Förderantrag

für das

Projekt

**Gesundheitsregion**

**„VulkanoMED“**

**Zukunftsfähigkeit durch Delegation und regionale Vernetzung**

**Stracke S.**

Anschrift

Fördernde Stelle

07.11.15

Inhaltsverzeichnis

Antragsteller 1

Kooperationspartner 1

Projektbeschreibung 3

Ausgangssituation 3

Name der Gesundheitsregion 4

Zuordnung zum Themenfeld „Neue, innovative Versorgungsformen“ 4

Legitimierter Ansprechpartner der Region 4

Geographische Ausdehnung und funktionaler Zusammenhang 5

Strategische Ansätze und Ziele 8

Gesamtstrategie der Region 8

Sektorenübergreifende Versorgungsformen 11

Medizinische Versorgung mittels Delegation und flexiblen Mobilitätslösungen 16

Gesundheitsplattform „vulkanomed.de“ und Telemedizin 17

Geschäftsziele 19

Patientennutzen 19

Worin besteht die Innovation des Ansatzes? 19

Welche langfristigen Ziele sollen erreicht werden? 19

Welches sind die wichtigsten Kooperations- und Erfolgsfaktoren? 19

Welche Partnerschaften sind nötig? 19

Welche Meilensteine liegen auf dem Weg zum Ziel? 19

Duale Karriere 21

Produkt und Dienstleistung 22

Welche Bedürfnisse der Krankenkassen, med. Leistungserbringer und Patienten spricht unser Konzept an? 22

Welche Patienten bzw. welche Patientengruppen werden angesprochen? 22

Welche Vorteile entstehen für Patienten und Krankenkassen? 22

Welche Leistungsmerkmale sind entscheidend für die Vertragszustimmung durch die Krankenkassen? 22

Management 23

Welche Varianten sind möglich? 23

Welche Rolle spielen Zulassungs- und Ermächtigungsstatus sowie Abgrenzungen zum bisherigen Sicherstellungs- bzw. Versorgungsauftrag? 23

Welche Investitions-, Personal- und Sachaufwendungen sind für die Entwicklung des Leistungsangebotes notwendig? 23

Welche Preisform soll gewählt und wie die Honorierung ermittelt werden? 23

Markt- und Wettbewerb 24

Wie entwickelt sich die Nachfrage, das Marktvolumen? 24

Welche Faktoren für ein hochwertiges Versorgungsangebot sind entscheidend? 24

Wie wird das Einzugsgebiet beschrieben? 24

Wer sind die genauen Zielpatientengruppen? 24

Welcher regionaler Marktanteil wird angestrebt? 24

Kommunikation- und Marketing 25

Welche Aussagen sind zur Ansprache der Patientenzielgruppen zu machen? 25

Wie sind alle Beteiligten, insbesondere die Krankenkassen, in ein Kommunikationskonzept einzubeziehen? 25

Welche Anforderungen sollen an einen qualitätsorientierten und langfristigen Dialog mit allen Partnern und Patienten gestellt werden? 25

Welche Informations- und Dokumentationsmedien sollen gewählt werden? 25

Wie sieht eine dauerhafte Marktkommunikation aus? 25

Welche Wachstumsraten werden in den nächsten 5 Jahren erwartet? 25

Welche Wettbewerber (integrativ oder sektoral) bieten vergleichbare Versorgungsangebote an? 25

Ist mit medizinischen bzw. medizinisch-technischen und oder pharmazeutischen Weiterentwicklungen zu rechnen? 25

Wie sieht die Unterstützung durch moderne IT- und IUK-Leistungen aus? 25

Geschäftsplanung 26

Welcher Finanzbedarf entsteht für die nächsten Jahre (Liquiditätsplanung, Investitionsplanung) 26

Aus welchen Quellen soll dieser Finanzbedarf gedeckt werden? 27

Welche Rationalisierungserfolge (Skaleneffekt) sind im Rahmen weiterer Ausbaustufen möglich? 27

Gibt es Fördermöglichkeiten (regional, national, europäisch)? 27

Wie sieht die genaue Beschreibung des Personalbedarfs mit den verschiedenen Qualifikationen aus? 27

Mit welchen Personen werden die Schlüsselpositionen besetzt und welche Managementqualitäten benötigen diese? 27

Wie wird die Geschäftsentwicklung verfolgt (Controlling) und entscheidungsorientiert dokumentiert? 27

Chancen und Risiken 28

Welche Auswirkungen entstehen für die beteiligten Partner im Hinblick auf deren Leistungsangebote, Kapazitäten, Finanzflüsse und Organisationsformen? 28

Welche Veränderungen könnten Fusionen, Kooperationen und Verbandslösungen mit sich bringen? 28

