedene Berufsprofessionen (...) hat, die dort zusammenarbeiten“*.

Vor diesem Hintergrund ist die Gewinnung zusätzlicher Netzwerkmitglieder sowie das Beibehalten bereits gewonnener Akteure von großer Relevanz.

5. Herausforderungen

Während des Projekts zum Aufbau eines Primärversorgungsnetzwerks im Ostalbkreis stießen die Projektverantwortlichen auf einige Herausforderungen. Nach der Erstellung des Grundkonzepts mussten die ersten Netzwerkmitglieder gewonnen werden. Gewünscht war, dass die Gesundheitsakteure ihre fachlichen Kompetenzen und Erfahrungen mit der regionalen Versorgung in die (Weiter-)Entwicklung des Gesundheitsnetzes einbringen. Mit diesem partizipativen Ansatz sollte auch eine höhere Identifizierung mit dem Projekt erreicht werden. Es stellte sich jedoch heraus, dass viele Gesundheitsakteure aus dem Schwäbischen Wald nicht über genug zeitliche Ressourcen verfügen, um sich ehrenamtlich am Projekt zu beteiligen. Aufgrund der hohen Arbeitsbelastung, die in der Region durch die vorherrschende Unterversorgung gegeben ist, ist dies nicht verwunderlich. Zudem war gerade zu Beginn des Projekts, als die ersten Netzwerkmitglieder akquiriert wurden, der Mehrwert einer Beteiligung noch nicht sichtbar. Auch dass es sich um ein zeitlich befristetes Förderprojekt handelte, schreckte viele Gesundheitsakteure ab. Die Aussicht, die eigenen Ressourcen in ein Vorhaben zu investieren, das nach zwei Jahren ggf. nicht weitergeführt wird, verringert offensichtlich die Motivation, sich zu beteiligen.

Des Weiteren war teilweise spürbar, dass eine multiprofessionelle Zusammenarbeit auf Augenhöhe von manchen Akteuren nicht unbedingt gewünscht ist. Die Projektkoordinatorinnen machten die Erfahrung, dass die etablierten Hierarchien im Gesundheitssystem, in denen v.a. Ärztinnen und Ärzte auf den oberen Stufen angesiedelt sind, nur schwer aufzulösen sind. Auch eine gewisse Sorge vor der Veränderung des Status quo, die mit der Etablierung innovativer Versorgungsstrukturen einhergeht, wurde ersichtlich. Die im deutschen Gesundheitssystem bestehenden Sektorengrenzen, insbesondere die Grenze zwischen ambulanter ärztlicher Versorgung und Pflege, sind nur mühsam zu überwinden. Eine Etablierung des Themas „interdisziplinäre Zusammenarbeit“ in der Ausbildung von Gesundheitsberufen in Deutschland, v.a. im Medizinstudium, wird aus diesem Grund von den Projektverantwortlichen empfohlen.

Eine weitere Möglichkeit, die interdisziplinäre Zusammenarbeit insbesondere für ambulant tätige Ärztinnen und Ärzte attraktiver zu machen, wäre die Einführung von Abrechnungsziffern für den durch die Kooperation entstehenden zeitlichen Mehraufwand. Ein Beispiel wäre die Abrechnung der Teilnahme an multiprofessionellen (Video-)Fallkonferenzen. Dies ist bislang nur bei pflegebedürftigen oder palliativmedizinischen Patientinnen und Patienten möglich, wobei es teilweise Kooperationsverträge mit Pflegeheimen bedarf (EBM-Nrn. 37120, 37320, 37400 und 01442).

Um die Kommunikation und Kooperation zwischen den Mitgliedern des Gesundheitsnetzes zu intensivieren und eine „Versorgung aus einer Hand“ anbieten zu können, bedarf es der Nutzung von elektronischen Patientenakten. Nur wenn alle an der Behandlung beteiligten Akteure Zugriff auf die relevanten Patientendaten haben, ist eine hochwertige multiprofessionelle Versorgung möglich. Auch der schnelle Austausch von Informationen oder die gemeinsame Planung der weiteren Behandlungsschritte in Form von Fallkonferenzen können am einfachsten über eine digitale Kommunikationsplattform inklusive Videokonferenzsystem gelingen. Leider verzögert sich jedoch die bundesweit flächendeckende Einführung der elektronischen Patientenakte. Die Einführung einer eigenen netzwerkinternen digitalen Plattform, auf der Patientendaten gespeichert und verwaltet werden können, wurde bei den Mitgliedern des Gesundheitsnetzes Schwäbischer Wald kontrovers diskutiert. Von denjenigen Akteuren, die eine solche Plattform ablehnen, wird argumentiert, dass die Dokumentation von Patientendaten in einer zusätzlich geführten Akte zeitliche Ressourcen in Anspruch nehmen würde, über die sie derzeit nicht verfügen. Außerdem wurden datenschutzrechtliche Bedenken geäußert. Auch ist unklar, wie eine digitale Plattform für das Gesundheitsnetz finanziert werden könnte. Die Bereitschaft der Netzwerkmitglieder, monatliche Kosten für die Nutzung zu übernehmen, ist gering.

Was sich während der Projektlaufzeit herausgestellt hat ist, dass es einen „Kümmerer“ braucht, der das Netzwerk zusammenhält. Ohne die Projektkoordination würde die Zusammenarbeit der Mitglieder mit hoher Wahrscheinlichkeit nach und nach enden. Dies wird auch in den Evaluationsergebnissen deutlich. Den Gesundheitsakteuren fehlt schlicht die Zeit, sich intensiv um die Netzwerkarbeit zu kümmern. Aus diesem Grund ist die Bereitstellung von personellen Ressourcen für eine Netzwerkkoordination unabdingbar.

6. Fazit und Ausblick

Das Ziel, ein Primärversorgungsnetzwerk zur Verbesserung der Versorgung chronisch kranker und multimorbider Personen im Ostalbkreis aufzubauen, konnte erreicht werden. Unter den Projektbeteiligten herrschte ein klarer Konsens darüber, dass in der ländlich geprägten und hausärztlich unterversorgten Region „Schwäbischer Wald“ Handlungsbedarf besteht und diese daher als Pilotregion für das Förderprojekt genutzt werden sollte. Die Intensivierung der Kooperation verschiedener Gesundheitsakteure und -institutionen wird von den Beteiligten als Möglichkeit wahrgenommen, die Gesundheitsversorgung zu verbessern. Die Sektorengrenzen konnten durch die Vernetzung der Mitglieder bis zu einem gewissen Grad abgebaut werden. Die Akteure wissen nun voneinander und kontaktieren sich bei Bedarf, um eine hochwertige Versorgung von Patientinnen und Patienten zu gewährleisten. Als Beispiel kann hier aufgeführt werden, dass die Hausärztinnen und -ärzte im Schwäbischen Wald keine Kenntnis darüber hatten, welche Leistungen die Ernährungsberaterin im Netzwerk anbietet und wie diese über die Krankenkassen abgerechnet werden können. Lediglich die Grenze zwischen dem ambulanten und dem stationären Sektor konnte während der Projektlaufzeit nicht überwunden werden. Die Zusammenarbeit des Entlassmanagements der Kliniken Ostalb mit dem Case Management des Gesundheitsnetzes ist allerdings für den weiteren Projektverlauf geplant.

