

# Versorgung 2025 im Landkreis Darmstadt- Dieburg

Projektbericht  
für 2018

Erstellt für: Landkreis Darmstadt-Dieburg,  
vertreten durch den Landrat Klaus Peter  
Schellhaas

Autoren: Ulf Werner und Dr. med. Jürgen  
Oldenburg

13.11.2018

### Autoren

Ulf Werner, Senior Manager Integrated Care bei der OptiMedis AG, und Dr. med. Jürgen Oldenburg, Senior Advisor im Auftrag der OptiMedis AG.

### Auftraggeber

Landkreis Darmstadt-Dieburg

### Hinweis

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

### Projektleitung und Kontakt

OptiMedis AG

Ulf Werner

Senior Manager Integrated Care

Burchardstr. 17, 20095 Hamburg

Telefon: +49 40 22621149-51

E-Mail: [u.werner@optimedis.de](mailto:u.werner@optimedis.de)

© OptiMedis AG 2018

## Summary: Vom Reparaturbetrieb zum Inspektionsbetrieb – neue Impulse für die regionale Gesundheitsplanung und -versorgung

Der Landkreis Darmstadt-Dieburg macht sich auf den Weg, die regionale Gesundheitsplanung und -versorgung mittels seiner Kreiskliniken und Zentren der Medizinischen Versorgung (MVZ) aktiv zu gestalten. Die im Rahmen des Versorgungskonzeptes 2025 entwickelten Handlungsfelder und Projektideen, die dem Kreistag und der Öffentlichkeit im letzten Jahr vorgestellt worden sind, konnten in diesem Jahr gestartet werden. Dies umfasst unter anderen die Reorganisation des kreiseigenen MVZ in Ober-Ramstadt, die Versorgung von Patienten mit geriatrischen Versorgungsbedarfen in der Region, die Prävention von Diabetes mellitus Typ 2 sowie die stärkere Einbindung des kommunalen Gesundheits- und Pflegewesens in die medizinische Versorgung, u. a. durch eine Kooperation mit dem Pflegestützpunkt und die intensiviertere Einbindung der kreisangehörigen Gemeinden im Rahmen eines Regionalen Beirates.

Die Fortschritte in den einzelnen Teilprojekten und die weiteren Aktivitäten sind in Kapitel 2. bis 6. dargestellt.

Darüber hinaus konnten erfolgreich Drittmittel eingeworben werden, die die externe Bestätigung bzw. Wertschätzung des Projektes zum Ausdruck bringen. Die Robert Bosch Stiftung fördert Teilprojekte des Versorgungskonzeptes für die kommenden zwei Jahre im Rahmen des Förderprogramms „supPORT – Auf dem Weg zu Patientenorientierten Zentren zur Primär- und Langzeitversorgung“. Neben der materiellen Förderung profitiert der Landkreis Darmstadt-Dieburg auch von Studienreisen und Netzwerktreffen der geförderten Projekte. Und auch die kürzlich erfolgte Bestätigung der Förderung der Case Managerin durch das Hessische Ministerium für Soziales und Integration im Rahmen des Förderprojekts „Gemeindeschwester 2.0“ ist ein weiterer wichtiger Meilenstein im Projekt, siehe zur Finanzierung Kapitel 7.

## Inhaltsverzeichnis

Summary: Vom Reparaturbetrieb zum Inspektionsbetrieb – neue Impulse für die regionale Gesundheitsplanung und -versorgung.....	3
Inhaltsverzeichnis .....	4
Abbildungs- und Tabellenverzeichnis .....	5
1. Auftragsbeschreibung.....	6
2. Handlungsfeld Primärärztliche Versorgung .....	6
2.1. Nicht-ärztliche Praxisassistentin für aufsuchende Versorgung .....	7
2.2. Case Management für ältere Patientengruppen .....	8
2.3. Kooperation mit Pflegestützpunkt des Landkreises .....	9
2.4. Prävention mithilfe eines Prä-Diabetes-Pfades .....	9
3. Handlungsfeld Geriatrische Versorgung .....	10
4. Seelische Gesundheit .....	12
5. Fach-, berufs- und sektorübergreifende Kooperationen .....	13
6. Projektorganisation und -kommunikation .....	13
6.1. Regionaler Beirat als Scharnier zu den Gemeinden.....	14
6.2. Fachbeirat als Scharnier zu Experten der GKV und Pflege .....	15
7. Finanzierung und Förderung des Projektes .....	15
8. Über die OptiMedis AG .....	16