Wie sicher ist die Gesundheitspolitik der nächsten 5 Jahre einzuschätzen? 28

# Antragsteller

|  |
| --- |
| **Gabriel, Jens**  Geschäftsführer MuM – Medizin und Mehr e.G. Bünde  MBA & Gesundheitsökonom (ebs)  **Morton, Alexander**  Master of Science  Prokurist, Manager BDO AG Wirtschaftsprüfungsgesellschaft  **Dr. Porten, Stefan**  Rechtsanwalt, FA für Medizinrecht  Lehrbeauftragter der Hochschule Fresenius für KH-Management  **Dr. Stracke, Siegbert**  Facharzt Innere Medizin  MBA & Gesundheitsökonom (ebs)  Gauguinweg 23  60438 Frankfurt am Main  eMail: Stracke.MD@me.com  Tel.: +49 15114998710 Kooperationspartner **BDO Legal**  Rechtsanwaltsgesellschaft mbH Im Zollhafen 22 50678 Köln  **SANEXIO GmbH**  Meisebacherstraße 25 36251 Bad Hersfeld eMail: info@sanexio.de  Telefon: +49 6621 51098 50  **Gesundheitszentrum Wetterau gGmbH**  vertreten durch die Chefärzte  **Herr PD. Dr. med. André Banat, MBA**  **Herr Dr. med. Michael Eckhard**  Gesundheitszentrum Wetterau gGmbH  Chaumontplatz 1 D-61231 Bad Nauheim  Tel.: 06032 702-0  E-Mail: [info@gz-wetterau.de](mailto:info@gz-wetterau.de)  **Kreiskrankenhaus Schotten**  **Gesundheitszentrum Wetterau gGmbH**  Wetterauer Platz 1  D-63679 Schotten  **Hochwaldkrankenhaus**  **Gesundheitszentrum Wetterau gGmbH**  Bad Nauheim  Chaumontplatz 1  D-61231 Bad Nauheim  **GZW Diabetes-Klinik Bad Nauheim gGmbH**  Ludwigstraße 37-39  61231 Bad Nauheim  **Magistrat und Stadtverordnetenversammlung der Gemeinde Ulrichstein**  vertreten durch Herrn **Bürgermeister Edwin Schneider**  Stadt Ulrichstein  Marktstraße 28 - 32  35327 Ulrichstein  Telefon 06645/9610-0  E-Mail [info@ulrichstein.de](mailto:info@ulrichstein.de) |

Projektbeschreibung

Ausgangssituation

|  |
| --- |
| Bedingt durch die demographische Entwicklung und die dadurch erweiterten Altersbedürfnisse der Bevölkerung müssen Krankenhäuser der Grundversorgung in ländlichen Regionen Versorgungsstrukturen für multimorbide und geriatrische Patienten vorhalten. Auch der ambulante Bereich sieht sich der Herausforderung gegenüber, geeignete Strukturen für zunehmend ältere und multimorbide Patienten anzubieten.  Gleichzeitig bestehen sowohl im stationären als auch im ambulanten Sektor massive Engpässe bei der Gewinnung von Nachwuchsärzten im Haus- und Facharztbereich. Auch im Vogelsbergkreis stehen stationärer und ambulanter Sektor vor identischen Herausforderungen, die durch eine Initiative der Kommunen unter Schirmherrschaft der mitbetroffenen Landkreise mit ganzheitlichen, vernetzten Lösungsansätzen für multimorbide und ältere Menschen im Bereich der haus- und fachärztlichen Grundversorgung jetzt angegangen werden müssen.  Krankenhäuser der Grundversorgung sind bei der Umsetzung dieser Lösungsansätze im Vorteil, da sie im Bereich Personal- und Organisationsmanagement Erfahrungen vorweisen können, welche die meisten Einzelpraxen des ambulanten Sektors nicht besitzen. Diese Erfahrungen werden in Zukunft eine größere Rolle spielen, da bis 2020 die Hälfte der ärztlichen Grundversorger ihre Praxen auf dem Land aufgeben und diese nur zu Bruchteilen nachbesetzen können. Dies wird dazu führen, dass größere Praxen auf delegativer Basis entstehen müssen, die insbesondere die multimorbiden Patienten mit weniger Ärzten aber wesentlich mehr spezialisierten Assistenzkräften auffangen müssen. Eine weitere zentrale Rolle werden IT-gestützte Netzwerklösungen sowie telemedizinische Anwendungen spielen, die nicht nur als Schnittstelle zwischen dem ambulanten und dem stationären Sektor dienen sondern auch eine Kommunikation und internetgestützte Interaktion zwischen Patienten, Angehörigen und medizinischem Fachpersonal ermöglichen müssen. |

Name der Gesundheitsregion

Der Name nachfolgend beschriebenen Gesundheitsnetzes lautet „VulkanoMED“. Das gleichzeitig mit Etablierung der Versorgungsstrukturen aufzubauende virtuelle Gesundheitsnetzwerk wird unter den Domain-Namen „vulkanomed.de /.com sowie /.eu“ abrufbar sein.

Zuordnung zum Themenfeld „Neue, innovative Versorgungsformen“

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

* Sektorenübergreifende Versorgungsformen
* Transformation der Gesundheitsversorgung durch genossenschaftliche Modelle
* Versorgungslösungen für eine alternde Gesellschaft auf dem Land
  + Delegative Versorgungsstrukturen
  + Flexible Mobilitätslösungen
* Virtuelles Gesundheitsnetz sowie Telemedizin und telematische Anwendungen

Legitimierter Ansprechpartner der Region

|  |
| --- |
| Legitimierter Ansprechpartner für das Gesundheitsnetz „VulkanoMED“ und den damit verbundenen Projekten ist:  Herr Dr.med. Siegbert Stracke  Gauguinweg 23  60438 Frankfurt  Telefon: +49 151-14998710  Telefax: +49 6621 51098 92  E-Mail: [Stracke.MD@me.com](mailto: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. 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. 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 Entwicklung trifft nun gerade den Teil der Bevölkerung, der keinen Zugang zu mobilen Fortbe-wegungsmitteln 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.  **13**  **14**  **2**  **4**  **4**  **3**  **0**  **5**  **6**  **1**  **1**  **5**  **2**  **1**  **6**  **0**  **5**  **2**  **2**  Eine Versorgungsanalyse der kassenärztlichen Vereinigung Hessen zeigt, dass knapp 1,4% der Hausärzte zw. 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 Alter ≥55 deutlich über dem Durchschnitt liegen, während der Prozent-satz der jüngeren Arztgenerationen unter dem hessischen Durchschnitt liegt. 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%. 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. 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. |