Allerdings löst die bessere Zusammenarbeit das Grundproblem des Mangels an medizinischem Personal in dieser Region nicht. Der demografische Wandel führt dazu, dass in den kommenden fünf bis zehn Jahren die Ärztinnen und Ärzte der geburtenstarken Jahrgänge in den Ruhestand eintreten und zeitgleich der Bedarf an ärztlicher Versorgung durch die zunehmende Prävalenz an chronischen Erkrankungen, Multimorbidität und Pflegebedürftigkeit steigt [1]. Die Anzahl an nachkommenden Hausärztinnen und -ärzten wird nicht ausreichen, um diese Lücke zu schließen. Die Robert Bosch Stiftung prognostiziert einen Rückgang der Hausarztdichte im Ostalbkreis um 30 bis 60 % und damit das Eintreten einer kreisweiten Unterversorgung [1]. Um dem entgegenzuwirken, müssen die politischen Bemühungen der zuständigen Institutionen verstärkt werden. Sowohl die Schaffung zusätzlicher Medizinstudienplätze, wie es die Landesärztekammer Baden-Württemberg fordert [20] sowie die Erhöhung der Attraktivität der Allgemeinmedizin und des ländlichen Raums, als auch die bessere räumliche Verteilung der Hausärztinnen und -ärzte, etwa über die

Anpassung der Bedarfsplanung der Kassenärztlichen Vereinigungen, sind Maßnahmen, über die diskutiert werden sollte.

Da heute ein Großteil der Medizinstudierenden in Deutschland weiblich ist und der Anteil an jungen Medizinerinnen und Medizinern, der in Anstellung oder in Teilzeit arbeiten möchte, stark gestiegen ist, ist auch die Schaffung entsprechender Arbeitsplätze in den schlecht versorgten Regionen notwendig [1]. Diese Arbeitsbedingungen können in den in ländlichen Regionen vorherrschenden Einzelpraxen nicht angeboten werden. Aus diesem Grund wurde im Mai 2022 auf Initiative des Ostalbkreises und der Kreisärzteschaften Aalen und Schwäbisch Gmünd die hausärztliche Genossenschaft MEDWALD eG gegründet. Die 20 Mitglieder der Genossenschaft, die sich aus zwölf Gemeinden und acht Ärztinnen und Ärzten zusammensetzen, möchten mit der Gründung und dem Betrieb von medizinischen Versorgungszentren attraktive Rahmenbedingungen für Nachwuchsmedizinerinnen und -mediziner schaffen. Darunter fallen u.a. die Optionen, in Anstellung und in Teilzeit zu arbeiten, von Verwaltungstätigkeiten entlastet zu werden oder in einem Ärzteteam tätig zu sein. Eine enge Zusammenarbeit der MEDWALD eG mit dem Gesundheitsnetz Schwäbischer Wald wurde bereits etabliert und soll weiter ausgebaut werden.

Um die „Versorgung aus einer Hand“ für die definierte Zielgruppe des Projekts - Personen mit komplexen Versorgungsbedarfen - zu gewährleisten, ist die Implementierung eines Case Managements im Gesundheitsnetz erforderlich. Diese Erkenntnis leitet sich aus den Erfahrungen der Projektbeteiligten ab, dass es im Behandlungsprozess von Patientinnen und Patienten im Schwäbischen Wald Versorgungslücken in Form von Brüchen der kontinuierlichen Versorgung gibt. Zudem werden häufig vorhandene Unterstützungsmöglichkeiten im Gesundheits- und Sozialbereich von den Patientinnen und Patienten nicht genutzt, weil sie nicht von ihnen wissen oder bürokratische Hürden sie von der Inanspruchnahme abhalten. Ein Case Management könnte somit auch den Zugang zu Leistungen verbessern. Die Aussagen der Projektbeteiligten machen deutlich, dass sie sich von einem Case Manager wünschen, dass er eine Schlüsselrolle einnimmt und sowohl den Behandlungsprozess der Patientinnen und Patienten, als auch die Zusammenarbeit der Netzwerkmitglieder koordiniert. Da ein solches Case Management bislang noch keine Leistung der gesetzlichen Krankenversicherung ist, mussten erneut Fördergelder für die Implementierung gewonnen werden. Aus diesem Grund bewarb sich der Ostalbkreis im April

2022 ein weiteres Mal erfolgreich auf den Förderaufruf des Ministeriums für Soziales, Gesundheit und Integration Baden-Württemberg zum Thema Primärversorgung. Mit den Fördergeldern konnten zwei Case Managerinnen und eine Community Health Nurse angestellt werden, die nun im Gesundheitsnetz Schwäbischer Wald tätig sind. Die Anstellung erfolgte bei der MEDWALD eG.

In einer Folgestudie, die in der zweiten Förderphase des Projekts durchgeführt wird, werden die Erfahrungen der Netzwerkmitglieder, der Case Managerinnen sowie der Community Health Nurse mit der Zusammenarbeit im Gesundheitsnetz analysiert. Zudem werden die Patientinnen und Patienten befragt, die durch die genannten Akteure versorgt wurden. Die Erkenntnisse dieser Ergebnisevaluation sollen Aufschluss darüber geben, ob die umgesetzten Maßnahmen erfolgreich sind und einzelne Leistungen in die Regelversorgung überführt werden sollten.

Zusammengefasst ist die Erkenntnis dieses Förderprojekts, dass die Primärversorgung in Deutschland umfassend gestärkt und entsprechende rechtliche Rahmenbedingungen zur Realisierung des Vorhabens geschaffen werden sollten. Der Ostalbkreis steht mit dieser Forderung nicht alleine da. Der Bundesverband Managed Care e.V. formuliert es folgendermaßen: „Große Potenziale liegen u. a. darin, ambulante Pflege stärker mit medizinischer Versorgung zu verzahnen, unnötige stationäre Einweisungen zu vermeiden, das Management chronischer und komplexer Erkrankungen zu verbessern sowie prinzipiell Gesundheit zu fördern. Neben der Koordination über verschiedene Leistungserbringende bzw. -standorte hinweg, ist die Integration aller unterstützenden und gesundheitsorientierten Angebote – medizinische, pflegerische, therapeutische, soziale Leistungen u. a. – der Leitgedanke für die Zukunft“ [21].

