

Projekt NAHVERSORGT

- Na@hversorgt in der Region -

Handlungsempfehlungen für ein
gelingendes und patient*innenzentriertes
Entlass- und Nachsorgemanagement ~ ~



INHALT

Vorwort.....	4
Baummodell der Handlungsempfehlungen.....	6
Nr. 1: Soziale Teilhabe und sorgende Gemeinschaften.....	8
Nr. 2: Implementierungsforschung und Transferförderung für innovative Versorgungsmodelle.....	10
Nr. 3: Erhöhung Kurzzeitpflegeplätze.....	12
Nr. 4: Standardisierte, digital unterstützte Entlass- und Verwaltungsprozesse.....	14
Nr. 5: Standardisierte Evaluation des Entlassprozesses.....	16
Nr. 6: Leicht verständliche Patient*innenbriefe.....	18
Nr. 7: Fallbezogene Koordination komplexer Nachsorgebedarfe durch Case Management.....	20
Nr. 8: Ausbau telemedizinischer Leistungen in ländlichen Regionen.....	22
Nr. 9: Multidisziplinäre Versorgungsstrukturen.....	24
Nr. 10: Bürger*innenbeteiligung, Bedarfserhebung sowie Prävention und Aufklärung.....	26
Nr. 11: Regionale Gesundheitsnetzwerke und Koordinierungsstellen.....	28

VORWORT

Liebe Leserinnen und Leser,

wir freuen uns, dass Sie die im Rahmen des Projektes NAHVERSORGT entstandene Broschüre zur Hand genommen haben. Im Mittelpunkt stehen elf Handlungsempfehlungen für ein gelingendes und patient*innenzentriertes Entlass- und Nachsorgemanagement.

Die Quintessenz unserer Ergebnisse lautet: Entlassmanagement darf nicht allein als Aufgabe der Krankenhäuser und nachsorgenden Einrichtungen verstanden werden. Vielmehr muss es als ganzheitlicher Prozess betrachtet werden, der medizinische, pflegerische, soziale und koordinierende Aspekte ebenso wie gesellschaftliche Verantwortung einbezieht, um eine verlässliche und sichere Versorgung nach dem Krankenhausaufenthalt zu gewährleisten.

Die Handlungsempfehlungen basieren auf einem sequenziellen Mixed-Methods-Forschungsdesign. Dieses umfasste einen Scoping Review, zwei Fokusgruppendifkussionen in Kleinstädten Mecklenburg-Vorpommerns, eine Mitarbeitendenbefragung in den Krankenhäusern Mecklenburg-Vorpommerns sowie darauf aufbauend leitfadengestützte Interviews. Begleitet wurde die Forschung durch einen interdisziplinären Expert*innenbeirat mit Akteur*innen und Interessensvertreter*innen aus dem Gesundheitswesen.

Um die Vielschichtigkeit des Entlassmanagements aufzuzeigen, haben wir ein Baummodell entwickelt, welches das Entlass- und Nachsorgemanagement als zusammenhängendes System mit vier verschiedenen Ebenen dargestellt. Die **Erde** bildet dabei das Fundament und schafft die notwendigen Rahmenbedingungen. Die **Wurzeln** stehen für Handlungsempfehlungen, die direkt das Krankenhaus beziehungsweise die Umsetzung in diesem betreffen. Der **Stamm** symbolisiert die Entlassung und damit den Übergang in die weitere Versorgung. Die Baumkrone steht für die **Nachversorgung** und richtet sich insbesondere an Kommunen und Nachversorger*innen.

Wir wünschen Ihnen eine anregende Lektüre und hoffen, dass Ihnen die Handlungsempfehlungen wertvolle Impulse für Ihre eigene Arbeit, Ihr Engagement oder die Weiterentwicklung Ihrer Region mitnehmen können.