## Abbildungs- und Tabellenverzeichnis

Abbildung 1: Reorganisation des MVZ Ober-Ramstadt in Richtung Primärversorgungszentrum, Abbildung: OptiMedis AG .....	7
Abbildung 2: Geriatischer Pfad für den Landkreis Darmstadt-Dieburg, Abbildung: MVZ GmbH .....	11
Abbildung 3: Projektorganisation und -kommunikation, Abbildung: OptiMedis AG.....	14
Tabelle 1: Handlungsfelder Versorgungskonzept 2025.....	6

## 1. Auftragsbeschreibung

Die OptiMedis AG wurde vom Landkreis Darmstadt-Dieburg mit Beschluss des Kreistags vom 11.12.2017 beauftragt, das Versorgungskonzept 2025 im Landkreis Darmstadt-Dieburg (DS 1105-2017) umzusetzen. Das Versorgungskonzept 2025 sah Projekte in mehreren Handlungsfeldern vor, die durch verschiedene Teilprojekte realisiert werden sollen.

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

Tabelle 1: Handlungsfelder Versorgungskonzept 2025

Weiterhin sind die Finanzierung des Projektes sowie die Projektorganisation und -kommunikation Teile der Beauftragung der OptiMedis AG.

Dieser Projektbericht informiert den Auftraggeber, den Landkreis Darmstadt-Dieburg, über den Stand des Projektes.

## 2. Handlungsfeld Primärärztliche Versorgung

Die Reorganisation des Zentrums der medizinischen Versorgung (MVZ) in Ober-Ramstadt in Richtung eines Primärversorgungszentrums konnte in diesem Jahr beginnen. Das MVZ hat seit November 2017 seinen neuen Standort in der Hundertmeterhalle (auf dem ehemaligen Gelände des Röhrwerks) in Ober-Ramstadt.

Als Primärversorgungszentrum soll es vielfältige Lösungsansätze für die bestehenden und zukünftigen Herausforderungen in der Patientenversorgung in der Region ermöglichen:

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

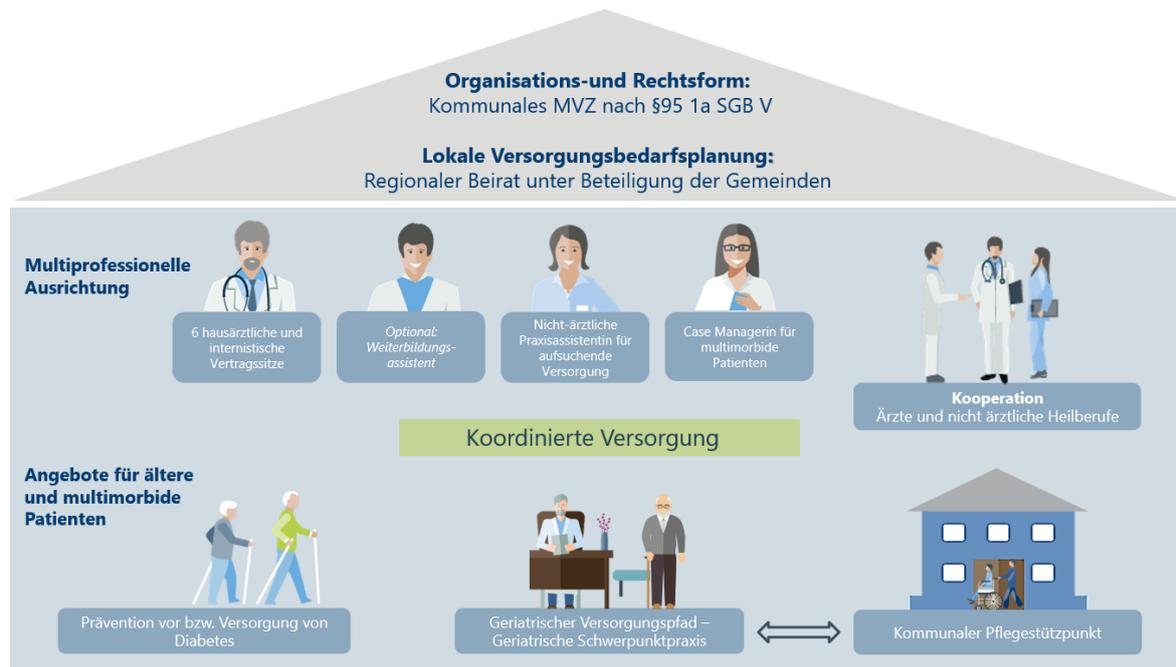


Abbildung 1: Reorganisation des MVZ Ober-Ramstadt in Richtung Primärversorgungszentrum, Abbildung: OptiMedis AG

Die im MVZ tätigen Ärzte und das Praxisteam übernehmen bestimmte Aufgaben in dem Projekt. Das Praxismanagement des MVZ ist für die operative Projektsteuerung zuständig. Die Reorganisation des MVZ Ober-Ramstadt wird durch Mittel der Robert Bosch Stiftung im Rahmen des Förderprogramms supPORT gefördert, siehe Kapitel 7.