Strategische Ansätze und Ziele

Gesamtstrategie der Region

|  |  |
| --- | --- |
| Im nachfolgend beschriebenen Konzept fokussiert sich die Gesamtstrategie des Vogelsbergkreises in Bezug auf die medizinische Versorgung der Bevölkerung auf folgende drei Ziele, an denen sich auch der Realisierungsfahrplan orientiert:   * Sektorenübergreifende Versorgungsformen * Transformation der Gesundheitsversorgung durch genossenschaftliche Modelle * Versorgungslösungen für eine alternde Gesellschaft auf dem Land   + Delegative Versorgungsstrukturen sowie flexible Mobilitätslösungen * Virtuelles Gesundheitsnetz sowie Telemedizin und telematische Anwendungen  1. **Sektorenübergreifende Versorgungsformen:**   Aufbau mittel- bis langfristiger Strukturen im Sinne einer verstärkten intersektoralen Zusammenarbeit zwischen stationären und ambulanten Leistungserbringern. Beide müssen sich als Teil eines (über)regionalen Gesundheitsnetzes verstehen. Als unterstützende Komponente ist die Einrichtung einer Internetplattform geplant, über welche sich alle Beteiligten des Projekts „VulkanoMED“ zum einen über den momentanen Status der Entwicklung informieren und zum anderen sich untereinander austauschen können. Auch für die Patienten, Angehörigen und Interessierten der Region des Vogelsbergkreises soll diese Plattform entsprechende Informationen bieten und den Kontakt zu potenziellen Ansprechpartnern ermöglichen. Auf der Plattform ist auch die Etablierung virtueller Selbsthilfegruppen mit Schwerpunkt auf chronische Erkrankungen geplant. Der Aufbau eines solchen virtuellen Netzwerkes führt ebenso zur Optimierung der Schnittstellen zwischen stationärem und ambulantem Sektor.  **Schwerpunkt** **Duale Karriere:** Langfristig muss die Erhöhung der Attraktivität des Vogelsbergkreises für potenzielle Nachwuchsärzte und Pflegekräfte mittels neuartiger und vor allem flexibler Karrieremöglichkeiten stehen!   1. **Transformation der Gesundheitsversorgung durch genossenschaftliche Modelle**   Einfache Pauschallösungen gegen den Ärztemangel und das Kliniksterben in ländlichen Gebieten helfen nicht mehr weiter. Eine Sicherstellung der Gesundheitsversorgung vor Ort wird in Zukunft nur noch in den Regionen möglich sein, in denen tatkräftige Kommunen zusammen mit den medizinischen Leistungserbringern neue Ideen entwickeln. Der Erfolg neuer innovativer Konzepte wird sich hierbei an der Herausforderung messen müssen, inwiefern die regional-soziale Infrastruktur erhalten bleibt.  Kann die medizinische Versorgung einer Region nicht aufrechterhalten werden, sind auch schnell weitere gemeinnützige Betriebe des sozialen Miteinanders sowie regional ansässige Firmen in ihrer Existenz bedroht. Dies führt zu einer absehbaren Abwärts-Spirale, da auch die Bevölkerung durch Wegfall der wohnortnahen Versorgung weitere negative Wohlfahrtseffekte befürchtet und in städtische Regionen abwandert. Der zunehmende Leerstand an Wohnungen und Geschäftsimmobilien im ländlichen Raum belegt diesen Trend.  Um diesen Negativtrend entgegenzuwirken, müssen Kommunen die Daseinsvorsorge, die nach wie vor als eine der Kernaufgaben kommunaler Entscheidungsträger gilt, durch regionale Versorgungskonzepte aktiv mitgestalten.   1. **Sicherstellung der hausärztlichen Versorgung mittels Delegation und flexiblen Mobilitätslösungen:**   Entwicklung kurzfristiger Lösungen in Bezug auf die Sicherstellung der medizinischen Versorgung der Bevölkerung insbesondere in unterversorgten Regionen. Eine Delegation von medizinischen Leistungen wird hierbei an speziell ausgebildete den Arzt unterstützende medizinische Fachangestellte übertragen. Delegation bedeutet, dass der Vertragsarzt die Leistungen anordnet und überwacht. Somit liegen sie ausschließlich in ärztlicher Verantwortung. Im Rahmen eines Dienstvertrages kann laut Auskunft der Kassenärztlichen Bundesvereinigung die Sicherung der Weisungsabhängigkeit von nichtärztlichen Mitarbeitern gewährleistet sein. Somit müssen die medizinischen Fachkräfte nicht über eine Anstellung an eine Praxis gebunden werden sondern können in mehr als einer Arztpraxis beschäftigt werden, was gerade in unterversorgten Gebieten eine hohe Flexibilität verspricht.   1. **Telemedizin und Gesundheitsplattform:**   Mit der Entwicklung eines Netzwerkes für Patienten, Angehörige und medizinisches Fachpersonal definieren wir mit unserem Webportal „vulkanomed.de“ eine neuartige Form einer Gesundheitsplattform. Wir bezeichnen diese innovative Art des Austausches als „Social-EHealth“, da wir das Netz nicht nur als Medium der Informationsvermittlung und des Erfahrungsaustausches Betroffener und deren Angehörigen sehen, sondern über die Möglichkeiten der gezielten Profileingabe und –suche eine für verschiedene Erkrankungen dedizierte Personalisierung und Authentizität erreichen wollen. Außerdem ist die Implementierung eines telemedizinischen Kommunikationsportals für Ärzte und Patienten geplant. Dieses bietet Ärzten und Patienten die Möglichkeit, über eine hochsichere Videokonferenz, die Online- Sprechstunde, miteinander zu kommunizieren. Die Sicherheit der Internet-Kommunikation ist über die Schnittstelle KV-Safenet entsprechend abgebildet. Daneben bietet vulkanomed.de ein exklusives Ärzteforum, in dem der Austausch der Ärzte untereinander gefördert werden soll. Außerdem können Ärzte sichere Internetverbindungen für ihre Kommunikation nutzen. Patienten haben die Möglichkeit, Termine mit ihren Ärzten online zu machen, indem sie mit der Online Terminvergabe einen für sie passenden Termin wählen.  