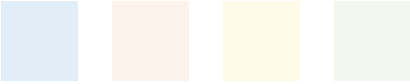


Prof. Dr. rer. pol. Ivonne Honekamp,
Konsortialführung

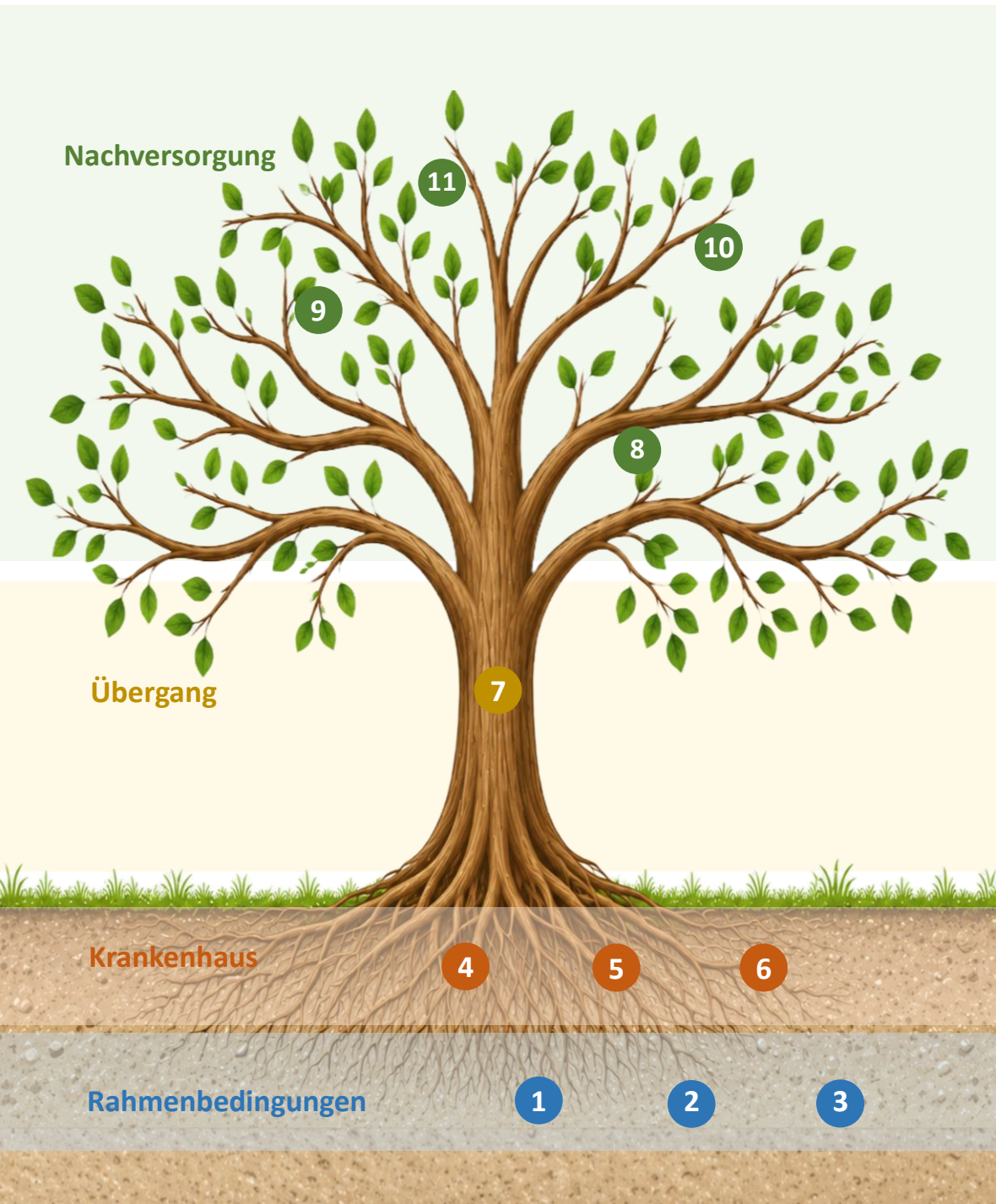


Prof. Dr. rer. medic. Stefan Schmidt,
Konsortialpartner





Baummodell der Handlungsempfehlungen



Handlungsempfehlungen aus dem Baummodell

- 11  Regionale Gesundheitsnetzwerke und Koordinierungsstellen
- 10  Bürger*innenbeteiligung, Bedarfserhebung sowie Prävention und Aufklärung
- 9  Multidisziplinäre Versorgungsstrukturen
- 8  Ausbau telemedizinischer Leistungen in ländlichen Regionen
- 7  Fallbezogene Koordination komplexer Nachsorgebedarfe durch Case Management
- 6  Leicht verständliche Patient*innenbriefe
- 5  Standardisierte Evaluation des Entlassprozesses
- 4  Standardisierte, digital unterstützte Entlass- und Verwaltungsprozesse
- 3  Bedarfsgerechte Sicherung der Kurzzeitpflegeplätze
- 2  Implementierungsforschung und Transferförderung für innovative Versorgungsmodelle
- 1  Soziale Teilhabe und sorgende Gemeinschaften