## 2.1. Nicht-ärztliche Praxisassistentin für aufsuchende Versorgung

Zum 1. Oktober 2018 wurde eine Medizinische Fachangestellte eingestellt, die die Qualifizierung als Nicht-ärztliche Praxisassistentin (NäPa) bereits erfolgreich abgeschlossen hat und als MFA über langjährige Berufserfahrung verfügt. Das MVZ hat einen Antrag auf Genehmigung zur Beschäftigung und Abrechnung einer NäPa bei der KV Hessen gestellt. Ein Stellen- und Aufgabenprofil wurde vor Einstellung der Fachkraft entwickelt. Die Hausärzte des MVZ werden folgende Aufgaben an die NäPa delegieren: Routine-Hausbesuche, inklusive Impfungen und Funktionsmessungen sowie Patientenschulungen für Diabetiker. Die NäPa wird für ihre Hausbesuche entsprechend digital ausgestattet (Tablet/Laptop, Software, Smartphone), um auch im Umfeld der Patienten den verantwortlichen Arzt bei der Behandlung zurate ziehen zu können oder um Daten der Patienten in die Praxissoftware direkt zu übertragen.

Die NäPa ist eine seit wenigen Jahren existierende innovative Versorgungsform für Haus- und Facharztpraxen. Die delegierbaren ärztlichen Leistungen sind im Rahmen einer bundesweit geltenden Delegationsvereinbarung<sup>1</sup> geregelt worden. Das Ziel der Delegation ist, dass sich die Ärzte auf ihre Kernaufgaben fokussieren und eine höhere Anzahl von Patienten adäquat versorgen können. Delegiert werden können Leistungen für bestimmte Patientengruppen, die z. B. mindestens eine schwerwiegende chronische Erkrankung haben und die

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

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

*Die nächsten Umsetzungsschritte:*

- Selbstständiges Ausführen delegierbarer ärztlicher Leistungen, insbesondere Hausbesuche, ab 2019
- Ausbilden oder Einstellen einer zweiten NÄPa ab 2019.

## 2.2. Case Management für ältere Patientengruppen

Für diese auch in Deutschland neuartige Struktur wurde zum 1. Oktober 2018 eine examinierte Gesundheits- und Krankenpflegerin mit einem akademischen Mastergrad im Pflege- und Gesundheitsmanagement sowie langjähriger geriatrischer Erfahrung angestellt. Diese wird das Case Management im Sinne einer „Kümmerer“-Funktion in dem MVZ übernehmen, vornehmlich für die älteren Patienten, die einen geriatrischen Versorgungsbedarf aufweisen, siehe Kapitel 3. Dieses Angebot kann von allen Menschen der Region in Anspruch genommen. Das in diesem Jahr erarbeitete Stellen- und Aufgabeprofil der neuen Fachkraft schließt folgende Handlungsfelder ein:

- Kontaktpartner für zuführende Institutionen.
- Unterstützung der MVZ-Geriatrin beim Assessment der Patienten und in der Behandlungsplanung
- Präventive Hausbesuche als aufsuchendes Angebot, u. a. zwecks Weitergabe von Informationen, Entlastungsgespräche, Entwicklung von Lösungsstrategien, Erkennen und Entschärfen von gefährlichen Situationen
- Koordination und Überwachung von Unterstützungs- und Versorgungsleistungen
- Aufbau und Pflege eines Netzwerks der versorgenden Akteure

Die Mitarbeiterin wird von der Fachärztin für Innere Medizin mit Zusatzausbildung Geriatrie geführt und angeleitet. Einsatzorte der neuen Mitarbeiterin sind sowohl die Praxis als auch die Häuslichkeit der Patienten, wo diese präventive Hausbesuche durchführen wird.

Diese Fachkraft beginnt ab Mitte Oktober eine berufsbegleitende Qualifizierung zur Case Managerin an der Hochschule Fulda, die im März enden wird. Diese Qualifizierung ist anerkannt durch die Deutsche Gesellschaft für Care und Case Management (DGCC). Weiterhin ist eine praxisnahe Qualifizierung durch das GERINET Leipzig, einem innovativen Netzwerk in der geriatrischen Medizin, geplant.