7. Literaturverzeichnis

- [1] Nolting H-D, Ochmann R, Zich K. Gesundheitszentren für Deutschland: Wie ein Neustart in der Primärversorgung gelingen kann. Robert Bosch Stiftung GmbH. 2021. Abrufbar unter: https://www.bosch-stiftung.de/sites/default/files/publications/pdf/2021-05/Studie_Primaerversorgung_Gesundheitszentren-fuer-Deutschland.pdf; Stand: 08.06.2023
- [2] Wille E, Schrappe M, Gerlach F et al. Gutachten 2009 des Sachverständigenrates zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen: Koordination und Integration – Gesundheitsversorgung in einer Gesellschaft des längeren Lebens. Deutscher Bundestag – 16. Wahlperiode. 2009. Abrufbar unter: <https://dserver.bundestag.de/btd/16/137/1613770.pdf>; Stand: 08.06.2023
- [3] Expert Panel on effective ways of investing in Health. Definition of a frame of reference in relation to primary care with a special emphasis on financing systems and referral systems. European Union. 2014. Abrufbar unter: https://health.ec.europa.eu/system/files/2019-11/004_definitionprimarycare_en_0.pdf; Stand: 08.06.2023
- [4] Zimmermann T. Primäre Gesundheitsversorgung / Primary Health Care. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA). 2021. Abrufbar unter: <https://leitbegriffe.bzga.de/alphabetisches-verzeichnis/primaere-gesundheitsversorgung-primary-health-care/>; Stand 08.06.2023
- [5] Gerlach F, Wille E, Greiner W et al. Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen: Bedarfsgerechte Versorgung – Perspektiven für ländliche Regionen und ausgewählte Leistungsbereiche, Gutachten 2014, Kurzfassung. 2014. Abrufbar unter: https://www.svr-gesundheit.de/fileadmin/Gutachten/Gutachten_2014/Kurzfassung2014.pdf; Stand 08.06.2023
- [6] Bündnis 90/Die Grünen Baden-Württemberg, CDU Baden-Württemberg. Jetzt für morgen – Der Erneuerungsvertrag für Baden-Württemberg. 2021. Abrufbar unter: https://www.baden-wuerttemberg.de/fileadmin/redaktion/dateien/PDF/210506_Koalitionsvertrag_2021-2026.pdf; Stand 08.06.2023

- [7] Ministerium für Soziales und Integration Baden-Württemberg. Förderaufruf zur Konzeptionalisierung und zur Erprobung von Primärversorgungszentren und Primärversorgungsnetzwerken – Folgeaufruf. 2020. Abrufbar unter: https://www.gesundheitsdialog-bw.de/fileadmin/media/Foerderaufruf_Primaerversorgung_2020.pdf; Stand 08.06.2023
- [8] Statistisches Landesamt Baden-Württemberg. Bevölkerungsvorausberechnung mit Jugend-, Alten- und Gesamtquotient 1996 bis 2040. Abrufbar unter: <https://www.statistik-bw.de/BevoelkGebiet/Alter/98015200.tab?R=LA>; Stand 08.06.2023
- [9] Dorbath M, Frie E, Kiunke G et al. Die ambulante medizinische Versorgung 2022. Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg. 2022. Abrufbar unter: <https://www.kvbawue.de/api-file-fetcher?fid=4393>; Stand 08.06.2023
- [10] Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg. Stand der Bedarfsplanung: 1. März 2023. 2023. Abrufbar unter: <https://www.kvbawue.de/api-file-fetcher?fid=4522>; Stand: 08.06.2023
- [11] Gesundheitsatlas Baden-Württemberg. Einrichtungen des Gesundheitswesens. Abrufbar unter: <https://dashboards.instantatlas.com/viewer/report?appid=02c2cb589a834f3e89fbd7caf584b9b3>; Stand 08.06.2023
- [12] Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg. Stand der Bedarfsplanung: 24. Februar 2021. 2021. Abrufbar unter: <https://www.kvbawue.de/api-file-fetcher?fid=3879>; Stand: 08.06.2023
- [13] Boehlen F, Joos A, Bergmann F et al. Evaluation der deutschsprachigen Version des „INTERMED-Self-Assessment“- Fragebogens (IM-SA) zur Erfassung von Patienten mit komplexem Versorgungsbedarf. Psychotherapie Psychosomatik Medizinische Psychologie 2016. 66(05): 180-186
- [14] Begerow B, Röhrig A. Barthel-Index (dt. Version). 2005. Abrufbar unter: https://www.thieme.de/statics/dokumente/thieme/final/de/dokumente/tw_pflege/297500101_001_Bartel_Index.pdf; Stand 08.06.2023

- [15] Robert Koch-Institut. Fragebogen zur Studie „Gesundheit in Deutschland aktuell“: GEDA 2014/2015-EHIS. *Journal of Health Monitoring* 2017. 2(1): 105–135. Abrufbar unter: https://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Gesundheitsbericht_erstattung/GBEDownloads/Supplement/JoHM_2017_01_gesundheitliche_lage9.pdf?__blob=publicationFile; Stand 08.06.2023
- [16] Deutsche Gesellschaft für Care und Case Management. *Case Management Leitlinien: Rahmenempfehlungen, Standards und ethische Grundlagen* (2. aktualisierte Auflage). Heidelberg: medhochzwei. 2020.
- [17] MEDWALD eG. *Satzung der MEDWALD eG*. 2022.
- [18] Mey G, Mruck K. Interviews. In: Mey G, Mruck K (Hrsg.). *Handbuch qualitative Forschung in der Psychologie*. Wiesbaden: VS Verlag. 2010.
- [19] Kuckartz U. *Einführung in die computergestützte Analyse qualitativer Daten* (3. aktualisierte Auflage). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften. 2010.
- [20] Bundesärztekammer. *Gesundheitsversorgung sichern: Ärztekammer fordert mehr Medizin-Studienplätze*. 2022. Abrufbar unter: <https://www.bundesaerztekammer.de/presse/aktuelles/detail/gesundheitsversorgung-sichern-aerztekammer-fordert-mehr-medizin-studienplaetze>; Stand 08.06.2023
- [21] Bundesverband Managed Care e.V. *Besser regional: Wie die Regionalisierung der Gesundheitsversorgung gelingen kann*. 2023. Abrufbar unter: <https://www.bmcev.de/wp-content/uploads/2023-05-22-BMC-Positionspapier-Besser-regional.pdf>; Stand 08.06.2023

8. Anhang

8.1 Kooperationsvereinbarung des Gesundheitsnetzes Schwäbischer Wald

Präambel

Das Gesundheitssystem in Deutschland steht vor großen Herausforderungen. Neben dem demografischen Wandel und der Zunahme von chronischen und Mehrfacherkrankungen stellt auch der Mangel an medizinischem und pflegerischem Fachpersonal in Zukunft ein großes Problem dar. Für die Sicherstellung und Aufrechterhaltung einer qualitativ hochwertigen und wohnortnahen Versorgung bedarf es daher Versorgungsmodellen, die den neuen Anforderungen gerecht werden und bedarfsorientiert und populationsbezogen ausgerichtet sind. Dabei stellt die Überwindung der Sektorengrenzen und damit die Zusammenarbeit verschiedener Professionen innerhalb des Gesundheitswesens einen zentralen Aspekt zur Verbesserung der Gesundheitsversorgung dar.

