

Gesundheitsregion

„VulkanoMED“

Zukunftsfähigkeit durch Delegation und regionaler Vernetzung

Konzeptpapier zur Teilnahme am Wettbewerb
des Hessischen Sozialministeriums
zur Förderung von Regionalen Gesundheitsnetzen

Hessisches Sozialministerium

Herrn Ralf Pillok

Servicestelle „Regionale Gesundheitsnetze“ (Referat V 1 A)

Dostojewskistraße 4

65187 Wiesbaden

29.07.13

Inhaltsverzeichnis

Modellvorhaben zum Aufbau eines Gesundheitsnetzes im Vogelsberg.....	1
Ausgangslage.....	1
Name der Gesundheitsregion	3
Zuordnung zum Themenfeld „Neue, innovative Versorgungsformen“	3
Legitimierter Ansprechpartner der Region	3
Geographische Ausdehnung und funktionaler Zusammenhang	4
Zusammenfassung	8
Strategische Ansätze und Ziele	9
Gesamtstrategie der Region.....	9
Arbeitsplan für die Konzeptentwicklungsphase	14
Finanzbedarf	16
Kosten für die Konzeptionierungsphase	16
Anlagen	17
Rahmenvereinbarung Gemeinde Ulrichstein.....	17

Modellvorhaben zum Aufbau eines Gesundheitsnetzes im Vogelsberg

Ausgangslage

Die Sicherstellung der medizinischen Versorgung der Bevölkerung im Vogelsbergkreis wird ohne grundlegende Systemänderungen in der Zukunft nicht mehr zu gewährleisten sein. Eine der größten zukünftigen Herausforderungen wird hierbei die bedarfsgerechte Allokation von Ärzten und medizinischem Fachpersonal sein. Durch den demographischen Wandel und den gleichzeitig immer weiter fortschreitenden medizinischen Fortschritt kommt es gerade in ländlichen Regionen zu einer immer älter werdenden Gesellschaft, die durch zunehmend weniger sozialversicherungspflichtige Krankenkassenmitglieder versorgt wird. Weiterhin wird sich der schon jetzt bestehende Mangel an medizinischen Fachkräften im ambulanten und stationären Bereich weiter verschlimmern und somit negative Auswirkungen auf den wachsenden Anteil der Kranken in ländlichen Regionen haben.

Auch die neue Bedarfsplanung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung hat sich hier anpassen müssen. Durch sie werden nun innovative Versorgungsstrukturen rechtlich und betriebswirtschaftlich gestalt- und kalkulierbar. Obwohl nicht mehr Hausärzte als Versorger in den nächsten 10 Jahren rekrutiert werden können sondern den verbleibenden Hausärzten sogar mehr Patienten verbleiben, so haben die medizinischen Leistungserbringer jedoch mehr Möglichkeiten die gestiegene Zahl an Patienten mit modernen Strukturen effizienter zu betreuen. Einzelpraxen werden aus Sicht der Beteiligten als nicht mehr zielführend angesehen. Nachwuchsärzte fordern mehr flexible Kooperations- und Teilzeitmodelle. Dies verlangt nach neuen Organisationsformen bestehend aus stationären und ambulanten Leistungserbringern, die von unternehmerischen Führungspersönlichkeiten und Organisationsexperten, welche die Spielregeln des ambulanten sowie des stationären Bereichs kennen, beraten, betreut oder geführt werden.

Beteiligte Gesundheitseinrichtungen aber insbesondere auch die Kommunen, in ihrer neugewonnenen Funktion als intersektoraler Versorgungsdienstleister, müssen zwangsläufig eine Harmonisierungsstrategie verfolgen, um die Zukunftsfähigkeit einer regionalen Gesundheitsversorgung und die Wettbewerbsfähigkeit einer ganzen Region sicherzustellen. Es gilt demnach, die Wertschöpfungskette einer regional organisierten Gesundheitsversorgung zwischen stationären und ambulanten Strukturen neu zu denken.

Dazu bedarf es dem Aufbau einer eigenständigen, regionalen Dienstleistungsinstanz, einer generationsübergreifenden Mediation sowie einer Interaktion aller regionalen Gesundheitsdienstleister. Das sich dadurch ergebende Leistungsportfolio beinhaltet die ambulant-stationäre Versorgungssteuerung inklusive der Steuerung delegativer medizinischer Leistungserbringung, die Qualifizierung und Weiterbildung von ärztlichem sowie nicht-ärztlichem Personal, die generationsübergreifende Mediation sowie der daraus resultierenden Strukturierung der innerbetrieblichen Ablauf- und Aufbauorganisation, die Steuerung von Betreuungsleistungen und der Einführung innovativer Kommunikationstechnologien. Zudem könnte die Regionalinstanz als Plattform für die vom Gesetzgeber auferlegten „regionalen Gesundheitskonferenz“ fungieren. Somit ist der wirtschaftsdemokratische Einbezug und die finanzielle Beteiligung aller engagierten, regionalen Akteure mit deren individuellen Bedürfnissen unerlässlich.

Name der Gesundheitsregion

Der Name des Gesundheitsnetzes lautet „VulkanoMED“.