Die inhaltliche und organisatorische Vorarbeit erfolgte in enger Abstimmung mit dem MVZ-Team. Die Stelle der Case Managerin wird durch Fördermittel der Robert Bosch Stiftung und des Hessischen Ministeriums für Soziales und Integration im Rahmen des Förderprojekts „Gemeindeschwester 2.0“ finanziert. Diese wichtige, in Deutschland neuartige Struktur in der Versorgung ist somit für zwei Jahre finanziert. Das ermöglicht eine

stabile Etablierung in der Versorgung und perspektivisch konkrete Ergebnisse. Eine Drittmittel-Finanzierung zur Fortführung der Case Management-Fachkraft über das Jahr 2020 wird angestrebt.

*Die nächsten Umsetzungsschritte:*

- Spezielle Qualifizierungsmaßnahmen und Hospitationen in diversen Institutionen
- Aufbau eines Geriatrischen Netzwerkes
- Start der Präventiven Hausbesuche bei Klienten

### 2.3. Kooperation mit Pflegestützpunkt des Landkreises

Mit dem Pflegestützpunkt Darmstadt-Dieburg (PSP), der von Landkreis und den Pflege- und Krankenkassen getragen wird, ist in zwei Treffen vereinbart worden, einen Überleitungs- und Informationspfad mit dem MVZ zu entwickeln. Die Überleitung von Patienten des MVZ, bei denen z. B. im Rahmen des geriatrischen Assessments ein Bedarf an Beratung und Unterstützung durch den PSP ermittelt wird, soll möglichst persönlich und/oder schriftlich stattfinden. Ferner sollen regelmäßige Vernetzungstreffen zwischen den Mitarbeitern des PSP und des MVZ abgehalten werden. Diese Aufgaben werden im MVZ vor allem durch die neue Mitarbeiterin der Case Managerin koordiniert und umgesetzt. Ferner ist angedacht, geschlossene Sprechstunden des PSP in Ober-Ramstadt für die Patienten des MVZ abzuhalten. Für diese Vereinbarungen soll in den kommenden Monaten eine Kooperationsvereinbarung zwischen PSP und MVZ geschlossen werden.

Dieses Teilprojekt wird mit Mitteln der Robert Bosch Stiftung gefördert.

*Die nächsten Umsetzungsschritte:*

- Vernetzungstreffen mit der neuen Case Managerin und dem PSP
- Hospitation der Case Managerin im PSP
- Kooperationsvereinbarung mit PSP und MVZ Ober-Ramstadt bis Ende 2018

### 2.4. Prävention mithilfe eines Prä-Diabetes-Pfades

Die Prävalenz von Patienten mit Diabetes mellitus Typ 2 (DMT2) steigt auch im Landkreis stetig weiter an. Nach Angaben des Zentralinstituts der Kassenärztlichen Versorgung (Zi) leiden 8,7 % der Bevölkerung im Landkreis an dieser lebenslangen Stoffwechselerkrankung. Die Erkrankung an DMT2 ist vorwiegend durch den Lebensstil bedingt. Hierzu zählen Fehlernährung, mangelnde Bewegung oder gesundheitsschädigende Lebensweise wie Tabak- oder Alkoholkonsum.

Mit den Mitarbeitern des MVZ-Teams wurde ein Prä-Diabetes-Pfad inklusive Prozessbeschreibung entwickelt und implementiert, um Personen, die mit einer hohen Wahrscheinlichkeit in den kommenden zehn Jahren an DMT2 erkranken werden, zu identifizieren. Alle Patienten, die eine Check up-Untersuchung vornehmen lassen oder einen Body Mass Index >30 haben, werden anhand des Risiko-Fragebogens „FindRisk“ gescreent. Mittels

eines Score-Wertes wird das individuelle Risiko ermittelt. Patienten, die einen bestimmten Score-Wert aufweisen, erhalten Arzt entweder eine Präventionsempfehlung für einen Sport-, Bewegungs- oder Ernährungskurs der Krankenkassen oder eine ärztliche Notwendigkeitsbescheinigung für eine individuelle Ernährungsberatung. Der Patient wird weiterhin für ein Aufklärungsgespräch in die Praxis wiedereinbestellt. In dem Aufklärungsgespräch, das von einer speziell geschulten MFA (Gesundheitslotsin) durchgeführt wird, wird der Patient über sein Gesundheitsrisiko informiert und es werden ihm erste Hinweise zur Lebensstiländerung mitgeteilt. Ziele sind, zum einen den Patienten zu motivieren, die Empfehlungen bzw. Verordnung wahrzunehmen, und ihn zu ersten Schritten bei der Lebensstilveränderung zu animieren. Im Anschluss an das Aufklärungsgespräch finden zwei Nachfassgespräche statt: das erste, vier Wochen nach dem Aufklärungsgespräch, aktiv initiiert durch die Gesundheitslotsin; das zweite beim nächsten Behandlungstermin durch den Arzt.