Mithilfe des Primärversorgungsnetzwerks Schwäbischer Wald, als leicht zugängliche Kontaktstelle für alle Menschen mit gesundheitlichen Anliegen und Problemen, soll die multiprofessionelle und sektorenübergreifende Zusammenarbeit von Akteuren aus dem Gesundheits- und Sozialwesen gefördert und die Versorgung von Patientinnen und Patienten mit komplexem Versorgungsbedarf verbessert werden.

§ 1 Name und Umsetzungsregion

Der Name des Primärversorgungsnetzwerks lautet „Gesundheitsnetz Schwäbischer Wald“. Die Vernetzung erfolgt überörtlich - es findet keine Zentralisierung statt. Aufgrund der dort vorherrschenden hausärztlichen Unterversorgung wurde der hausärztliche Planungsbereich Schwäbischer Wald im Ostalbkreis als Pilotregion zum Aufbau des Netzwerks ausgewählt.

§ 2 Mitglieder des Präventionsnetzwerks

Das Primärversorgungsnetzwerk Schwäbischer Wald ist ein Netzwerk, das sich aus verschiedenen Akteuren aus dem Gesundheits- und Sozialbereich im Planungsbereich Schwäbischer Wald und den angrenzenden Regionen zusammensetzt.

Je nach Interesse und bei Bedarf können weitere relevante Akteure, Einrichtungen und Institutionen, die an der Erstberatung und medizinischen Grundversorgung von Patientinnen und Patienten beteiligt sind, in das Netzwerk aufgenommen werden. Ein Antrag auf Aufnahme in das Primärversorgungsnetzwerk muss beim Landratsamt Ostalbkreis per E-Mail oder Telefon (Ansprechpartnerinnen siehe § 6) gestellt werden. Ein Antrag ist angenommen, wenn diesem die Mehrheit der Anwesenden eines

Netzwerktreffens oder im Wege des Umlaufverfahrens mehr als die Hälfte der Kooperationspartner zustimmt.

§ 3 Ziele und Zweck der Kooperation

Gemeinsames Ziel im Rahmen der Kooperation ist die Schaffung von Voraussetzungen, Rahmenbedingungen, Strukturen und Maßnahmen, um die Zusammenarbeit und Vernetzung zwischen den verschiedenen Professionen zu fördern und die Sektorengrenzen zu überwinden. Ein weiteres Ziel ist, die Rahmenbedingungen im Ostalbkreis derart zu gestalten, dass die Kontinuität der Versorgung von Patientinnen und Patienten mit komplexem Versorgungsbedarf gewährleistet ist („Versorgung aus einer Hand“).

Das Hauptziel des Primärversorgungsnetzwerks ist die Verbesserung der Versorgung chronisch kranker und multimorbider Personen mit komplexem Versorgungsbedarf im Schwäbischen Wald. Die folgenden weiteren Ziele sollen ebenfalls erreicht werden:

- Verbesserung der Kommunikation und Kooperation der behandelnden Akteure (z.B. Weitergabe von Patientendaten, Durchführung von Fallbesprechungen und Fallkonferenzen)
- Verbesserung der Koordinierung und des Aufeinanderabstimmens von medizinischen und sozialen Leistungen
- Schließung von Versorgungslücken, effizientere Versorgung (z.B. Verringerung von Wartezeiten, Vermeidung von unnötigen Untersuchungen)
- Entlastung der Hausärztinnen/-ärzte im Schwäbischen Wald
- Einsatz eines Case Managers und einer Community Health Nurse, um die aufkommenden Vakanzen in der hausärztlichen und pflegerischen Versorgung und somit der Primärversorgung zu schließen

§ 4 Vereinbarungsgegenstand

Im Vordergrund steht eine qualitativ hochwertige wohnortnahe und patientenorientierte Gesundheitsversorgung, die durch die enge Kooperation der Netzwerkmitglieder erreicht werden soll.

Vereinbarungsgegenstand ist

- die Zusammenarbeit der Kooperationsbeteiligten (siehe untenstehend) in der Planung, Umsetzung und Evaluation der Maßnahmen zur Erreichung der unter § 3 genannten Ziele.
- Die Kooperationspartner arbeiten zur Erreichung der in § 3 genannten Ziele vertrauensvoll verbindlich und partnerschaftlich zusammen und entwickeln

gemeinschaftlich Maßnahmen und Strategien im Bereich der Primärversorgung und sektorenübergreifenden Versorgung.

- Die Kooperationspartner verpflichten sich, ihre Expertise und Kenntnisse unter Berücksichtigung der datenschutzrechtlichen Bestimmungen einzubringen und sich an einzelnen Arbeits- und Projektgruppen entsprechend ihrer Zuständigkeiten, Möglichkeiten und finanziellen und personellen Ressourcen zu beteiligen bzw. mitzuarbeiten, diese zu unterstützen und zu beraten.
- Die Kooperationspartner dürfen jeweils nach Rücksprache mit den zuständigen Ansprechpartnerinnen des Landratsamts Dritte mit der Erfüllung von Aufgaben beauftragen.
- Die Kooperationspartner verpflichten sich, bei Bedarf relevante Ergebnisse aus der Zusammenarbeit im Netzwerk in ihren Einrichtungen zeitnah weiterzuleiten.

Um die Nachhaltigkeit des Projekts sicherzustellen und Synergieeffekte zu schaffen, ist die Zusammenarbeit des Primärversorgungsnetzwerks mit der hausärztlichen Genossenschaft MEDWALD eG im Schwäbischen Wald vorgesehen.

§ 5 Gegenseitiges Einverständnis

Die einzelnen Maßnahmen werden nach Absprache konzipiert und mit gegenseitigem Einverständnis durchgeführt. Alle Maßnahmen der Zusammenarbeit werden von den Beteiligten bedarfsorientiert und patientenorientiert gemeinsam (entsprechend den definierten Zuständigkeiten) festgelegt.

Zur Bearbeitung einzelner Themen werden die Mitglieder des Primärversorgungsnetzwerks Arbeits- bzw. Projektgruppen gründen. Themenspezifische Netzwerke und bereits bestehende Maßnahmen werden bei Bedarf und sofern es als sinnvoll erachtet wird berücksichtigt und miteingebunden.

Das Primärversorgungsnetzwerk ist beschlussfähig, wenn die Mehrheit der Anwesenden eines Netzwerktreffens oder im Wege des Umlaufverfahrens mehr als die Hälfte der Kooperationspartner zustimmt.

§ 6 Steuerung der Kooperation

Die Steuerung der Kooperation des Primärversorgungsnetzwerks erfolgt durch das Landratsamt Ostalbkreis. Alle Kooperationspartner sind jeweils für den Abstimmungsprozess, den Informationsaustausch zwischen den Partnern, die Überwachung der Umsetzung von Maßnahmen und die Weiterentwicklung der Zusammenarbeit zuständig. Die Ansprechpartnerin wird vom Landratsamt festgelegt.