Zuordnung zum Themenfeld „Neue, innovative Versorgungsformen“

Das Projekt „VulkanoMED“ folgt den Ausschreibungsanforderungen und umfasst die Bereiche:

- sektorenübergreifende Versorgungsformen
- Telemedizin und telematische Anwendungen
- Flexible Lösungen für in der Mobilität eingeschränkte Patienten

Legitimierter Ansprechpartner der Region

Legitimierter Ansprechpartner für das Gesundheitsnetz „VulkanoMED“ und den damit verbundenen Projekten ist:

Herr Dr.med. Siegbert Stracke

Aulweg 101

35392 Gießen

Telefon: +49 151-14998710

Telefax: +49 6621 51098 92

E-Mail: Stracke.MD@me.com

Geographische Ausdehnung und funktionaler Zusammenhang

Gelegen in Mittel- bzw. Ober- und Osthessen ist der Vogelsbergkreis ein Landkreis im Regierungsbezirk Gießen bestehend aus 19 Großgemeinden zu denen etwa 190 Orte zusammengeschlossen sind. Der verloschene Vogelsberg, ein teilweise abgetragener Vulkan, ist Namensgeber für die Region. Mit einem Bevölkerungsrückgang seit 2004 von ca. 4% pro Jahr (ca. 1.000 EW/Jahr) zählt die Region zu einer der am schnellsten schrumpfenden Landkreise in Westdeutschland. Bis zum Jahr 2025 wird der Landkreis ca. 11.000 Einwohner weniger haben. Die Schrumpfung in allen Kommunen schreitet mit unterschiedlicher Intensität (zwischen 2 und 8%) voran, in den Orten stehen zwischen 5 bis 10% der Immobilien leer, mit knapp 44 Jahren besitzt der Kreis eines der höchsten Durchschnittsalter in Hessen und mit ca. 35% den höchsten Rückgang der Schülerzahl bis 2020. Zur Zeit leben im Vogelsbergkreis ca. 108.000 Einwohner und somit knapp 74 Einwohner pro Quadratkilometer (zum Vergleich Hessen: 288/qkm).

Zu den Städten des Kreises gehören Alsfeld mit ca. 16.000 Einwohnern, die Kreisstadt Lauterbach mit ca. 13.700 Einwohnern sowie Schotten (10.500), Schlitz (9.700) und Mücke (9.400). Die Distanz zu den Universitätsstädten Gießen und Marburg beträgt je 50 Kilometer. In diesen wenigen Städten ist eine mittelständisch geprägte Industrie ansässig. Nur noch ein geringer Bruchteil der Erwerbsbevölkerung ist in der Landwirtschaft beschäftigt, viele der ansässigen Arbeitnehmer pendeln in andere Landkreise. 2008 kamen auf 100 Beschäftigte 38 Auspendler, so dass hier schon von einem stark negativen Pendlersaldo auszugehen ist, der sonst nur in klassischen Wohngebieten um den Bereich von Oberzentren anzutreffen ist. Die Gesamtfläche der Dienstleistungsregion beträgt insgesamt 1.459 Quadratkilometer und gilt mit ca. 7% der Landesfläche als drittgrößter Landkreis Hessens.

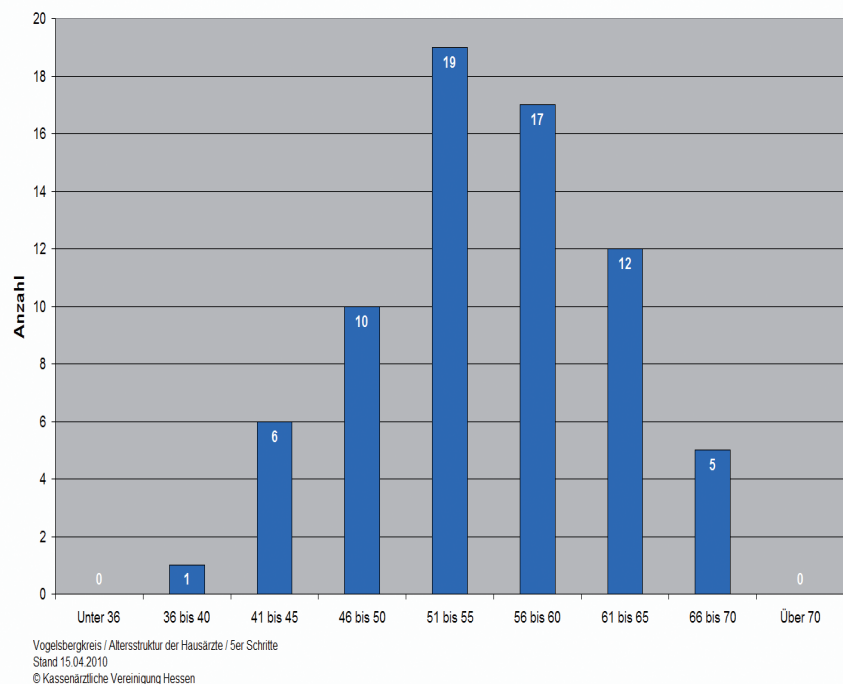
Die Standorte der einzelnen Hauspraxen im Vogelsbergkreis folgen der oben beschriebenen ungleichen Verteilung der Bevölkerung im Vogelsberg. Anhand der nebenstehenden Grafik lässt sich ein Trend feststellen, bei dem eine Zentralisierung von Hausarztpraxen in den Städten Alsfeld und Lauterbach stattfindet. Diese Entwick-