Bei einem ersten Treffen mit Ernährungsberaterinnen aus der Region wurde u. a. vereinbart, dass ein Überleitungsdokument erstellt werden soll, das die Kommunikation mit den regionalen Ernährungsberaterinnen verbessern helfen soll. Die Vernetzung mit dieser Berufsgruppe sowie mit weiteren lokalen Akteuren wird weiter intensiviert.

Dieses Teilprojekt wird mit Mitteln der Robert Bosch Stiftung gefördert.

#### *Die nächsten Umsetzungsschritte:*

- Qualifizierung der MFA, u.a. motivierende Gesprächsführung, bis Ende 2018.
- Regelmäßige Informationsveranstaltungen für die Öffentlichkeit zu dem Thema Diabetes-Prävention ab 2019.
- Aufbau eines Präventionsnetzwerkes durch Gewinnen von lokalen Netzwerkpartnern, z. B. Sportvereinen oder Ernährungsberaterinnen.

### 3. Handlungsfeld Geriatrische Versorgung

Der Bevölkerungsanteil der alten (65 bis 79 Jahre) und hochaltrigen (> 80 Jahre) Menschen wird in Ober-Ramstadt von 19,1 % im Jahr 2016 auf 27,4 % im Jahr 2030 ansteigen<sup>2</sup>. Für die Versorgung hochaltriger Menschen mit alterstypisch erhöhter Vulnerabilität für Erkrankungen, Gebrechlichkeit oder soziale Probleme bedarf es einer verbesserten Steuerung des Behandlungsprozesses und des Aufbaus neuer Versorgungsstrukturen.

#### Der geriatrische Behandlungspfad

Mit lokalen Akteuren, wie Hausärzten, wurde der im letzten Jahr entwickelte geriatrische Behandlungspfad zur Umsetzungsreife weiterentwickelt. Es fanden hierzu mehrere Informations- und Vernetzungstreffen mit verschiedenen lokalen Berufsgruppen statt: den niedergelassenen Hausärzten als möglichen Zuweisern, den in der Region tätigen Praxen mit Zusatzbezeichnung Geriatrie (Schwerpunktpraxen), der Geriatrischen Klinik der Kreiskliniken sowie den Physiotherapeuten und Ergotherapeuten.

<sup>2</sup> Vgl. Wegweiser Kommune (2018).



Information und am Ende erhält der Hausarzt einen Abschlussbericht. Ziel ist die Rückführung in die hausärztliche Versorgung.

Betroffene Patienten aus der Region können über verschiedene zuführende Institutionen (Arztpraxen, Krankenhaus, Pflegestützpunkt) in den Pfad aufgenommen werden. Dies ist immer dann möglich, wenn die zuführende Institution zu dem Schluss kommt, dass sie selber erforderliche Leistungen oder deren Koordination nicht mehr selber erbringen kann.

Die Zusammenarbeit mit der Klinik für Geriatrie erfolgt in beide Richtungen. Ist nach Ausschöpfen der ambulanten Möglichkeiten eine Weiterbehandlung nötig, erfolgt eine abgestimmte Überleitung in die Klinik. Im Anschluss an eine stationäre Behandlung kann wiederum eine koordinierte Übergabe an das ambulante Case Management der Schwerpunktpraxis erfolgen, um das Risiko der Dekompensation zu senken oder das bisher erreichte Behandlungsergebnis zu sichern.

#### *Die nächsten Umsetzungsschritte:*

- Bekanntmachen des Angebots in der Region, Kontaktaufnahme zu weiteren Zuführern
- Aufbau einer spezifischen Dokumentation für die Tätigkeiten
- Aufbau des Netzwerks (Liste der Partner, Treffen / Veranstaltungen)
- Input zur Optimierung aus anderen Projekten in Deutschland

## 4. Seelische Gesundheit

Im Landkreis herrscht eine Tendenz zur Unter- und Fehlversorgung bei Menschen mit psychosozialen, psychotherapeutischem oder psychiatrischem Versorgungsbedarf. Als Indizien für die Unterversorgung werden u. a. zu wenige Sprechstunden für GKV-Versicherte oder zu lange Wegstrecken identifiziert. Ferner sind der individuelle Versorgungsbedarf und das Versorgungsangebot nicht immer kohärent (Fehlversorgung). Patientengruppen werden häufig fehl versorgt oder laufen in den falschen Versorgungsorten auf.