Ansprechpartnerinnen Landratsamt Ostalbkreis derzeit:

Leonie Schönsee, Projektkoordinatorin für Primärversorgung, Tel.: 07361 503 1105, E-Mail: leonie.schoensee@ostalbkreis.de

Vertretung: Diana Kiemel, Beauftragte für Kommunale Gesundheitskonferenz und -planung, Tel.: 07361 503 1114, E-Mail: diana.kiemel@ostalbkreis.de

Das Landratsamt Ostalbkreis lädt die Kooperationspartner mindestens einmal jährlich zu einem Netzwerktreffen ein. Eine Teilnahme aller Kooperationspartner an den Netzwerktreffen ist erwünscht.

§ 7 Laufzeit und Beendigung der Kooperation

Die vorliegende Kooperationsvereinbarung beginnt mit Unterzeichnung durch die beteiligten Kooperationspartner. Die Laufzeit der Kooperation ist nicht befristet. Jeder Netzwerkpartner ist berechtigt, seinen Austritt aus dem Primärversorgungsnetzwerk fristlos gegenüber den Ansprechpartnerinnen des Landratsamts zu erklären.

§ 8 Öffentlichkeitsarbeit und Verwertungsrechte

Die Nennung der Kooperationspartner und die Verwendung deren Logos werden jeweils im Einzelfall zwischen den Kooperationspartnern abgestimmt.

Jeder der Kooperationspartner ist zeitlich, räumlich und medial unbegrenzt berechtigt, die im Rahmen der Kooperation erstellten Mittel der Öffentlichkeitsarbeit ganz oder in Teilen öffentlich zu verbreiten bzw. verbreiten zu lassen, zu archivieren oder in sonstiger Weise zu verwenden bzw. verwenden zu lassen.

§ 9 Vertraulichkeit und Datenschutz

Die Kooperationsbeteiligten erlangen Informationen von betrieblichen und geschäftlichen Sachverhalten des jeweils anderen Kooperationspartners, sowohl in mündlicher wie auch in schriftlicher Form. Gegebenenfalls erhalten sie Zugang zu personenbezogenen Daten, die der Kooperationspartner verarbeitet. Im Hinblick auf diese erlangten Kenntnisse verpflichten sich die Kooperationspartner zur Geheimhaltung aller ihnen zur Verfügung gestellten oder auf andere Weise erlangten Informationen über den anderen Kooperationspartner einschließlich aller Unterlagen – davon unabhängig, ob diese im Sinne eines Betriebs- oder Geschäftsgeheimnisses geheimhaltungsbedürftig sind oder nicht. Dies gilt auch für Informationen, die die Kooperationspartner über die Kunden, Patienten oder Geschäftspartner des anderen Kooperationspartners oder durch diese erhalten.

Grundsätzlich werden personenbezogene Daten nur in anonymisierter Form zur Diskussion eingebracht. Sollten im Einzelfall personenbezogene Daten für die Bearbeitung der Ziele notwendig sein, stellt der Einbringende sicher, dass die notwendigen Einwilligungserklärungen vorliegen. Die Kooperationspartner verpflichten sich, diese nur zur Zielerreichung zu speichern und umgehend die Löschung vorzunehmen, wenn diese nicht (mehr) benötigt werden.

§ 10 Sonstiges

Änderungen und Ergänzungen dieser Kooperation bedürfen für ihre Wirksamkeit der Schriftform. Das gilt auch für den Verzicht auf das Schriftformerfordernis. Sollte eine Bestimmung dieser Vereinbarung unwirksam sein oder werden, so wird die Gültigkeit der Vereinbarung im Übrigen hiervon nicht berührt. An die Stelle der unwirksamen Bestimmung soll eine Regelung treten, die im Rahmen des rechtlich Möglichen dem Willen der Kooperationspartner am nächsten kommt.

8.2 Liste der Mitglieder des Gesundheitsnetzes Schwäbischer Wald


- Landratsamt Ostalbkreis
u.a. mit dem Pflegestützpunkt, dem Gesundheitsamt, der Schuldner- und Insolvenzberatung, den Sozialen Hilfen sowie dem Fachzentrum Frühe Hilfen
- Hausärztliche Genossenschaft MEDWALD eG
mit dem MVZ Durlangen und den Hausarztpraxen von Matthias Eh (Abtsgmünd) und Dr. Ulrich Knaus (Spraitbach) sowie den 12 Mitgliedskommunen im Schwäbischen Wald
- Hausärztin Nicole Löb (Spraitbach)
- Hausarzt Volker Scharffenberg (Göggingen)
- Hausarzt Dr. Džanan Hajdarević (Eschach)
- Hausarzt Joachim Röhm (Gschwend)
- Kliniken Ostalb
mit den Sozialen Diensten/Entlassmanagements der drei Klinikstandorte Mutlangen, Aalen und Ellwangen
- Lebensessenz Ernährungs- & Gesundheitsberatung Sabrina Hettich (Schwäbisch Gmünd)
- Wund-König Wundmanagement GmbH (Schwäbisch Gmünd)
- Physiotherapeutin Karin Miller (Göggingen)
- Physiotherapeutin Anja Klein (Heuchlingen)
- AOK Ostwürttemberg
- Stiftung Haus Lindenhof
u.a. mit dem Haus St. Lukas (Abtsgmünd)
- Care Point Ambulanter Pflegedienst (Göggingen)
- Malteser Hilfsdienst Schwäbisch Gmünd
- Sozialstation Abtsgmünd
- Sozialstation Gaildorf

- Sozialstation Schwäbischer Wald (Mutlangen)
- Rundum-Betreuung für Senioren (Schechingen)
- Sozialagentur Nordwürttemberg (Lorch)
- Alltagsengel - Wir helfen mit Herz (Iggingen)
- Sanitätshaus OrthoTec Leicht (Schwäbisch Gmünd)
- Sanitätshaus Weber & Greissinger (Schwäbisch Gmünd)
- Sanitätshaus Abendschein (Gaildorf)
- inocura Home Care (Rudersberg)
- Mediq Deutschland GmbH (Merzig)
- AIDS-Hilfe Schwäbisch Gmünd
- ME/CFS Selbsthilfe Ostwürttemberg

8.3 Assessment-Fragebogen zur Erhebung des Versorgungsbedarfs

1. Wie gut sind Ihre Deutschkenntnisse?


a. Im Alltag (z.B. Gespräche mit Freunden, einkaufen)



A horizontal rating scale with a triangular gradient bar above it, increasing from left to right. Below the bar are four categories: Schlecht, Nicht so gut, Gut, and Sehr gut. Each category has a small square checkbox below it.

Schlecht	Nicht so gut	Gut	Sehr gut
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>


b. Bei bürokratischen Tätigkeiten (z.B. Behördengänge, Formulare ausfüllen)



A horizontal rating scale with a triangular gradient bar above it, increasing from left to right. Below the bar are four categories: Schlecht, Nicht so gut, Gut, and Sehr gut. Each category has a small square checkbox below it.