lung trifft nun gerade den Teil der Bevölkerung, der keinen Zugang zu mobilen Fortbewegungsmitteln besitzt. Die Folgen dieser Abwanderungsbewegung von Arztpraxen sind vorhersehbar. Neben einer drohenden medizinischen Unterversorgung besteht



zunehmend für die ländlichen Regionen bzw. Kommunen auch die Gefahr der Bevölkerungsabwanderung und damit einhergehend die Abnahme der Infrastruktur sowie die des sozialen Gemeinschaftslebens. Neben der Zentralisierungsbewegung ambulanter Versorgungseinheiten in Städten zeichnet sich eine weitere negativ beeinflussende Entwicklung ab – die fehlende Nachbesetzung der bestehenden Arztpraxen. Hinsichtlich der Altersstruktur regionaler Praxisinhaber lässt sich erkennen, dass viele nahe dem Rentenalter stehen. Analysen zur Folge ist bereits jetzt die nahtlose Praxisnachfolge im durchschnittlichen Alter von 68 Jahren nicht gewährleistet – Tendenz weiter fallend.

Eine Versorgungsanalyse der kassenärztlichen Vereinigung Hessen zeigt, dass knapp 1,4% der Hausärzte zwischen 30 und 39 Jahre alt sind. Im Vergleich hierzu liegt der Prozentsatz hessenweit bei 5,2%. 21,4% sind zwischen 40 und 49 Jahre alt, während es hier im Vergleich hessenweit knapp 30% sind, 47,1% der Hausärzte sind zwischen 50 und 59 Jahre alt (hessenweit: 44,2%)



und 30% sind 60 Jahre oder älter (hessenweit: ca. 20%). Dies zeigt deutlich, dass Hausärzte im Vogelsbergkreis im fortgeschrittenem Lebensalter deutlich über dem hessischen Durchschnitt liegen, während der Prozentsatz der jüngeren Arztgenerationen unter dem hessischen Durchschnitt liegt. Im Vogelsbergkreis ist somit ein deutliches Ungleichgewicht zu verzeichnen, welches sich langfristig auch nachteilig auf die Versorgungssituation auswirken wird. Dies wirkt sich selbstverständlich auch auf den Wiederbesetzungsbedarf der entsprechenden Praxen aus. Berechnungen der KV zufolge liegt der Wiederbesetzungsbedarf im Jahr 2025 bei 80%, hessenweit sind es knapp 67%. Der Nachbesetzungsbedarf im Vogelsbergkreis liegt also weit über dem hessischen Durchschnitt. So ist zu erwarten, dass sich zunehmend auch Kommunen bzw. Städte sowohl an der Gestaltung der Versorgungslandschaft als auch an der Nachbesetzung von Arztpraxen beteiligen werden müssen. Die flächendeckende und wohnortnahe Vorhaltung qualitativ hochwertiger Gesundheitsleistungen ist ein klarer Wettbewerbsfaktor im Hinblick auf die Erhaltung der regionalen Infrastruktur.

Darüber hinaus dient sie der Sicherung der Lebensqualität bzw. Wohlfahrtsproduktion einer ganzen Bevölkerungskultur. Um die oben dargestellten Transformationsprozesse zu durchbrechen und die Versorgung der Bevölkerung vor Ort und den angrenzenden Gemeinden sicherzustellen, muss folgenden Haupttreibern Rechnung getragen werden:

- Demographische Entwicklung und medizinischer Fortschritt
 - o Hierdurch verstärkte Multimorbidität und erhöhte Immobilität durch höheres Alter
 - o Zunahme von Erkrankungen des hohen Alters wie Alzheimer / Demenz
- Rückgang der Angehörigen als Pflegende
- Allgemeine Landflucht sowie Veränderung der Rolle der Dörfer als Mittelpunkt bäuerlichen Lebens
- Unterdurchschnittliche Ausprägung von gesundheitswirtschaftlichen Strukturen im Rahmen der regionalen Wertschöpfungskette
- Lange Wege der Raumüberwindung zur bspw. Inanspruchnahme von medizinischen und pflegerischen Dienstleistungsangeboten
- Änderung des ärztlichen Selbstverständnisses sowie Berufsbildes
 - o Überalterung hausärztlicher Einzelversorgerpraxen
 - o Rückgang ärztlicher Nachfolger im hausärztlichen Bereich (Reduktion um ca. 80% des Bedarfs)
 - o Feminisierung der Medizin / Generation Y / Work-Life-Balance

Die oben beschriebenen Strukturmerkmale werden in Zukunft einen wesentlichen Einfluss auf die Gesundheitsversorgung der Bevölkerung im Vogelsberg haben. Insbesondere die demographische Entwicklung der Gesellschaft sowie der damit

einhergehende Anstieg der Multimorbidität wirken sich konstant auf die Nachfrage an medizinischen Leistungen aus. Die bedarfsgerechte Gewährleistung einer qualitativ hochwertigen medizinischen, pflegerischen und wohnortnahen Fürsorge ist demnach elementarer Bestandteil für die Zukunftssicherung der Dienstleistungsregion.