Um den Zugang und die Steuerung der Patientengruppen zu verbessern, soll eine psychosoziale Clearingstelle etabliert werden. Damit soll erreicht werden, dass der Hilfesuchende Zugang zu der passenden Therapieform in möglichst kurzer Zeit erhält, um eine Chronifizierung oder Entgleisung des Krankheitsbildes zu verhindern.

Im Rahmen des Projektes wurden zunächst zwei Fragen erörtert und geklärt: zum einen die Möglichkeit zur Kooperation mit der KV Hessen, um keine Doppelstrukturen zu den KV-Terminservicestellen aufzubauen; zum anderen die Frage der Trägerschaft der psychosozialen Clearingstelle.

### Trägerschaft der Clearingstelle

Im letzten Jahr wurden verschiedene Trägerschaften erörtert: die des Landkreises Darmstadt-Dieburg oder die des Gesundheitsamtes der Stadt Darmstadt und des Landkreis Darmstadt-Dieburg. Der Landrat hatte sich dafür ausgesprochen, dass die Trägerschaft beim Gesundheitsamt liegen soll. Die Gründe hierfür sind: Das

Gesundheitsamt ist trägerneutral ist, kann Personenressourcen vorhalten und gewährleistet die räumliche Abdeckung über die gesamte Versorgungsregion inklusive der Stadt Darmstadt. Der Landkreis setzt sich zu der Frage der Trägerschaft Mitte Oktober mit der Vorsitzenden des Gesundheitsamtes ins Benehmen.

#### Kooperation mit KV Hessen

Darüber hinaus wurde in Gesprächen mit der KV Hessen erörtert, ob niedergelassene Psychotherapeuten und Psychiater ihre obligatorischen Sprechstunden unmittelbar der Clearingstelle und nicht der KV-Terminservice-stelle melden könnten, um die Anfragenden in das passende Angebot vermitteln zu können. Der Landkreis machte ggüb. der KV Hessen deutlich, dass die geplante Clearingstelle eine sinnvolle lokale Ergänzung ihrer Terminservicestelle in Hessen sein könne, da dadurch die KV-Mitarbeiter entlastet würden. Die KV Hessen hat diese Anfrage negativ beantwortet und darauf verwiesen, dass sie im Rahmen ihres gesetzlichen Auftrages mit der Terminservicestelle nicht einzelne Fachgruppen und auch nicht Fachgruppen aus bestimmten Regionen von ihrer Pflicht befreien oder sie gar bevorzugen- bzw. benachteiligen dürfe.

#### *Die nächsten Umsetzungsschritte:*

- Erörterung der Trägerschaft mit Gesundheitsamt Da-Di.

## 5. Fach-, berufs- und sektorübergreifende Kooperationen

Die Kooperationen zwischen den Fachgruppen, Berufsgruppen und Sektoren erfolgt mit dem Ziel, die Versorgungsstrukturen und -prozesse zu optimieren. Dieser Kooperationsansatz wird im Rahmen der oben genannten Teilprojekte realisiert werden:

- Sozialgesetzbuch übergreifende Kooperation mit dem Pflegestützpunkt.
- Fach- und Berufsübergreifende Kooperation mit Hausärzten oder Physio- und Ergotherapeuten im Rahmen der Versorgung von geriatrischen Patienten.
- Sektorübergreifende Zusammenarbeit von Geriatrischer Klinik und Sozialem Dienst der Kreiskliniken mit dem MVZ Ober-Ramstadt im Rahmen der Versorgung von geriatrischen Patienten.
- Kooperation mit lokalen Akteuren im Bereich der Prävention im Rahmen des Prä-Diabetes-Pfades.

Die Projektorganisation mit den beiden Beiräten, die eine Vielzahl von Anspruchsgruppen im medizinischen und pflegerischen wie auch kommunalen Bereich umfasst, bildet eine weitere gute Ausgangslage für Kooperation, Kommunikation und Koordination in der gesundheitlichen Versorgung des Landkreises, siehe nachfolgendes Kapitel.

## 6. Projektorganisation und -kommunikation

Zur Umsetzung und Begleitung des Versorgungskonzeptes 2025 werden die für die Versorgung relevanten Anspruchsgruppen der Kommunen und aus der Gesundheitsversorgung und Pflege beteiligt. Es sind hierzu zwei Beiräte gegründet worden: der Regionale Beirat und der Fachbeirat.