Sektorenübergreifende Versorgungsformen  Die komplexe Materie einer intersektoralen Zusammenarbeit kann durch den Einsatz von Experten mit fachlichem Hintergrund und mit einem regionalen Koordinator aus dem Bereich der kommunalen Körperschaften in einem Prozess von 12 Monaten aufgebaut 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.  In einem ersten Schritt kann hier eine Kooperation mit dem Hochwaldkrankenhaus Bad Nauheim, dem Krankenhaus Schotten sowie der Diabetesklinik Bad Nauheim erfolgen. Im weiteren Verlauf ist der Aufbau neuer Versorgungsketten mit niedergelassenen Ärzten, weiteren Krankenhäusern, der Reha, Pflege, Physiotherapie, Apotheke, Medizintechnik, Sanitätshäuser, etc. unter Einbindung der Krankenkassen geplant. Anschließend ist eine Entwicklung von Versorgungspfaden nach Indikation möglich und eine reibungslose Versorgung des Patienten entlang der Versorgungskette „Prästationär / Ambulant – Stationär – Poststationär / Reha / häusliche Versorgung & Pflege“ ermöglicht.  Zusammenspiel zwischen Hausärzten und angestellten Ärzten im Krankenhaus im Bereich Diagnostik, Therapie, Medikation, personellem Austausch, Fallkonferenzen.  Im Rahmen einer sektorenübergreifenden Zusammenarbeit zwischen ambulanten und stationären Sektor wird den Ärzten der Region eine sogenannte „duale Karriere“ angeboten. Dies fördert nicht nur die Wettbewerbsfähigkeit der einzelnen an dem Projekt beteiligten Krankenhäuser und Arztpraxen, sondern kann die Attraktivität des Vogelsbergkreises für potenzielle Nachwuchsärzte ebenfalls erhöhen.  Diese Praxen benötigen darüberhinaus auch eine entsprechende Infrastruktur, um insbesondere 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.  Gemeinsame ärztliche und nichtärztliche Personalwerbung für die Region.  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.  **Transformation der Gesundheitsversorgung durch genossenschaftliche Modelle**  Immer mehr Kommunen stehen vor der Herausforderung, die regionale Infrastruktur verschiedener sozialer Versorgungsleistungen aufrecht zu erhalten. Neben dem gemeinnützigen Betrieb von Sport- und Freizeitzentren sowie Bildungs, Pflege- und Betreuungseinrichtungen ist insbesondere die flächendeckende medizinische Versorgung vom Wegfall bedroht.  Die Daseinsvorsorge gilt jedoch nach wie vor als eine der Kernaufgaben kommunaler Entscheidungsträger, zumal diese für die Bereitstellung stationärer Versorgung verantwortlich sind. Dennoch zeichnet sich vor allem in der ländlichen Verfahrenspraxis ab, dass überwiegend kommunalgetragene stationäre Einrichtungen kaum noch wirtschaftlich betrieben werden können und somit deren Existenz bedroht ist. Die Folge: Finanzielle Haushaltsdefizite; fehlende Wettbewerbsfähigkeit der Gemeinde; Bevölkerungsabwanderung und eine Welle von Privatisierungsaktivitäten, die den Boden der sozial-medizinischen Flächenversorgung sähen.  Nach aktueller Rechtsprechung wird den Kommunen zusätzlich eine Auffangposition zur ambulanten Versorgung im Falle von medizinischen Versorgungsengpässen zugesprochen. Es vollzieht sich demnach ein Trend zur Verlagerung des sog. Sicherstellungsauftrages seitens der Kassenärztlichen Vereinigungen auf die jeweiligen Kommunen. Die Übernahme der ambulanten Gesundheitsversorgung stellt jedoch eine neue, nahezu unlösbare Herausforderung für die kommunalen Entscheidungsträger dar, welche bislang nicht auf deren Agenda stand.  Neben vereinzelten Versuchen, Ärzte mit sog. „Fangprämien“ in die Regionen zu locken, leiten die Kommunen ihre exekutive Verantwortung insbesondere auf die „eigenen“ lokalen stationären Einrichtungen über, denen aufgrund ihrer Unternehmensinfrastruktur eine Schlüsselfunktion zur ambulant-stationären Verzahnung zugeschrieben wird. Schließlich sind die Generierung von Patientenzuweisungen sowie die Aufrechterhaltung ambulanter Versorgungsstrukturen existenziell für den Fortbestand stationärer Einrichtungen.  So kontestieren die meist selbst wirtschaftlich angeschlagenen und mit Investitionsstau belasteten Krankenhäuser nicht nur mit ihren stationären Aufgabenstellungen, sondern müssen nun auch in der Lage sein, den hoch komplexen Markt der ambulanten Versorgung zu bedienen. Geprägt von einem hierarchisch getriebenen Ansatz erfolgten bundesweit zahlreiche Gründungen von Medizinischen Versorgungszentren (MVZ), welche den stationären Leistungserbringern erlauben, sich von ihrem originären Geschäftsfeld, der stationären Versorgung, in ambulante vertragsärztliche Versorgungsstrukturen auszudehnen. Nach einer anfänglichen Zeit der „intersektoralen Vollversorgereuphorie“ einrichtungsgeleiteter Interessensvertretungen folgte die ökonomische Ernüchterung. Neben Defiziten im systemorganisatorischen und finanziellen Management, fehlendem „ambulanten Einfühlungsvermögen“ und Nachbesetzungsproblematiken war es schließlich die Erkenntnis, dass sich der unternehmerische, selbstbestimmte, arbeitsaufopfernde und erfolgsgeleitete Vertragsarzt, abstammend aus der „Generation Babyboomer“, nicht in starre, diktatorische und selbstverwirklichungsfreie Unternehmensstrukturen einbinden lässt. Als substituierender Beleg hierfür stehen all jene Versorgungszentren, deren Trägerschaft und Betriebsführung in ärztlicher Verantwortung geführt werden und einer ökonomischen Fitness obliegen.  