Schlecht	Nicht so gut	Gut	Sehr gut
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>


2. Wie oft haben Sie sich in den letzten vier Wochen außerhalb Ihrer Wohnung mit anderen Menschen zur Ausübung von Freizeitaktivitäten getroffen (z.B. im Verein, ehrenamtliche Tätigkeit, Gruppenaktivitäten, Sport, Musik, Kultur)?



A horizontal frequency scale with a triangular gradient bar above it, increasing from left to right. Below the bar are four categories: Gar nicht, 1 bis 2 Mal, 3 bis 5 Mal, and Häufiger als 5 Mal. Each category has a small square checkbox below it.

Gar nicht	1 bis 2 Mal	3 bis 5 Mal	Häufiger als 5 Mal
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3. Wie viele Menschen stehen Ihnen so nahe, dass Sie sich auf sie verlassen können, wenn Sie ernste persönliche Probleme haben?



A horizontal number scale with a triangular gradient bar above it, increasing from left to right. Below the bar are four categories: Keine, 1 bis 2, 3 bis 5, and 6 oder mehr. Each category has a small square checkbox below it.

Keine	1 bis 2	3 bis 5	6 oder mehr
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4. Wie einfach ist es für Sie, praktische Hilfe von Familie, Freunden oder Nachbarn zu erhalten, wenn Sie diese benötigen?

Sehr schwierig Schwierig Einfach Sehr einfach

5. Können Sie sich selbstständig um die folgenden Alltagsaktivitäten kümmern?

a. Ankleiden und Körperpflege (z.B. Toilette benutzen, duschen/baden,

Zähne
putzen)

Nicht möglich Ich brauche viel Unterstützung Ich brauche ein bisschen Unterstützung Selbstständig möglich

b. Einkaufen

Nicht möglich Ich brauche viel Unterstützung Ich brauche ein bisschen Unterstützung Selbstständig möglich

c. Haushalt (z.B. Kochen, Wäsche machen, putzen, Müll entsorgen)

Nicht möglich Ich brauche viel Unterstützung Ich brauche ein bisschen Unterstützung Selbstständig möglich

d. Kümmern um Finanzen, Versicherungen, Arzttermine etc.

Nicht möglich Ich brauche viel Unterstützung Ich brauche ein bisschen Unterstützung Selbstständig möglich

6. Falls Sie Unterstützung bei Alltagsaktivitäten benötigen: Wie häufig können Sie diese ungefähr z.B. durch Familie, Freunde oder Nachbarn erhalten?

Ich brauche keine Unterstützung Monatlich Wöchentlich Täglich Mehrmals täglich


7. Haben Sie Probleme damit, sich selbstständig innerhalb Ihrer Wohnung zu bewegen? (z.B. gehen, ins Bett legen, ggf. Treppen steigen)

Keine Probleme Teilweise Probleme Große Probleme Nicht möglich

8. Haben Sie Probleme damit, sich selbstständig außerhalb Ihrer Wohnung zu bewegen? (z.B. Auto fahren, den Bus oder ein Taxi nehmen)

Keine Probleme Teilweise Probleme Große Probleme Nicht möglich


9. Sind Sie in den letzten 12 Monaten gestürzt?



A horizontal response scale for question 9, consisting of a gray trapezoidal shape that tapers from left to right. Below the scale are four response options, each with a corresponding empty checkbox.

Nein	Ja, ein Mal	Ja, zwei bis drei Mal	Ja, häufiger als drei Mal
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>


10. Sind Sie in Ihrem Alltag durch ein schlechtes Hörvermögen eingeschränkt?



A horizontal response scale for question 10, consisting of a gray trapezoidal shape that tapers from left to right. Below the scale are four response options, each with a corresponding empty checkbox.

Keine Einschränkung	Leichte Einschränkung	Mittlere Einschränkung	Starke Einschränkung
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>


11. Sind Sie in Ihrem Alltag durch ein schlechtes Sehvermögen eingeschränkt?



A horizontal response scale for question 11, consisting of a gray trapezoidal shape that tapers from left to right. Below the scale are four response options, each with a corresponding empty checkbox.

Keine Einschränkung	Leichte Einschränkung	Mittlere Einschränkung	Starke Einschränkung
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>


12. Haben Sie Schlafstörungen?



A horizontal response scale for question 12, consisting of a gray trapezoidal shape that tapers from left to right. Below the scale are four response options, each with a corresponding empty checkbox.

Keine Schlafstörungen	Leichte Schlafstörungen	Mittlere Schlafstörungen	Starke Schlafstörungen
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

13. Leiden Sie unter anhaltenden oder wiederkehrenden Schmerzen?




Nein	Ja, leichter Schmerz	Ja, mittlerer Schmerz	Ja, starker Schmerz
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

14. Haben Sie chronische Wunden (Wunden, die nach 8 Wochen nicht abgeheilt sind)?

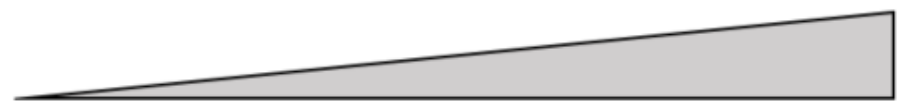
- Nein
- Ja

15. Leiden Sie derzeit unter seelischen Problemen (z.B. innere Unruhe, Ängste, Traurigkeit, Erschöpfung)?



Nein	Ja, leichte seelische Probleme	Ja, mittelstarke seelische Probleme	Ja, starke seelische Probleme
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

16. Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?



Nein	Ja, 1 bis 4 verschiedene Medikamente	Ja, mehr als 4 verschiedene Medikamente
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

17. Wer versorgt Sie mindestens alle vier Wochen? Bitte kreuzen Sie alles Zutreffende an.

- Hausärztin / Hausarzt
- Weitere/r Ärztin / Arzt
- Physio- oder Ergotherapeut/in
- Ernährungsberater/in oder Logopäde/in oder Fußpfleger/in
- Sozialstation oder Pflegedienst
- _____

18. Sind Sie erwerbsunfähig oder seit mehr als drei Monaten krankgeschrieben?

- Nein
- Ja

19. Wurde bei Ihnen ein Grad der Behinderung festgestellt?

- Nein
- Ja, Grad der Behinderung: 20 bis 40
- Ja, Grad der Behinderung: 50 bis 70
- Ja, Grad der Behinderung: 80 bis 100

20. Haben Sie einen Pflegegrad?

- Nein
- Ja, Pflegegrad 1
- Ja, Pflegegrad 2
- Ja, Pflegegrad 3
- Ja, Pflegegrad 4
- Ja, Pflegegrad 5

Berechnung des Scores:

Deutschkenntnisse

1. a. Alltag

Antwort	Punkte
Schlecht	3
Nicht so gut	2
Gut	1
Sehr gut	0

1. b. Bürokratie

Antwort	Punkte
Schlecht	3
Nicht so gut	2
Gut	1
Sehr gut	0

Freizeit

2. Freizeitaktivitäten

Antwort	Punkte
Gar nicht	3
1 bis 2 Mal	2
3 bis 5 Mal	1
Häufiger als 5 Mal	0

Soziale Unterstützung I

3. Nahestehende Menschen

Antwort	Punkte
Keine	3
1 bis 2	2
3 bis 5	1
6 oder mehr	0

4. Hilfe erhalten

Antwort	Punkte
Sehr schwierig	3
Schwierig	2
Einfach	1
Sehr einfach	0

Alltagsaktivitäten

5. a. Ankleiden, Körperpflege

Antwort	Punkte
Nicht möglich	3
Ich brauche viel Unterstützung	2
Ich brauche ein bisschen Unterstützung	1
Selbstständig möglich	0

5. b. Einkaufen

Antwort	Punkte
Nicht möglich	3
Ich brauche viel Unterstützung	2
Ich brauche ein bisschen Unterstützung	1
Selbstständig möglich	0

5. c. Haushalt

Antwort	Punkte
Nicht möglich	3
Ich brauche viel Unterstützung	2

Ich brauche ein bisschen Unterstützung	1
Selbstständig möglich	0

5. d. Finanzen, Versicherung, Arzttermine

Antwort	Punkte
Nicht möglich	3
Ich brauche viel Unterstützung	2
Ich brauche ein bisschen Unterstützung	1
Selbstständig möglich	0

Soziale Unterstützung II

6. Häufigkeit

Antwort	Punkte
Monatlich	3
Wöchentlich	2
Täglich	1
Mehrmals täglich	0
Ich brauche keine Unterstützung	0

Mobilität

7. In der Wohnung

Antwort	Punkte
Nicht möglich	3
Große Probleme	2
Teilweise Probleme	1
Keine Probleme	0

8. Außerhalb der Wohnung

Antwort	Punkte
Nicht möglich	3
Große Probleme	2
Teilweise Probleme	1
Keine Probleme	0

9. Sturz

Antwort	Punkte
Ja, häufiger als drei Mal	3
Ja, zwei bis drei Mal	2
Ja, ein Mal	1
Nein	0

Beeinträchtigungen

10. Hörvermögen

Antwort	Punkte
Starke Einschränkung	3
Mittlere Einschränkung	2
Leichte Einschränkung	1
Keine Einschränkung	0

11. Sehvermögen

Antwort	Punkte
Starke Einschränkung	3
Mittlere Einschränkung	2
Leichte Einschränkung	1
Keine Einschränkung	0

12. Schlafstörungen

Antwort	Punkte
Starke Schlafstörungen	3
Mittlere Schlafstörungen	2
Leichte Schlafstörungen	1
Keine Schlafstörungen	0

13. Schmerzen

Antwort	Punkte
Ja, starker Schmerz	3
Ja, mittlerer Schmerz	2
Ja, leichter Schmerz	1
Nein	0

14. Wunden

Antwort	Punkte
Ja	3
Nein	0

15. Seelische Probleme

Antwort	Punkte
Ja, starke seelische Probleme	3
Ja, mittelstarke seelische Probleme	2
Ja, leichte seelische Probleme	1
Nein	0

Versorgung

16. Medikamente

Antwort	Punkte
Ja, mehr als 4 verschiedene Medikamente	3
Ja, 1 bis 4 verschiedene Medikamente	2
Nein	0

17. Beteiligte Akteure

Antwort	Punkte
Ab 3 Akteure	3
2 Akteure	2
1 Akteur	1
0 Akteure	0

Rechtliche Aspekte

18. Erwerbsunfähig oder krankgeschrieben

Antwort	Punkte
Ja	3
Nein	0

19. Grad der Behinderung

Antwort	Punkte
Ja, 80 bis 100	3
Ja, 50 bis 70	2
Ja, 20 bis 40	1
Nein	0

20. Pflegegrad

Antwort	Punkte
4 und 5	3
2 und 3	2
1	1
Nein	0

Gesamtpunktzahl

Oberes Drittel = 49 bis 72 Punkte → Handlungsbedarf

Mittleres Drittel = 25 bis 48 Punkte → Beobachtungsbedarf

Unteres Drittel = 0 bis 24 Punkte → Kein Handlungsbedarf

8.4 Interview-Leitfaden Netzwerkmitglieder


<p>Begrüßung</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Begrüßung & Angaben zum zeitlichen Rahmen des Interviews • Selbst kurz vorstellen • Fragen, ob Aufnahme ok ist
<p>Einführung</p>	<p>Im Rahmen dieses Interviews...</p>
<p>Themenblock I: Versorgungssituation im Schwäbischen Wald</p>	<p>Leitfrage 1: Wie bewerten Sie die Versorgungssituation im Schwäbischen Wald aus Ihrer eigenen Erfahrung?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Spüren Sie direkte Belastungen in Ihrer alltäglichen Tätigkeit, die auf die mangelnde Versorgungssituation im Schwäbischen Wald zurückzuführen sind? • Hat sich der zeitliche Aufwand in Ihrer Tätigkeit durch die mangelnde Versorgungssituation verändert? • In welchen Aspekten der Versorgung sehen Sie Verbesserungspotential? Warum? <p>Leitfrage 2: Können Sie einschätzen, ob die mangelnde Versorgungssituation auch für die Patient*innen spürbar ist?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Vorab: Versorgen Sie Patient*innen aus dem Schwäbischen Wald regelmäßig? • Haben sich Patient*innen bei Ihnen über die Versorgungssituation negativ geäußert? • Hatten Sie bisher das Gefühl, nicht ausreichend Zeit für Ihre Patient*innen gehabt zu haben? <p>Leitfrage 3: Wie bewerten Sie die zukünftige Entwicklung der Versorgungssituation, wenn sich nichts verändert?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Wo sehen Sie die größten Schwierigkeiten in der aktuelle Versorgungssituation im Schwäbischen Wald?
<p>Themenblock II: Erfahrungen in Zusammenarbeit mit anderen Berufsgruppen</p>	<p>Leitfrage 4: Haben Sie bisher Erfahrungen in der Zusammenarbeit mit anderen Berufsgruppen gesammelt? Wenn ja, welche?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Stehen Sie in regelmäßigem Austausch mit anderen Berufsgruppen? Wenn ja, wie und mit wem? • Zu welchen Berufsgruppen haben Sie die meisten Kontaktpunkte? • Wie regelmäßig stehen Sie im Kontakt mit anderen Berufsgruppen? • Hat es bereits in Vergangenheit Situationen gegeben, in denen Sie auf die Hilfe anderer Berufsgruppen angewiesen waren? • Welche Hürden sind Ihnen bei der Zusammenarbeit aufgefallen? <p>... Wenn nein, warum nicht?</p> <ul style="list-style-type: none"> •