Während der Regionale Beirat vor allem der Koordination und Vernetzung zwischen den Vertretern der Gemeinden und des Landkreises dient, hat der Fachbeirat vor allem die Aufgabe, den Landkreis fachlich bei der Umsetzung des Versorgungskonzeptes zu beraten oder neue Impulse für das Projekt zu geben. Der Vorsitz in beiden Gremien liegt beim Landrat, ebenso die strategische Steuerung des Projektes. Die operative Projektumsetzung obliegt den Projektleitern der Kreiskliniken, der MVZ GmbH und der OptiMedis AG in ihrer Funktion als externer Dienstleister, siehe Abbildung.

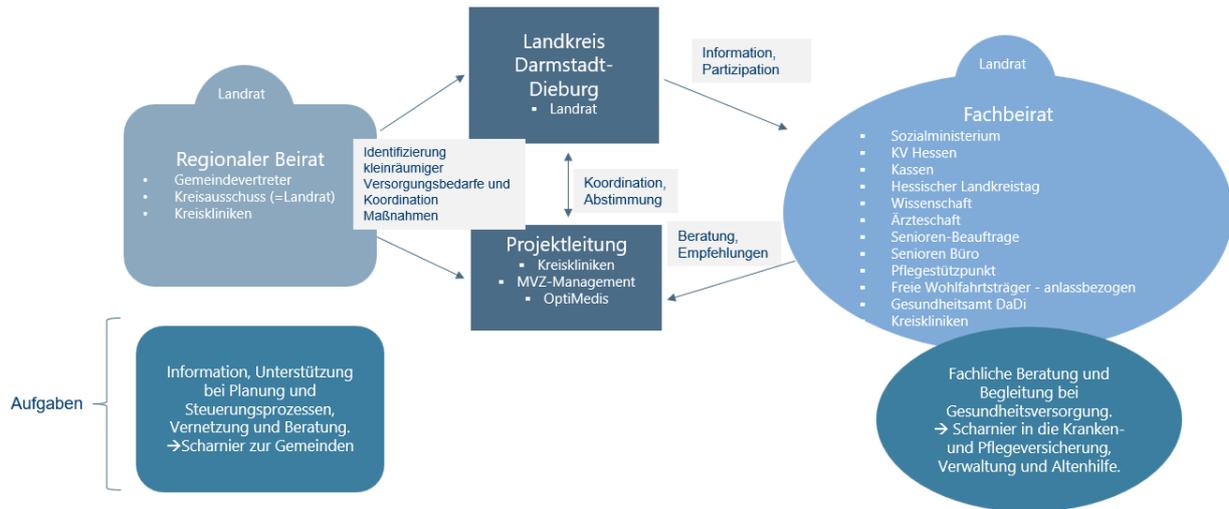


Abbildung 3: Projektorganisation und -kommunikation, Abbildung: OptiMedis AG

## 6.1. Regionaler Beirat als Scharnier zu den Gemeinden

Der regionale Beirat unter Vorsitz des Landrats ist das Gremium für die kreisangehörigen Gemeinden, die dort von sieben Vertretern<sup>3</sup> repräsentiert werden. Die Gemeinden stellen den stellvertretenden Vorsitzenden des Gremiums. Hierzu wurde Bürgermeister Ralf Möller aus Weiterstadt gewählt. Daneben gehört ein Mitglied der Betriebsleitung der Kreiskliniken dem Beirat an. Weitere Teilnehmer können dazu geladen werden.

Der Regionale Beirat hat folgende Aufgaben: Information über gesundheitspolitische Belange, Förderung der Prävention, Unterstützung des Planungs- und Steuerungsprozesses in der gesundheitlichen Versorgung sowie Förderung der Vernetzung und Verbundsysteme im kommunalen Gesundheitswesen.

Die konstituierende Sitzung des Beirates fand im August statt. In dieser Sitzung hat der Regionale Beirat eine Geschäftsordnung verabschiedet, die u. a. einen Sitzungsrhythmus von mindestens einer Sitzung pro Kalenderhalbjahr vorsieht. Die Sitzungen finden nicht öffentlich statt. Auf der Sitzung im August wurden u. a. die Themen Versorgungssituation im Landkreis, Versorgungskonzept 2025 und die Rolle der kreiseigenen MVZ erörtert. Die nächste Sitzung ist für Februar 2019 anvisiert.

<sup>3</sup> Die Gemeinden entsenden die Bürgermeister der Städte bzw. Gemeinden Bickenbach, Dieburg, Eppertshausen, Fischbachtal, Groß-Zimmern, Münster und Weiterstadt.

## 6.2. Fachbeirat als Scharnier zu Experten der GKV und Pflege

Der Fachbeirat besteht aus Vertretern der Selbstverwaltung, des Sozialministeriums, des Hessischen Landkreistages, der Wissenschaft, der Ärzteschaft, der Pflege und des kommunalen Gesundheitswesens. Dieses Expertengremium soll den Landkreis bei der Sicherstellung und Verbesserung der gesundheitlichen Versorgung beraten und Empfehlungen abgeben. Den Vorsitz des Gremiums hat der Landrat inne.