Zusammenfassung

Die Zukunftsfähigkeit einer stabilen medizinischen Versorgungslandschaft im Vogelsberg hängt einerseits von einer neu zu strukturierenden Nachfolgeregelung für die steigende Zahl an Abgeberpraxen ab. Andererseits spielt die Bildung eines Gesundheitsnetzes, das zusammen mit den künftigen haus- und fachärztlichen Versorgungseinrichtungen sowohl im ambulanten als auch im stationären Bereich vor Ort die Gesundheitsversorgung der Bevölkerung koordiniert, eine wichtige Rolle. Die Infrastruktur der schon bestehenden Gesundheitsdienstleister der Region muss durch eine Zusammenarbeit, die auch eine Einbindung von Sozialamt, Ehrenamt, Apotheken, Physiotherapeuten, Fachkliniken, Pflege- und Senioreneinrichtungen, Zahnärzten, etc. erfordert, sichergestellt werden. Eine gemeinsame IT-Struktur, auf welche alle Beteiligten schnell und unkompliziert zugreifen können ist ebenso Voraussetzung wie die Eingliederung in schon bestehende Projekte auf der Landkreisebene. Sowohl der koordinierte, regionale Ausbau medizinisch-pflegerischer Infrastruktur als auch die damit verbundene strukturell-organisierte, technologische Vernetzung der jeweiligen Gesundheitsdienstleister sind somit zentrale Ansatzpunkte zur Realisierung des Vorhabens. Auf diesem Wege erwirbt die gesamte Region ein spezifisches, im Erfolgsfall positives Image, von dem auch weitere regionale Produkte und Dienstleistungen profitieren können.

Strategische Ansätze und Ziele

Gesamtstrategie der Region

- **Sicherstellung der hausärztlichen Versorgung durch größere freiberufliche Mehrbehandlerstrukturen und durch Entlastung der niedergelassenen Ärzte über medizinisches Fachpersonals (VERAH®)**
- **Sektorenübergreifende Zusammenarbeit zwischen ambulanten und stationären Sektor mit der Möglichkeit der „dualen Karriere“ für Ärztinnen und Ärzte**
- **Aufbau neuer Versorgungsketten mit niedergelassenen Ärzten, Krankenhäuser, Reha, Pflege, Physiotherapie, Apotheke, Medizintechnik, Sanitätshäuser, etc. unter Einbindung der Krankenkassen; hierüber Entwicklung von Versorgungspfaden nach Indikation**

Die medizinische Versorgung im Vogelsbergkreis muss neu gedacht werden, da sich die tradierten haus- und fachärztlichen Versorgungsstrukturen zusehends auflösen. Innerärztlich, rechtlich und betriebswirtschaftlich wurden hierzu im Jahre 2013 die Weichen für neue innovative Versorgungsformen gelegt. Praxen können in Zukunft deutlich mehr Patienten versorgen, wenn sie sich delegativer Versorgungsstrukturen bedienen, welche insbesondere chronisch kranke Patienten durch neuartige Dauerbetreuungskonzepte abfangen können.

Hier gilt es zunächst zu eruieren, welche Praxen im Vogelsbergkreis bereit sind, in Zusammenarbeit mit potenziellen Abgebern die konkrete hausärztliche Versorgung im Vogelsbergkreis in neu zu strukturierenden, innovativen und delegativen Versorgungskonzepten zu übernehmen. Diese neuartigen Strukturen sind in Zukunft unabdingbar, da wie weiter oben schon beschrieben, die Nichtnachbesetzungswahrscheinlichkeit gerade im hausärztlich-niedergelassenen Bereich bei ca. 80% liegt.

Diese Praxen benötigen darüberhinaus auch eine entsprechende Infrastruktur, um insbesondere in Ärztinnen mit Teilzeitwünschen eine berufliche Perspektive zu geben. Hier müssen die Praxen den Forderungen nach beruflicher Flexibilität und einer Entlastung im Bereich administrativer Tätigkeiten in Zukunft Rechnung tragen. Über solch neuartige Mehrbehandlerpraxen auf selbstständiger Ebene oder auch auf Nachfrage der niedergelassenen Ärzte über interessierte Krankenhäuser ohne Konkurrenz zum ambulanten Sektor können insbesondere mit Hilfe dieser zukünftig delegativ zu versorgenden Patientengruppen mit chronischen Krankheitsbildern auch hier neue hausärztliche Versorgungsmodelle einsetzen. Die Infrastrukturen müssen im Konsens zwischen interessierten Vertragsärzten des niedergelassenen Bereiches und mit den Krankenhäusern auf Basis von MVZ-Strukturen besprochen werden.

Auf lokaler Ebene ist ein Lenkungsausschuss zu schaffen, der sich unter neutralen und übergeordneten Gesichtspunkten für die Zukunftsfähigkeit der Region einsetzt. Diesem Lenkungsgremium sollten folgende Interessengruppen angehören:

- Vertreter der Ärzteschaft
- Vertreter der politischen Parteien
- Vertreter im Bereich kirchlicher und gemeinnütziger Organisationen
- Vertreter von Seniorenverbänden
- Vertreter der Gesundheitsdienstleister (z.B. Apotheken, Pflege, Physiotherapie...)
- Vertreter von bedeutenden Arbeitgebern der Region
- Bürger- und Patientenvertreter

Die komplexe Materie kann durch den Einsatz von Experten mit ihrem fachlichen Hintergrund und der Kompetenz/Autorität der Fachmoderatoren zusammen mit einem regionalen Koordinator aus dem Bereich der kommunalen Körperschaften

in einem Prozess von 18 bis 30 Monaten neu strukturiert werden. Schließen sich regional zwischen 15 bis 25, an diesem Prozess Beteiligte und Interessierte zusammen, entstehen mit Anschubfinanzierungen aus Fördergeldern relativ schnell sich selbst finanzierende und organisierende neue regionale Organisationsprozesse.