Es bleibt festzuhalten, dass stationäre Einrichtungen überwiegend noch nicht in der Lage sind, die neuartigen ambulanten Versorgungsmodelle an der Schnittstelle stationärer Versorgung unter Einbezug einer vitalen Unternehmensführung zu initiieren bzw. zu organisieren. Gerade vor dem Hintergrund einer sich ändernden demographischen und sozialen Gesellschaft ist die Berücksichtigung „ambulanter Spielregeln“ und deren intersektorale Mediation für den (medizinisch-ökonomischen) Fortbestand regionaler Versorgungsstrukturen unerlässlich.  Spätestens im Jahre 2020 werden sich ambulante Versorgungsstrukturen konzentriert in oligopolartigen Organisationsformen vollumfänglich abzeichnen. Angetrieben wird dieses Szenario durch den anhaltenden Ärztemangel, einer neu aufgesetzten Bedarfsplanung, dem Aussterben des ärztlichen Unternehmertums und dem Wunsch einer nachkommenden – überwiegend weiblichen – „Ärztegeneration Y“, welche die kompromisslose Flexibilisierung von Arbeitszeitmodellen sowie -bedingungen einfordert.  Die Zeit der ländlichen Einzelpraxis ist vorbei. Künftig werden 20 % der ambulanten Leistungserbringer rund 80 % des ambulanten Marktes beherrschen. Im Gegensatz zu dem „topdown-geleiteten“ Versorgungsansatz der Krankenhäuser entsteht folglich eine gesteuerte aufwärtsgetriebene Bewegung („bottomup“), welche einen maßgebenden Effekt auf die regionale Systemführerschaft und deren Neuordnung haben wird. Ambulante Versorgungsdienstleister werden so in der Lage sein, einzelne Fachabteilungen von Krankenhäusern zu übernehmen und diese entlang der Versorgungskette neu zu definieren. Es generieren sich hieraus wertvolle Chancen für den stationären Bereich kommunaler Krankenhäuser, da der „bottomup“-getriebene Versorgungsansatz ein zukunftsfähiges Konkurrenzmodell zur klassischen, derzeit anhaltenden Privatisierungswelle darstellt. Darüber hinaus könnte hierin der Schlüssel für die Wettbewerbsfähigkeit einer ganzen Region verborgen sein.  Beteiligte Gesundheitseinrichtungen und insbesondere Kommunen, in ihrer neugewonnen Funktion als intersektoraler Versorgungsdienstleister, müssen demnach zwangsläufig eine Harmonisierungsstrategie verfolgen, um die Zukunftsfähigkeit einer regionalen Gesundheitsversorgung und die Wettbewerbsfähigkeit der Gemeinden sicherzustellen.  Es gilt demnach, die Wertschöpfungskette einer regional organisierten Gesundheitsversorgung zwischen stationären und ambulanten Strukturen neu zu denken. Dazu bedarf es einer eigenständigen, regionalen Dienstleistungsinstanz, welche nicht nur die Adaption einer „topdown“- bzw. „bottomup“- getriebenen Interessensgemeinschaft darstellt, sondern welche auch in der Lage ist, die generationsübergreifende Mediation und Interaktion aller regionalen Gesundheitsdienstleister in holistischer Interessensvertretung abzubilden.  Das sich dadurch ergebende Leistungsportfolio beinhaltet die ambulant-stationäre Versorgungssteuerung (inkl. der Steuerung delegativer Leistungsverlagerung), 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 (wie bspw. Kommune, Unternehmen, Gesundheitsdienstleister, Bildungs- und Betreuungseinrichtungen, Ehrenamt, Sozialdienst) mit deren individuellen Bedürfnissen unerlässlich.  Getreu dem Leitgedanken „Was einer [der Akteure] nicht schafft, dass schaffen viele!“, zeichnet sich die genossenschaftliche Modellform als *das* zukunftsweisende Konzept für die Erhaltung einer bürgernahen, regionalen Gesundheitsversorgung ab. Im Sinne der Selbstverantwortung bzw. Selbstverwaltung könnte somit die passgenaue Koordination jener Dienstleistungen erfolgen. Der tradierte Fortbestand von Genossenschaften anderer Branchen belegt das Erfolgsmodell.  Die Neuordnung medizinischer Versorgungstrukturen erweist sich dabei für die VR-Banken als vertikale Diversifikation des Geschäftsfeldes und bietet einen innovativen Ansatz zur Erweiterung des bestehenden Leistungsportfolios innerhalb des genossenschaftlichen Verbunds. Für Kunden bedeutet dies eine Konkretisierung des subsidiären Leistungsaustausches zwischen den jeweiligen Verbundpartnern sowie der damit einhergehenden (über)regionalen Mehrwertgenerierung in der Gemeinde. Infolge der strukturierten Bestandsausweitung (Spar- und Kreditkunde) werden zudem weitere Finanzgeschäfte sowie Servicestrukturen ermöglicht bzw. ausgebaut. Mitarbeiter und deren Familienangehörige profitieren von einer koordinierten betrieblichen Gesundheitsförderung mit individuellen Betreuungsangeboten. Darüber hinaus bewirbt das Thema „Gesundheit“ das Interesse weiterer bislang unerreichter Zielgruppen.  Medizinische Versorgung mittels Delegation und flexiblen Mobilitätslösungen  Die tradierten haus- und fachärztlichen Versorgungsstrukturen in ländlichen Regionen lösen sich zusehends auf. Im Gegenzug wurden hierzu innerhalb der Ärzteschaft sowie seitens des Gesetzgebers 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. In erster Linie ist hierbei die Versorgung der Patienten mit besonders geschultem Fachpersonal (VERAH®, MoNi®, AGnES®, Mopra®, EVA®, HELVER®...) gemeint.  