<p>Themenblock III: Primärversorgungsnetzwerk</p>	<p>Leitfrage 5: Welche Motive haben Sie dazu bewegt, ein Teil des Primärversorgungsnetzwerkes im Schwäbischen Wald zu werden?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hatten Sie zuvor bereits Kontakt zu bestimmten Akteuren gehabt, oder hat das Kennenlernen erst im Rahmen des Primärversorgungsnetzwerkes stattgefunden? • Wie haben Sie reagiert, als Sie die Anfrage zum Mitwirken im Netzwerk erhalten haben? • Warum haben Sie sich schlussendlich für die Teilnahme entschieden?
	<p>Leitfrage 6: Wie bewerten Sie die bisherigen Ansätze zum Aufbau des Primärversorgungsnetzwerkes?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sind Sie der Meinung, dass das Primärversorgungsnetzwerk durch die Mitglieder partizipativ aufgebaut werden sollte? Wenn nein, was sehen Sie kritisch? • Sehen Sie das Case-Management, als zentralen Bestandteil des Primärversorgungsnetzwerkes, als Chance zur Koordination der Versorgung an? Wenn nein, warum nicht und wie kann Ihrer Meinung nach, die Koordination der Patientenversorgung gelingen? • Was ist Ihrer Meinung nach, die wichtigste Aufgabe beim Aufbau des Primärversorgungsnetzwerkes?
	<p>Leitfrage 7: Welche Erwartungen und Wünsche haben Sie an der Teilnahme am Primärversorgungsnetzwerk?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Was sind Ihre Erwartungen an die Zusammenarbeit mit den Akteuren? • Wo sehen Sie Ihre Aufgabe beim Aufbau des Primärversorgungsnetzwerkes? • Was erhoffen Sie sich zukünftig durch die Teilnahme am Primärversorgungsnetzwerk? • Welche Chancen sehen Sie für sich persönlich durch die Teilnahme? • Welche Schwierigkeiten könnten bei der multiprofessionellen Zusammenarbeit im Netzwerk auftreten? • Befürchten Sie persönliche Nachteile, die mit Ihrer Teilnahme am Primärversorgungsnetzwerk einhergehen? Wenn ja, welche?
<p>Abschlussfrage</p>	<p>Leitfrage 8: Denken Sie, dass die Versorgungssituation mithilfe des Primärversorgungsnetzwerkes verbessert werden kann?</p>

8.5 Interview-Leitfaden Mitglieder AG3

<p>Begrüßung</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Begrüßung und Angaben • Vorstellung • Ablauf Interview und Themenbereiche • Fragen, ob Aufnahme ok ist
<p>Themenblock I: Persönliche Motive und Ziele der Arbeitsgruppe</p>	<p>Leitfrage 1: Können Sie kurz Ihr allgemeines Aufgabengebiet beschreiben und weshalb Sie in der Arbeitsgruppe mitwirken?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Welche Hintergründe Sie für die Arbeit in der Arbeitsgruppe mitbringen? • Welche Rolle nehmen Sie in der Arbeitsgruppe ein? • Welche Expertise bringen Sie mit? • Haben Sie bereits Erfahrungen in der Netzwerkarbeit gesammelt und wenn ja, welche? • Haben Sie sonstige persönliche Motive, welche Sie zum Mitwirken in diesem Projekt motiviert haben? <hr/> <p>Leitfrage 2: Welche Aufgaben übernimmt die Arbeitsgruppe im Rahmen des Projekts?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Welche Rolle nimmt die Arbeitsgruppe im Prozess des Aufbaus des PVNs ein? • Wie lange gibt es diese Arbeitsgruppe bereits? Wurde sie erst für dieses Projekt gegründet?
<p>Themenblock II: Bedeutung des und Erwartungen an das PVN</p>	<p>Leitfrage 3: Welche Chancen sehen Sie in dem Aufbau des PVN?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Wird das PVN, Ihrer Meinung nach, die Versorgungssituation im Schwäbischen Wald verbessern können? • Welche Voraussetzungen müssen für den erfolgreichen Aufbau eines PVN gegeben sein? • Wie bewerten Sie den Ansatz der multiprofessionellen und sektorenübergreifenden Zusammenarbeit im Gesundheitswesen allgemein? <hr/> <p>Leitfrage 4: Welche Erwartungen und Wünsche haben Sie an das PVN?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Welche Erwartungen und Wünsche haben Sie an die Zusammenarbeit der Akteur*innen? • Welche Erwartungen und Wünsche haben Sie an das Projektteam?
<p>Themenblock III: Bewertung der bisherigen Zusammenarbeit im PVN</p>	<p>Leitfrage 5: Wie bewerten Sie die bisherige Zusammenarbeit im PVN?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Wie bewerten Sie die Zusammenarbeit der Netzwerkakteure?

	<ul style="list-style-type: none"> • Wie bewerten Sie die Zusammenarbeit der Arbeitsgruppe? <p>Leitfrage 6: Wie bewerten Sie die bisherigen Ansätze zum Aufbau des PVN?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sehen Sie das Case Management als Chance zur Verbesserung der Versorgung im Schwäbischen Wald an, oder sehen Sie das kritisch? • Sehen Sie eine Chance darin, die Kommunikation der Netzwerkakteure über eine elektronische Plattform laufen zu lassen? • Stellen Fallkonferenzen und Behandlungspfade eine gute Möglichkeit der Versorgungsplanung dar? Wenn ja, wie sollten diese optimalerweise ausgestaltet werden? • Erachten Sie die Aufteilung der Arbeit in die Unterarbeitsgruppen als sinnvoll oder sehen Sie dies kritisch? <p>Leitfrage 7: Wie bewerten Sie das Thema Partizipation und die Beteiligung der Netzwerkakteure beim Aufbau des PVNs?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sollte das Landratsamt die Steuerung des Netzwerks übernehmen oder die Beteiligung der Netzwerkmitglieder an erster Stelle stellen?
<p>Themenblock IV: Zukunftsaussicht und mögliche Barrieren</p>	<p>Leitfrage 8: Welche möglichen Barrieren oder Hürden könnten im Laufe des Prozesses auftreten?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sehen Sie bereits bestehende Schwierigkeiten innerhalb des PVNs oder was die Zusammenarbeit der Netzwerkakteure betrifft? • Wie können diese Schwierigkeiten überwunden werden? <p>Leitfrage 9: Wie kann die Nachhaltigkeit des PVNs gewährleistet werden?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ist das Modell des PVNs zukunftsfähig? • Welche Bedeutung hat, Ihrer Meinung nach, die eingerichtete Genossenschaft für die Zusammenarbeit im PVN? • Welche weiteren Empfehlungen haben Sie für die Fortführung des PVN (hinsichtlich Finanzierung, Ausbau durch weitere Berufsgruppen/Akteure etc.)?



Landratsamt Ostalbkreis
Stuttgarter Str. 41
73430 Aalen
www.ostalbkreis.de