Folgende Punkte sind hierbei umzusetzen:

1. Neuordnung zwischen abzugebenden und auffangenden Hausarztpraxen und Erfassung veränderungsbereiter Innovatoren und kooperativer Abgeber.
2. Festlegung von strategischen Immobilienstandorten und den Ausbau in Stufenprozessen bis 2020 unter Berücksichtigung der zur Aufgabe von Standorten von Ärzten noch bestehenden tradierten Infrastruktur.
3. Zusammenspiel zwischen Hausärzten und angestellten Ärzten im Krankenhaus im Bereich Diagnostik, Therapie, Medikation, personellem Austausch, Fallkonferenzen.
4. Gemeinsame ärztliche und nichtärztliche Personalwerbung für die Region.
5. Zusammenspiel zwischen ambulanten Fachärzten und fachgleichen Krankenhausabteilungen - auch zur Übernahme von Krankenhausverantwortung im stationären Bereich / Überlassung von Krankenhausärzten für den ambulanten Bereich.
6. Versorgungskette niedergelassener Arzt, Krankenhaus, Entlassung, Reha, Pflege, Physiotherapie, Apotheke, Pflege, Orthopädietechnik, Sanitätshaus unter Einbindung der Krankenkassen im Hinblick auf Genehmigung von Versorgungsanträgen, Gutachten, etc.
7. Entwicklung von Versorgungspfaden nach Indikation / IV-Konzepte
8. Einbeziehung von Patienten-Organisationen, pharmazeutischen und medizintechnischer Firmen mit entsprechender Forschungskompetenz. Hier sind auch regionale Besonderheiten und standespolitische Interessen

zwischen Hausarztverband, Kassenärztlichen Vereinigungen und Krankenkassen zu berücksichtigen.

9. Schaffung eines "Wir-Gefühles" für eine neue integrierte regionale gemeinsame Verantwortung der Unterstützung von Landrat, interkommunalen Bürgermeistern, etc.
10. Gemeinsame Strukturen für Tag- und Nacht-Kindergärten für alle Berufe, die nachts und am Wochenende arbeiten. Hierzu gehören Kindergärten mit einer 7 x 24 Stunden-Struktur, Zurverfügungstellung von Plätzen bei Tagesmüttern, Betreuung von Kindern in Urlaubszeiten und wenn die Eltern gemeinsam an Fortbildungen teilnehmen oder durch Angehörigenpflege gebunden sind.
11. Nutzung von beteiligten Institutionen / Stakeholdern - auch außerhalb der medizinischen Versorgungskette wie regionaler Banken (Volksbank, Sparkasse, regionaler Steuerberater, Anwälte, Beratungspartner der Krankenhäuser im Bereich Wirtschaftsprüfung, Einbeziehung von Indikationsspezialisten für verbesserte Lösungen des einzelnen erkrankten Bürgers im Umgang mit seinen Krankheiten, Einbeziehung der Krankenkassen.
12. Attraktivitätssteigerung regionaler Krankenhäuser mit gemeinsamer Arzt-/ Personalwerbung mit dem ambulanten Sektor sowie Schaffung dualer Karrieren im ambulant/stationären Bereich.
13. Über engere Zusammenarbeit des ambulanten und stationären Sektors Generierung einer Stabilität von Zuweisungsstrukturen sowie ökonomischer Langfristplanung und personeller Verflechtung
14. Ambulante Zentren gestatten mittelfristig auch die Verlagerung von stationären Krankenhausabteilungen im Rahmen von Arbeitsteilungen in der Region unter Beibehaltung der fachärztlichen Anlaufstellen.
15. Abgebende Hausärzte können gemeinsame Konzepte für Versorgung von

Hausbesuchspatienten, Heimpatienten in den verwaisenden Gemeinden entwickeln; Integration der Abgeberpraxen in einem fünfjährigen Adaptionsprozess in die Struktur der sich entwickelnden Auffangpraxen.

16. Auffangpraxen können sich zwei Jahre auf neuartige Delegation mit Versorgungsassistentinnen vorbereiten: Auswahl der Personen, Fortbildung, Integration dieser Personen in ein neues Muster der Versorgung zwischen dem ärztlichen Personal, den Ärzten selbst und dem Patienten.
17. Fachärzte des ambulanten Sektors werden gleichzeitig Chefärzte/leitende Ärzte des Krankenhauses. Beide Seiten erhalten Mehrwerte aus Kompetenz, Kostenreduktion, telematischem und persönlichem Daueraustausch.
18. Bürgermeister und Landräte haben belastbare, frühzeitige, zukunftsorientierte Versorgungsstrukturen, die Arbeitsplätze, Wohnwerte, Attraktivität bei der Neuansiedlung von Unternehmen sichern.
19. Apotheker, Orthopädietechnik, Sanitätshäuser, Physiotherapiepraxen, Zahnarztpraxen können den Wandel mit berechnen, sind in die strategischen Veränderungen ihrer Zuweiser eingebunden und können somit gemeinsame Konzepte entwickeln, kleinere Mitwettbewerber integrieren und somit die regionale Versorgung besser planen und absichern.
20. Älter werdende Patienten können angstfrei selbständig ein längeres Leben in der eigenen Häuslichkeit planen. Sie werden ärztlich betreut, ohne Überforderung mit neuartigem Assistenzsystemen im Wohnbereich vertraut; können durch die Erfahrung der Medizintechnik, Pharmaindustrie, Apotheken neue Messvorgänge am Körper mit einbringen, die unmittelbar die datengeschützten Werte zum Arzt senden. Ferner entsteht durch die Dauerberatung die Chance einer stabileren Verhaltensänderung auch bei chronischen Erkrankungen.