1 Soziale Teilhabe und sorgende Gemeinschaften



Ebene

Rahmenbedingungen



Auf einen Blick



Zielgruppe

Kommunen,
Wohlfahrts-
verbände, Träger
sozialer
Einrichtungen,
Krankenhäuser



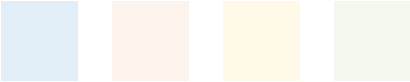
Wirkung

Soziale Isolation
vorbeugen,
Selbstständigkeit
stärken, Versorgung
verbessern



Beitrag zu

Gesundheit,
Teilhabe,
Lebensqualität



Soziale Teilhabe und sorgende Gemeinschaften



Warum ist das wichtig?

In ländlichen Regionen besteht ein erhöhtes Risiko sozialer Isolation, besonders bei älteren, alleinlebenden oder pflegebedürftigen Menschen. Deshalb sollten Soziale Teilhabe, alltagsnahe Unterstützung und Selbstständigkeit gestärkt werden um Vereinsamung zu verringern und lokale Unterstützungsangebote zu aktivieren.



Was soll erreicht werden?

Soziale Teilhabe, alltagsnahe Unterstützung und Selbstständigkeit stärken, Vereinsamung verringern und lokale Unterstützungsangebote aktivieren und bekannt machen.



Was empfehlen wir?

- Ehrenamt und Nachbarschaftshilfe fördern
- Informations- und Unterstützungsangebote systematisch stärken
- Lokale Beratungs- und Koordinierungsstellen auf- und ausbauen
- Informationen zu Hilfs- und Unterstützungsangeboten bereits im Entlassmanagement bereitstellen



Worauf stützt sich die Empfehlung?

Patient*innen wünschen sich konkrete Hinweise auf lokale Angebote. Problematisch sind häufig eine fehlende Koordination zwischen Gesundheitsversorgung und Ehrenamt. Informationen zu Selbsthilfegruppen, psychosozialer Beratung und nachbarschaftlichen Angeboten sollten bereits im Entlassprozess einbezogen werden.

2

Implementationsforschung und Transferförderung für innovative Versorgungsmodelle



Ebene

Rahmenbedingungen



Auf einen Blick



Zielgruppe

Politik, Förderinstitutionen, Kranken- und Pflegekassen, Forschungsförderer



Wirkung

Erfolgreiche neue Versorgungsmodelle in die Regelversorgung bringen



Beitrag zu

Versorgungssicherheit, nachhaltiger Versorgungsentwicklung



Implementierungsforschung und Transferförderung für innovative Versorgungsmodelle



Warum ist das wichtig?

Viele innovative Entlass- und Nachsorgemanagementprojekte enden nach der Förderung, weil langfristige Finanzierungs- und Strukturösungen fehlen. Wissen und Wirkung gehen dadurch mit dem Ende der Förderperiode häufig verloren.



Was soll erreicht werden?

Erfolgreiche Versorgungsmodelle sollen wissenschaftlich fundiert übertragen, evaluiert und dauerhaft in der Regelversorgung verankert werden.



Was empfehlen wir?

- Langfristige Förderung erfolgreicher Versorgungsmodelle
- Begleitforschung zu Wirkung und Übertragbarkeit
- Gemeinsame, dauerhafte Finanzierungsmodelle durch Länder, Kommunen und Krankenkassen



Worauf stützt sich die Empfehlung?

In Deutschland ist das Entlassmanagement bisher nur punktuell wissenschaftlich fundiert, es besteht weiterhin Forschungsbedarf. Zugleich zeigt sich, dass erfolgreiche regionale Versorgungsmodelle häufig nach befristeter Projektförderung enden, weil Finanzierung und strukturelle Einbindung in kommunale und reguläre Versorgungsstrukturen nicht dauerhaft gesichert sind.

3

Bedarfsgerechte Sicherung der Kurzzeitpflegeplätze



Ebene

Rahmenbedingungen



Auf einen Blick



Zielgruppe

Politik



Wirkung

Schließung pflegerischer Versorgungslücken nach der Entlassung



Beitrag zu

Versorgungssicherheit, Transparenz der Anschlussversorgung



Bedarfsgerechte Sicherung der Kurzzeitpflegeplätze



Warum ist das wichtig?