Dieses Fachpersonal kann somit durch die Übernahme von Hausbesuchen, bei denen eine ärztliche Versorgung nicht erforderlich ist, die niedergelassenen Kollegen entlasten. Gleichzeitig können koordinierende Aufgaben im Rahmen des Casemanagements inklusive des Qualitätsmanagements von diesem qualifizierten Fachpersonal übernommen werden.  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 strukturierende, innovative und delegative Versorgungskonzepte zu übernehmen. Diese neuartigen Strukturen sind in Zukunft unabdingbar, da die Nichtnachbesetzungswahrscheinlichkeit gerade im hausärztlichen Bereich im Vogelsberg bei ca. 80% liegt.  Durch diese delegativen Strukturen wird zum einen eine Entlastung der niedergelassenen Ärzte bei gleichzeitiger Sicherstellung der hausärztlichen Versorgung gewährleistet. In einem weiteren Schritt kann die medizinische Leistungserbringung auch durch größere freiberufliche Mehrbehandlerstrukturen unter Einbindung des medizinischen Fachpersonals erfolgen.  Diese „VERAH-Dienste“ können jedoch nur in der Fläche tätig werden, wenn entsprechende Räumlichkeiten zur Verfügung stehen. Die Gemeinde Ulrichstein plant diesbezüglich den Bau eines Gesundheitszentrums als Infrastrukturschwerpunkt, in dem auch eine Koordinierungsstelle für die VERAHs® eingerichtet werden könnte. Ergänzend zu der Entlastung der niedergelassenen Ärzte durch medizinisches Fachpersonal können Kooperationsverträge zwischen der Gesundheitszentrum Wetterau gGmbH und der niedergelassenen Ärzteschaft die Versorgung der Bevölkerung vor Ort verbessern. Denkbar wäre hier, dass angestellte Ärzte der Kliniken stunden- oder auch tageweise die ambulante Versorgung in strukturschwachen Regionen mitübernehmen oder Hol- und Bringedienste die Patienten an einen Infrastrukturschwerpunkt wie das geplante Gesundheitszentrum Ulrichstein transportieren, wo bestimmte „Indikations-Slots“ zu bestimmten Krankheitsbildern tageweise von den Klinikärzten besetzt werden.  Weiterhin besteht über die Abschlüsse von Dienstverträgen die Möglichkeit die nichtärztlichen Mitarbeiter in mehr als einer Praxis zu beschäftigen.  Gesundheitsplattform „vulkanomed.de“ und Telemedizin   |  | | --- | | Die Social-EHealth – Plattform „vulkanomed.de“ ist ein Pilotprojekt, welches Modellcharakter für Menschen mit Behinderungen oder chronischer Erkrankung sowie deren Angehörigen besitzt. Es bietet neue Ansätze für Selbsthilfe, Schulungen sowie sozialwissenschaftliche Studien im Umfeld der Gesundheitsökonomie.  „vulkanomed.de“ bietet dem Besucher ein deutlich höheres Benutzererlebnis als in den gängigen Online-Foren einschlägiger Selbsthilfegruppen. Im Unterschied zu einem Forum bietet unser Netzwerk über die bloße Diskussion und Kommunikation über bestimmte Themen eine soziale Komponente. Über die vielfältigen Funktionen eines sozialen Netzwerkes wie zum Beispiel Aktivitätsfeeds wird das Netzwerk für den einzelnen Nutzer authentischer, da die Möglichkeiten der Interaktion der Mitglieder untereinander viel ausgeprägter sind als bei Foren. Die Akzeptanz sowie der Erfolg dieses Konzeptes werden durch die enorme Verbreitung und Durchdringung der sozialen Netze innerhalb unserer Gesellschaft belegt.  Die eigene Erkrankung kann über die virtuellen Selbsthilfegruppen gemeinsam im Dialog mit anderen thematisiert werden. Der Patient ist in diesem Netz unter „Gleichen“ und muss sich nicht in gängigen sozialen Netzen wie beispielsweise „Facebook“ oder Google+ als Mensch mit Behinderung bzw. chronischer Erkrankung „outen“, nur weil er den Social-Graph[[1]](#footnote-1) für eine Selbsthilfegruppe nutzen möchte.  Die Entwicklung und Implementierung eines solchen Netzwerkes für Patienten und deren Angehörigen mit den Standardfunktionen des Sozialen Netzwerks wie beispielsweise den Merkmalen der Profilsuche sowie Gruppenfunktionalitäten ist derzeit ein Alleinstellungsmerkmal, welches dem Nutzer die Möglichkeit bietet, sich in virtuellen Selbsthilfegruppen zu organisieren.  Anhand der Profilinformationen werden dem Nutzer durch ein automatisiertes System die für ihn optimalen Gruppen ermittelt und vorgeschlagen. Suchfunktionen ermöglichen ihm zudem die Suche nach gezielten Informationen und Themen in den einzelnen Profilen aber auch in anderen Bereichen, wie z.B. Blog-Themen.  Über Blogs haben Nutzer die Möglichkeit, ihre individuellen Erfahrungen anderen Mitgliedern des Netzwerks mitzuteilen. Der Blog eines Benutzers bindet sich dabei in das Gesamtsystem von „vulkanomed.de“ nahtlos ein.  Dies führt zu einer deutlich höheren Authentizität innerhalb der virtuellen Selbsthilfegruppe und führt darüber hinaus auch zu einem höheren Maß an Vertrauen zu den aus dieser Selbsthilfegruppe gewonnenen Informationen.  Ein weiteres Alleinstellungsmerkmal für das Projekt wird mit der Anonymisierung der Nutzer und deren Profile erreicht. Somit können im weiteren Verlauf die Daten zu Studien genutzt werden, ohne dass die Mitglieder eine Verbindung zu ihrer Person fürchten müssen. | |
|  |