Auf der konstituierenden Sitzung im November wird sich das Gremium eine Geschäftsordnung geben. Für den Fachbeirat ist ebenfalls mindestens eine Sitzung pro Kalenderhalbjahr vorgesehen. Die Themen der ersten Sitzung werden u. a. die Vorstellung des Versorgungskonzeptes 2025 und dessen mögliche Weiterentwicklung sein.

## 7. Finanzierung und Förderung des Projektes

### Robert Bosch Stiftung „supPORT-Förderprogramm“

Der Landkreis hat sich mit Unterstützung der OptiMedis AG erfolgreich bei dem Förderprogramm „supPORT – Auf dem Weg zu Patientenorientierten Zentren zur Primär- und Langzeitversorgung“ beworben. Die Robert Bosch Stiftung unterstützt bundesweit acht Initiativen, sich in umfassende Gesundheitszentren weiterzuentwickeln. Die Initiativen, die das supPORT-Programm fördert, zeichnen sich durch eines oder mehrere der folgenden Merkmale aus: Sie sind auf den regionalen Bedarf abgestimmt, setzen eine patientenzentrierte, koordinierte, kontinuierliche Versorgung um und arbeiten als multiprofessionelles Team aus Gesundheits-, Sozial- und anderen Berufen auf Augenhöhe. Sie schließen Prävention und Gesundheitsförderung mit ein, stärken die Eigenverantwortung der Patienten und nutzen dabei auch neue Chancen wie E-Health.

Eine Expertenjury hat in einem mehrstufigen Verfahren aus rund 100 Bewerbungen acht supPORT-Vorhaben ausgewählt, deren Umsetzung die Stiftung in den kommenden zwei Jahren mit jeweils 100.000 € unterstützen wird. Die Förderung wird begleitet durch Vernetzungstreffen, internationale Fachtagungen, Expertenberatung und Studienreisen zu vorbildlichen Einrichtungen im Ausland. Eine Studienreise nach Schweden und ein Vernetzungstreffen in Berlin fanden bereits statt.

Der Landkreis wird die Fördersumme von 100.000 € in den kommenden zwei Jahren vor allem in die Weiterentwicklung des MVZ verwenden, u. a. für Personal- und Sachkosten der Case Managerin und die Umsetzung des Prä-Diabetes-Pfades.

### Hessisches Ministerium für Soziales und Integration: Gemeindegewester 2.0

Der Landkreis hat für die psycho-soziale Versorgung von älteren Menschen erfolgreich einen Förderantrag beim HMSI im Rahmen des Programms „Gemeindegewester 2.0“ gestellt. Das Förderprogramm des Landes sieht vor, dass eine lokale „Kümmerin“ bei alten Menschen psychosoziale Problemlagen aufdeckt und Hilfe und Unterstützung organisiert. Die Förderung endet (zunächst) Ende 2019.

Mit der Förderung werden Leistungen und Aufgaben der im Rahmen der geriatrischen Versorgung tätigen Case Managerin mit finanziert. Die vom Land Hessen bewilligte Fördersumme bis Ende 2019 beträgt knapp 49.000 Euro. Mit dieser Förderung und der der Robert Bosch Stiftung können die in den kommenden Jahren

anfallenden Personal- und Sachkosten der Case Managerin im MVZ finanziert werden, ohne den Kreishalt zu belasten.

### Krankenkassen

Der AOK Hessen wurde letztes Jahr das Versorgungskonzept 2025 vorgestellt. Seitdem finden Gespräche zwischen der OptiMedis AG und AOK Hessen statt. Im ersten Schritt ging es darum, mit der Krankenkasse zu erörtern, wie das Heilmittelbudget für das MVZ als geriatrische Schwerpunktpraxis erweitert werden kann, um mehr geriatrischen Patienten Heilmittel wie Physio- oder Ergotherapie verordnen zu dürfen. Hier ist eine Lösung gefunden worden. Ziel ist es nunmehr, für Leistungen, die nicht im Rahmen der Regelversorgung von den Krankenkassen vergütet werden, eine Vergütungsregelung z. B. nach § 140a SGB V zu finden.

Es ist auch angedacht, Leistungen der Prävention nach § 20 SGB V durch die GKV mittelfristig finanzieren zu können.

## 8. Über die OptiMedis AG

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

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

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

[www.optimedis.de](http://www.optimedis.de)