Kurzzeitpflegeplätze stehen nicht überall kurzfristig und bedarfsgerecht zur Verfügung. Die Übergangspflege schließt zwar Lücken, bindet aber Krankenhausressourcen und ersetzt keine verlässliche Anschlussversorgung.



Was soll erreicht werden?

Pflegerische Versorgungslücken nach der Entlassung schließen und Kurzzeitpflege wohnortnah und planbar verfügbar machen. Zusätzlich sollte die Übergangspflege klar definiert sowie finanziell verlässlich für die Krankenhäuser abgesichert werden.



Was empfehlen wir?

- Kurzzeitpflegeplätze bedarfsgerecht und wohnortnah ausbauen
- Übergangspflege klar abgrenzen
- Bundesweit verbindliche Regelungen zu Finanzierung und Kostenübernahme der Übergangspflege schaffen



Worauf stützt sich die Empfehlung?

Die bisherige Ausgestaltung der Übergangspflege wird vielfach nicht als geeignete Lösung zur Überbrückung bis zur gesicherten Anschlussversorgung erlebt, weil Zuständigkeiten, Finanzierung und Planungssicherheit unklar sind und Patient*innen dadurch länger im Krankenhaus verbleiben.

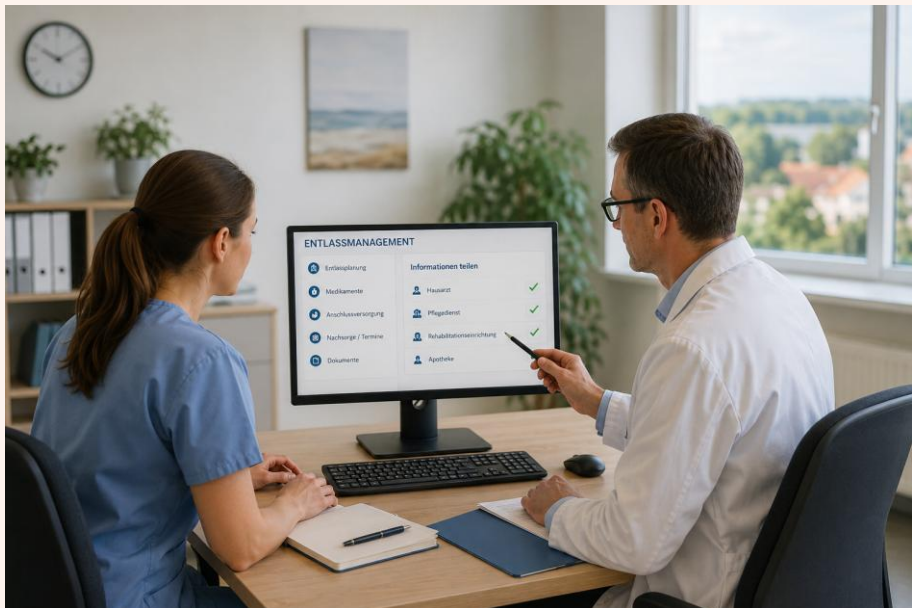
4

Standardisierte, digital unterstützte Entlass- und Verwaltungsprozesse



Ebene

Krankenhaus



Auf einen Blick



Zielgruppe

Politik, Sozialversicherungsträger, Krankenhäuser, Nachversorger*innen, Kommunen



Wirkung

Weniger Informationsverluste und Versorgungsbrüche im Übergang, bessere Abstimmung



Beitrag zu

Versorgungsqualität, Entlastung der Fachkräfte, sektorenübergreifender Zusammenarbeit



Standardisierte, digital unterstützte Entlass- und Verwaltungsprozesse



Warum ist das wichtig?

Uneinheitliche Entlassprozesse führen zu Informationsverlusten, hohem Aufwand für Versorgungsakteur*innen und unsicheren Übergängen in die Nachversorgung.



Was soll erreicht werden?

Standardisierte, interoperable und digital unterstützte Entlassprozesse sollen verlässliche Schnittstellenkommunikation sichern, Fachkräfte entlasten und die Anschlussversorgung transparenter und planbarer machen.