# Geschäftsziele

## Patientennutzen

## Worin besteht die Innovation des Ansatzes?

## Welche langfristigen Ziele sollen erreicht werden?

## Welches sind die wichtigsten Kooperations- und Erfolgsfaktoren?

## Welche Partnerschaften sind nötig?

## Welche Meilensteine liegen auf dem Weg zum Ziel?

Auf regionaler Ebene ist der Vogelsbergkreis eine Modellregion im Aktionsprogramm regionale Daseinsvorsorge des Bundes. In diesem Rahmen richtete der Vogelsbergkreis eine Arbeitsgruppe „Pflege, Senioren & Ärztliche Versorgung“ ein, die bereits mit Hilfe der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen und anderen Instituten eine Versorgungsanalyse erstellt, verschiedene Szenarien entwickelt und mögliche Maßnahmen zur Strukturentwicklung diskutiert hat. Zusammen mit Frau Dr. Sigrid Stahl, der Leiterin der Stabsstelle für Gesundheit der Bürger, ist geplant unten stehendes Punkteprogramm umzusetzen:

**Sicherstellung der hausärztlichen Versorgung mittels Delegation**

1. Bis 2020: Neuordnung zwischen abzugebenden und auffangenden Hausarztpraxen und Erfassung veränderungsbereiter Innovatoren und kooperativer Abgeber. Integration der Abgeberpraxen in einem fünfjährigen Adaptionsprozess in die Struktur der sich entwickelnden Auffangpraxen.
2. Bis 2015: 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.
3. Bis 2020: Festlegung von strategischen Immobilienstandorten und den Ausbau in Stufenprozessen unter Berücksichtigung der zur Aufgabe von Standorten von Ärzten noch bestehenden tradierten Infrastruktur. Der Bau des Gesundheitszentrums in Ulrichstein ist von der Gemeinde schon geplant.
4. Abgebende Hausärzte entwickeln gemeinsame Konzepte für Versorgung von Hausbesuchspatienten, Heimpatienten in den verwaisenden Gemeinden.
5. Zusammenspiel zwischen ambulanten Fachärzten und Krankenhausabteilungen - auch zur Übernahme von Krankenhausverantwortung im stationären Bereich / Überlassung von Krankenhausärzten für den ambulanten Bereich.

**Intersektorale Zusammenarbeit**

1. Schaffung eines "Wir-Gefühles" für eine neue integrierte regionale gemeinsame Verantwortung mit Unterstützung von Landrat, interkommunalen Bürgermeistern, sowie medizinischer Leistungserbringer und Bürger. Als unterstützende Komponente ist die Einrichtung einer Internetplattform geplant, über welche sich die verschiedenen Stakeholder des Projekts „VulkanoMED“ zum einen über den momentanen Status der Entwicklung informieren und zum anderen sich untereinander online austauschen können.
2. Zusammenspiel zwischen Hausärzten und angestellten Ärzten im Krankenhaus im Bereich Diagnostik, Therapie, Medikation, personellem Austausch, Fallkonferenzen.
3. Versorgungskette niedergelassener Arzt, Krankenhaus, Reha, Pflege, und weiterer Leistungserbringer unter Einbindung der Krankenkassen im Hinblick auf Genehmigung von Versorgungsanträgen, Gutachten, etc.
4. Entwicklung von Versorgungspfaden nach Indikation / IV-Konzepte
5. 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.
6. Über engere Zusammenarbeit des ambulanten und stationären Sektors Generierung einer Stabilität von Zuweisungsstrukturen sowie ökonomischer Langfristplanung und personeller Verflechtung
7. Ambulante Zentren gestatten mittelfristig auch die Verlagerung von stationären Krankenhausabteilungen im Rahmen von Arbeitsteilungen in der Region unter Beibehaltung der fachärztlichen Anlaufstellen.
8. Fachärzte des ambulanten Sektors werden gleichzeitig Chefärzte/leitende Ärzte des Krankenhauses. Beide Seiten erhalten Mehrwerte aus Kompetenz, Kostenreduktion, telematischem und persönlichem Daueraustausch.

Duale Karriere

1. Gemeinsame ärztliche und nichtärztliche Personalwerbung für die Region. Somit Steigerung der Attraktivität regionaler Krankenhäuser mit gemeinsamer Arzt-/ Personalwerbung mit dem ambulanten Sektor sowie Schaffung dualer Karrieren im ambulant/stationären Bereich.
2. Gemeinsame Infrastrukturen 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.
3. Die Kommunen schaffen frühzeitig zukunftsorientierte Versorgungsstrukturen, die Arbeitsplätze, Wohnwerte, Attraktivität bei der Neuansiedlung von Unternehmen sichern.

# Produkt und Dienstleistung

## Welche Bedürfnisse der Krankenkassen, med. Leistungserbringer und Patienten spricht unser Konzept an?

## Welche Patienten bzw. welche Patientengruppen werden angesprochen?

## Welche Vorteile entstehen für Patienten und Krankenkassen?

## Welche Leistungsmerkmale sind entscheidend für die Vertragszustimmung durch die Krankenkassen?

# Management

## Welche Varianten sind möglich?

## Welche Rolle spielen Zulassungs- und Ermächtigungsstatus sowie Abgrenzungen zum bisherigen Sicherstellungs- bzw. Versorgungsauftrag?

## Welche Investitions-, Personal- und Sachaufwendungen sind für die Entwicklung des Leistungsangebotes notwendig?

## Welche Preisform soll gewählt und wie die Honorierung ermittelt werden?

# Markt- und Wettbewerb

## Wie entwickelt sich die Nachfrage, das Marktvolumen?

## Welche Faktoren für ein hochwertiges Versorgungsangebot sind entscheidend?

## Wie wird das Einzugsgebiet beschrieben?

## Wer sind die genauen Zielpatientengruppen?

## Welcher regionaler Marktanteil wird angestrebt?

# Kommunikation- und Marketing

## Welche Aussagen sind zur Ansprache der Patientenzielgruppen zu machen?

## Wie sind alle Beteiligten, insbesondere die Krankenkassen, in ein Kommunikationskonzept einzubeziehen?

## Welche Anforderungen sollen an einen qualitätsorientierten und langfristigen Dialog mit allen Partnern und Patienten gestellt werden?