Arbeitsplan für die Konzeptentwicklungsphase

Der Arbeitsplan des Projektes in der Konzeptionierungsphase durchläuft einen klar strukturierten Arbeitsablauf und gliedert sich in drei Teilbereiche: Vorbereitungsphase, Analysephase, Ergebnisphase.

Im Rahmen der Vorbereitungsphase finden verschiedene Initialisierungs-Workshops mit den beteiligten Projektpartnern statt. Weiterhin erfolgt eine Verifizierung der jeweiligen Forschungsprojekte. Maßgebliche Inhalte dieses Workshops sind:

1. generelle Projektinformation und Kommunikation,
2. Erhebung der IST-Situation (Struktur, Kompetenzen, Prozessgestaltung),
3. Definition der jeweiligen Arbeitspakete, welche für die Erstellung des späteren Businessplans erforderlich sind,
4. Konkretisierung der für die Forschungsprojekte erforderlichen Maßnahmen,
5. Schaffung einer gemeinsamen Koalition sowie Wahl des vorläufigen Lenkungsausschusses, welcher die Konzeptentwicklungsphase insgesamt operativ begleitet, beaufsichtigt und über wesentliche Ergebnisse informiert.

Wichtig ist ebenfalls die Hinzunahme / Information weiterer regionaler Kooperationspartner, welche für die Entwicklung der Region einen entscheidenden Beitrag leisten (Kommune, Krankenkassen, Vereine, Sozialdienste, Ehrenamt, etc.).

Darauf aufbauend erfolgt in der Analysephase die Erstellung eines konkret gefassten Businessplans zur Feststellung einer möglichen Umsetzung des Gesamtprojektes inklusive einer detaillierten Markt- und Wettbewerbsanalyse und Wirtschaftlichkeitsberechnung.

Der Businessplan bietet die Entscheidungsgrundlage zur Realisierung des weiteren Projektes sowie der Akquisition zusätzlicher Vertragspartner. Darüber hinaus dient er als strategisches Planungs-, Steuerungs- und Kontrollinstrument, auch in

Hinblick auf die jeweiligen Forschungsprojekte. Der Businessplan sollte einen Umfang von mindestens 40-50 Seiten annehmen und sich auf die folgenden wesentlichen Themenfelder begrenzen:

Executive Summary; Geschäftsidee; Markt- und Wettbewerb; Management und Organisation; Produkt und Dienstleistung; Geschäftsmodell (inkl. Forschungs- und Entwicklungsprojekte); Risikoanalyse; Marketing; Finanzplanung; zeitliche Terminierung der vorgegebenen Maßnahmen.

Aufgrund der weitreichenden Komplexität und der hohen fachlichen Anforderungen erfolgt die Hinzunahme externer Dienstleister im Hinblick auf die Bereiche Technologie, Rechts- und Wirtschaftsberatung. Somit erfolgt eine wirtschaftliche Begutachtung nach Fertigstellung des Geschäftsplans durch einen Sachverständigen.

In der Ergebnisphase werden schließlich die gewonnenen Erkenntnisse und Ergebnisse aus der Analysephase bzw. dem erstellten Businessplan im Rahmen eines Abschluss-Workshops bekanntgegeben und die weiteren Schritte für die jeweiligen Forschungsprojekte festgelegt. Insbesondere sind hierbei das weitere Antragsverfahren im Rahmen des Wettbewerbs sowie dessen formale Prozessabläufe zu berücksichtigen.

Finanzbedarf

Kosten für die Konzeptionierungsphase

Stufe	Phase	Maßnahme	Bezeichnung	Ausgaben
I	Vorbereitungsphase	Kommunikation	Telefon, Internet, Fax, Porto, Büromaterial	500,00 €
		Informationsmaterial	Werbematerial, Broschüren, Flyer, Plakate, Zeitung, Internet	1.000,00 €
		Recherchetätigkeiten	Datenerhebung	500,00 €
		Workshops	Raummiete, Material, Betreuung	2.000,00 €
		Koordination & Abstimmung	Büroaufwand, Reisekosten	1.000,00 €
II	Analysephase	Kommunikation	Telefon, Internet, Fax, Porto, Büromaterial	500,00 €
		Recherche	Datenerhebung	2.500,00 €
		Externe Beratung / Businessplan	Wirtschaft und Recht	10.000,00 €
		Prüfung der Konzepterstellung	Gutachten	3.000,00 €
		Interne Workshops	Raummiete, Material, Betreuung	1.000,00 €
		Koordination & Abstimmung	Büroaufwand, Reisekosten	1.000,00 €
III	Ergebnisphase	Kommunikation	Telefon, Internet, Fax, Porto, Büromaterial	500,00 €
		Interne Workshops	Raummiete, Material, Betreuung	1.000,00 €
		Ergebnispräsentation	Raummiete, Material, Betreuung	2.000,00 €
		Informationsmaterial	Werbematerial, Broschüren, Flyer, Plakate, Zeitung, Internet	2.000,00 €
		Koordination & Abstimmung	Büroaufwand, Reisekosten	1.000,00
Gesamtsumme				29.500,00 €

Anlagen

Rahmenvereinbarung Gemeinde Ulrichstein



Der Magistrat | Postfach 22 | 35326 Ulrichstein

Rahmenvereinbarung über die Zusammenarbeit

zwischen

der Stadt Ulrichstein

vertreten durch den Bürgermeister Herrn Edwin Schneider
ansässig: Marktstraße 28-32 in 35327 Ulrichstein

und

Herrn Dr. med. Siegbert Stracke, MBA
(nachfolgend auch Kooperationspartner -1- genannt)
ansässig: Aulweg 101 in 35392 Gießen

sowie

Herrn Dipl. Betriebswirt Jens Gabriel, MBA
(nachfolgend auch Kooperationspartner -2- genannt)
ansässig: Unterer Schoss 7 in 65399 Kiedrich

I. Präambel

Ein solidarisches Gesundheitswesen war und ist für den deutschen Sozialstaat in hohem Maße prägend und wesentliche Grundlage für den sozialen Frieden in diesem Land. Das Fundament dieses Gesundheitswesens ist insbesondere die flächendeckende, wohnortnahe Vorhaltung qualitativ hochwertiger Gesundheitsleistungen und die umfassende Versorgung ambulant und stationär Behandlungspflichtiger Patienten mit den notwendigen Leistungen im Krankheitsfall. Die Nachfrage nach medizinischen Leistungen wächst kontinuierlich im Zuge der Alterung der Gesellschaft. Neue Behandlungsmöglichkeiten, die der medizinische Fortschritt ermöglicht, verschieben die Grenzen zwischen ambulanter und stationärer Versorgung, zugleich fehlen finanzielle Mittel und flexible Strukturen im Gesundheitssystem, um die sich vergrößernde Versorgungslücke zu schließen und die Möglichkeiten des medizinischen Fortschritts durch innovative Behandlungsmodelle im Zusammenspiel zwischen ambulantem und stationärem Sektor zu nutzen.

Die Stadt Ulrichstein und die Kooperationspartner zu 1 und 2 sehen eine wohnortnahe, flächendeckende, medizinische Versorgungssicherheit für die Bevölkerung und eine hohe Versorgungsqualität zum Wohle aller Patienten als gemeinsame Ziele an.

Vor diesem Hintergrund wollen die Stadt Ulrichstein und die Kooperationspartner gemeinsam neue Wege bei der Sicherstellung einer wohnortnahen Gesundheitsversorgung im Landkreis Vogelsberg beschreiten und dabei neue Formen der Zusammenarbeit zwischen stationärem und ambulantem Bereich bzw. zwischen Leistungserbringern und Kommunen entwickeln.

II. Gemeinsame Grundsätze und Ziele der Zusammenarbeit

Die Vertragspartner wollen gemeinsam innovative Versorgungsangebote entwickeln und damit Lösungen vorbereiten, welche den Anspruch einer hochwertigen Gesamtversorgung langfristig gewährleisten können.

Es gelten folgende Grundsätze für die Zusammenarbeit:

1. Die Behandlungsangebote orientieren sich an den Bedürfnissen der Menschen nach Versorgungssicherheit, kommen allen Patienten zugute und werden den regional sehr unterschiedlichen Situationen an eine qualitativ hochwertige medizinische Versorgung gerecht.
2. Die Kooperation der Partner lebt vom gemeinsamen Ziel der Sicherung einer wohnortnahen Versorgung und der Bereitschaft zur Veränderung, das heißt, verschiedene – untereinander im Wettbewerb stehende – Versorgungsalternativen zum Wohle der Menschen aufzubauen, zu erproben und weiter zu entwickeln.
3. Die regionale Lebensqualität der Bevölkerung ist zu einer verbindlichen Zielgröße kommunalen und öffentlichen Handelns geworden. Dem Faktor Gesundheit kommt hierbei eine hohe Bedeutung zu, da er alle an der regionalen Wohlfahrtsproduktion beteiligten Instanzen beeinflusst und als Schwerpunkt einer regionalen Wirtschaftsförderung gesehen wird.
4. Die Versorgungsangebote sollen leistungsbereiten und zukunftsorientierten Ärzten im Interesse ihrer Patienten neue Perspektiven eröffnen.
5. Die Therapiefreiheit der Ärzte und das Arzt-Patienten-Verhältnis sind wichtige Errungenschaften unseres Gesundheitswesens. Die Kooperationspartner unterstützen dies ausdrücklich und wollen ebenfalls dafür sorgen, dass eine Entlastung von bürokratischen Aufgaben in den Praxen möglich wird.
6. Die Kooperationspartner plädieren ausdrücklich für eine „offene Allianz“ und einen „Wettbewerb der Ideen“ und begrüßen die Mitwirkung anderer interessierter Gruppen – z.B. Gebietskörperschaften, Verbände, Unternehmen oder sonstige Organisationen – die die Ideen mittragen und den Weg der neuen Arbeitsteilung zwischen ambulantem und stationärem Sektor mitgestalten wollen. Im Rahmen eines ganzheitlichen Betrachtungsansatzes soll eine sinnvolle und nachhaltige Gesundheitsversorgung betrieben werden.