## Welche Informations- und Dokumentationsmedien sollen gewählt werden?

## Wie sieht eine dauerhafte Marktkommunikation aus?

## Welche Wachstumsraten werden in den nächsten 5 Jahren erwartet?

## Welche Wettbewerber (integrativ oder sektoral) bieten vergleichbare Versorgungsangebote an?

## Ist mit medizinischen bzw. medizinisch-technischen und oder pharmazeutischen Weiterentwicklungen zu rechnen?

## Wie sieht die Unterstützung durch moderne IT- und IUK-Leistungen aus?

# Geschäftsplanung

## Welcher Finanzbedarf entsteht für die nächsten Jahre (Liquiditätsplanung, Investitionsplanung)

Die Kosten für alle drei Phasen belaufen sich auf 1.109.445,00 €, wovon die Antragsteller und insbesondere die Gemeinde Ulrichstein einen Eigenanteil von 1.024.600 € übernehmen und sich somit die zu fördernden Fremdleistungen auf einen Betrag von 84.845,00 € summieren. Die Räumlichkeiten werden durch die in den strukturschwachen Regionen liegenden und am Konzept teilnehmenden Kommunen gestellt. Einen Anfang macht hier die Gemeinde Ulrichstein mit dem Bau eines Gesundheitszentrums, welches als Infrastrukturschwerpunkt für die umliegenden Gemeinden genutzt werden kann. Die Ausbildungskosten der VERAHs© sowie die Entwicklungskosten für das virtuelle Netz sollten gefördert werden. Der für die VERAHs© sowie die Hol- und Bringedienste für die Patienten eingesetzte Fuhrpark sollte durch die Krankenkassen subventioniert werden.

Die einzelnen Posten entnehmen Sie bitte unten stehenden Tabellen.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Fremdleistung:** | | **Anzahl** | **Einzelkosten** | **Gesamtkosten** |
| Ausbildungskosten VERAHs©: | | 10 | 2.000,00 € | 20.000,00 € |
| Personalkosten VERAHs© | | | | 40.000,00 € |
| Entwicklungskosten der virtuellen Plattform, Einzelpostenaufführung siehe unten | | | | 24.845,00 € |
|  |  |  |  |  |
| **Fremdleistung (Personalkosten): "VulkanoMED.de"** | | **Stunden** | **Honorar** | **Gesamtkosten** |
| Technische Entwicklung | Planung & Entwicklung | 40 | 70,00 € | 2.800,00 € |
| Grundeinrichtung | 50 | 50,00 € | 2.500,00 € |
| Customization | 20 | 50,00 € | 1.000,00 € |
| Programmierleistungen | Matching-Tool | 50 | 70,00 € | 3.500,00 € |
| Anonymisierung | 50 | 70,00 € | 3.500,00 € |
| Contenterstellung und Marketing | Edition und Redaktion | 60 | 60,00 € | 3.600,00 € |
|  |  |  |  |  |
| **Fremdleistung (Sachmittelkosten): "VulkanoMED.de"** | | | | **Gesamtkosten** |
| Social-Engine-Advanced & Einrichtung | | | | 600,00 € |
| Template & Einrichtung | | | | 50,00 € |
| Suggestion-Tool & Einrichtung | | | | 75,00 € |
| Deutsche Sprachversion & Anpassung | | | | 100,00 € |
| Content Erweiterung | | | | 70,00 € |
| Lizenzkosten | | | | 150,00 € |
|  |  |  |  |  |
| **Servicekosten** | | **Stunden** | **Honorar** | **Gesamtkosten** |
| Pflege, Wartung und Backup der Plattform | | 60 | 30,00 € | 1.800,00 € |
| Hostingkosten | | | | 1.500,00 € |
| Support | | 120 | 30,00 € | 3.600,00 € |
|  |  |  |  |  |
| **Gesamtkosten** | | | | **84.845,00 €** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| **Eigenleistung** | **Stunden** | **Honorar** | **Kosten** | |
| Projektleitung | 120 | 90,00 € | 10.800,00 € | |
| Wissenschaftliche. Leitung | 120 | 90,00 € | 10.800,00 € | |
| Gesundheitszentrum Ulrichstein als Infrastrukturschwerpunkt | | | 700.000,00 € | |
| Innenausstattung, medizinische Einrichtung | | | 300.000,00 € | |
| Reisekosten | | | 3.000,00 € | |
| **Gesamtkosten** | | | **1.024.600,00 €** | |

## Aus welchen Quellen soll dieser Finanzbedarf gedeckt werden?

## Welche Rationalisierungserfolge (Skaleneffekt) sind im Rahmen weiterer Ausbaustufen möglich?

## Gibt es Fördermöglichkeiten (regional, national, europäisch)?

## Wie sieht die genaue Beschreibung des Personalbedarfs mit den verschiedenen Qualifikationen aus?

## Mit welchen Personen werden die Schlüsselpositionen besetzt und welche Managementqualitäten benötigen diese?

## Wie wird die Geschäftsentwicklung verfolgt (Controlling) und entscheidungsorientiert dokumentiert?

# Chancen und Risiken

## Welche Auswirkungen entstehen für die beteiligten Partner im Hinblick auf deren Leistungsangebote, Kapazitäten, Finanzflüsse und Organisationsformen?

## Welche Veränderungen könnten Fusionen, Kooperationen und Verbandslösungen mit sich bringen?

## Wie sicher ist die Gesundheitspolitik der nächsten 5 Jahre einzuschätzen?

1. Algorithmus in sozialen Netzwerken, welcher die Beziehungen zwischen den einzelnen Mitgliedern herstellt. [↑](#footnote-ref-1)