Die Partner möchten folgende konkrete Ziele mit der Kooperation erreichen:

1. Medizinische Versorgungsangebote sollen im Rahmen eines regionalen Versorgungsmodells bedarfsgerecht gestaltet werden. Das heißt, konkret regionale Plattformen für die ambulante und stationäre Grund- und Regelversorgung zu schaffen, die auf eine enge Kooperation und Verzahnung der Sektoren und medizinischen Leistungsträger setzen und somit die regionale Gesundheitsversorgung bzw. Lebensqualität der Bevölkerung im Landkreis Vogelsberg positiv beeinflussen.
2. Durch die Zusammenarbeit und Verzahnung zwischen ambulantem und stationärem Bereich sollen weiterhin Synergien geschaffen und Effizienzreserven gehoben werden. Dabei setzen die Partner im Besonderen auf eine Verbesserung medizinischer Behandlungsprozesse, die Identifikation von Rationalisierungsreserven durch die Verzahnung von ambulantem und stationärem Bereich und die Nutzung moderner Kommunikationstechnologien und IT-Unterstützung medizinischer Allianzen. Durch diese Steuerungsmethoden und den dazu gehörenden Organisations- und Managementstrukturen im Hinblick auf die vorliegende Kooperationsvereinbarung, soll die regionale Gesundheitsversorgung, als Bestandteil einer querschnittsorientierten und ganzheitlichen Regionalentwicklung, in den Gesamtkontext regionaler Entwicklungsprozesse einbezogen und vernetzt werden.

Auf diesem Wege soll die Region um Ulrichstein ein spezifisches, im Erfolgsfall positives Image erwerben, von dem auch weitere regionale Produkte und Dienstleistungen profitieren.

III. Gültigkeit

Diese Vereinbarung gilt ab dem 1. November 2012 unbefristet und kann durch einen Partner mit einer Frist von drei Monaten jeweils zum Quartalsende gekündigt werden. Die Vereinbarung kann in beiderseitigem Einvernehmen jederzeit angepasst oder erweitert werden.

IV. Weiteres Vorgehen

Die Vertragspartner vereinbaren, mit interessierten Partnern regionale Pilotprojekte in den genannten Aktionsfeldern aufzusetzen und gegebenenfalls weitere Felder der Zusammenarbeit zu identifizieren.

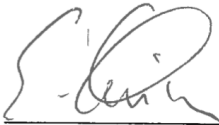
Zur erfolgreichen Organisation und Umsetzung der Kooperation wird ein gemeinsamer **Lenkungsausschuss** seitens der Stadt Ulrichstein sowie der Kooperationspartner zu 1 und 2 eingesetzt, dessen Aufgabe es ist, Pilotprojekte zu initiieren und die interessierten Partner einzubinden, die Umsetzung der Pilotprojekte zu begleiten und zu unterstützen, Erfahrungen zu sammeln und mit Blick auf die gemeinsamen Ziele auszuwerten, weitere Kooperationspartner zur Sicherung einer wohnortnahen Versorgung in der Region zu gewinnen, den internen Informationsaustausch zu sichern und die interessierte Öffentlichkeit über die Umsetzung des Projekts zu informieren und den Kooperationsvertrag weiterzuentwickeln.

V. Sonstiges

Der Rahmenvertrag wird der Öffentlichkeit nach Unterzeichnung zugänglich gemacht. Die Kooperationspartner informieren die interessierte Öffentlichkeit regelmäßig über die Zusammenarbeit und stimmen dazu ihre Presse- und Öffentlichkeitsarbeit ab.

Der Rahmenvertrag ist grundsätzlich offen für weitere Partner aus der Gesundheitsbranche, die sich mit dem Anliegen und den Zielen dieser Kooperation identifizieren können. Die Vertragspartner erklären sich bereit, formlose Anträge zum Beitritt und daraus folgende Ergänzungen zu diesem Vertrag offen und ohne Zeitverzug zu prüfen.

Ulrichstein, den 1. November 2012



Edwin Schneider
Bürgermeister
Stadt Ulrichstein

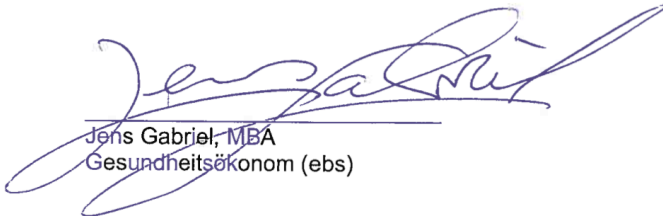
DER MAGISTRAT
der Stadt Ulrichstein
Marktstraße 28-32
35327 ULRICHSTEIN



Werner Funk
1. Stadtrat
Stadt Ulrichstein



Dr. med. Siegbert Stracke, MBA
Facharzt für Innere Medizin



Jens Gabriel, MBA
Gesundheitsökonom (ebs)