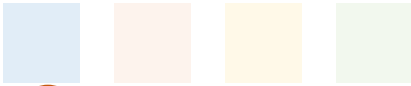
Was empfehlen wir?

- Standardisierte, digital unterstützte Entlassverfahren mit klaren Verantwortlichkeiten
- Verbindliche Nutzung digitaler Entlassinstrumente und Qualifizierung des Personals
- Bedarfsorientierte Weiterentwicklung von Verwaltungs- und Vermittlungsprozessen
- Zusätzliche mündliche Kommunikation bei komplexen Fällen



Worauf stützt sich die Empfehlung?

Durch fehlende Standardisierung, geringe Nutzung digitaler Tools, Risiken bei Wochenendentlassungen sowie hohen administrativen Belastungen kommt es zu Verzögerungen und erhöhten Versorgungsrisiken im Entlassprozess. Durch standardisierte und digital unterstützende, frühzeitige Entlassplanung können diese Risiken verringert werden.



5 Standardisierte Evaluation des Entlassprozesses



Ebene

Krankenhaus



Auf einen Blick



Zielgruppe

Krankenhäuser



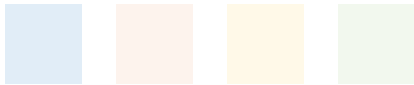
Wirkung

Prozessqualität und Patient*innensicherheit sichern und steigern, Entlassstandards und Entlassprozesse gezielt und datenbasiert weiterentwickeln



Beitrag zu

Qualitätssicherung, Erkennung von Schnittstellenproblemen, kontinuierlicher Verbesserung des Entlassprozesses



Standardisierte Evaluation des Entlassprozesses



Warum ist das wichtig?

Der Entlassprozess wird in vielen Krankenhäusern kaum oder gar nicht systematisch evaluiert, sodass belastbare Daten zu Qualität, Schnittstellenproblemen und Patient*innenzufriedenheit fehlen und Verbesserungspotenziale ungenutzt bleiben.



Was soll erreicht werden?

Regelmäßige, praktikable und standardisierte Evaluation des Entlassprozesses zur gezielten Stärkung der Prozessqualität, der Versorgungskontinuität und der Patient*innensicherheit sowie der Weiterentwicklung bestehender Standards und Prozesse.



Was empfehlen wir?

- Entlassprozess regelmäßig und strukturiert evaluieren
- Evaluation des Entlassprozesses im Qualitätsmanagement verankern
- Rückmeldungen von Patient*innen, An- und Zugehörigen und Nachversorger*innen systematisch einbeziehen



Worauf stützt sich die Empfehlung?

Trotz gesetzlicher Vorgaben wird der Entlassprozess häufig nur unzureichend evaluiert. Um Schnittstellenprobleme zu erkennen und Entlassprozesse dauerhaft zu verbessern, ist ein standardisiertes Entlassmanagement allerdings unerlässlich.

6

Leicht verständliche Patient*innenbriefe



Ebene

Krankenhaus



Auf einen Blick



Zielgruppe

Krankenhäuser



Wirkung

Verständlichere
Entlassinformationen
und klarere
Orientierung für
Patient*innen und An-
und Zugehörige



Beitrag zu

Verbesserter
Gesundheits-
kompetenz,
höherer
Patient*innen-
zufriedenheit und
-sicherheit



Leicht verständliche Patient*innenbriefe



Warum ist das wichtig?

Fachsprachlich formulierte Entlassdokumente sind für viele Patient*innen und An- und Zugehörige schwer verständlich, was Verunsicherung bestärkt und die Qualität der Nachsorge sowie der Gesundheitskompetenz beeinträchtigen kann.



Was soll erreicht werden?

Leicht verständliche Patient*innenbriefe sollen zentrale Informationen zu Diagnose, Behandlung und nächsten Schritten klar und laienverständlich vermitteln und damit die Gesundheitskompetenz, Adhärenz und Sicherheit im Umgang mit der eigenen Erkrankung stärken.



Was empfehlen wir?

- Ergänzende, leicht verständliche Patient*innenbriefe einführen
- Individuelle nächste Schritte (Kontrollen, Nachsorge, Verhalten, Ansprechstellen) konkret und verständlich in den Entlassdokumenten darstellen
- Zuständigkeiten für die Erstellung und fachliche Qualitätssicherung festlegen



Worauf stützt sich die Empfehlung?

Für viele Patient*innen und An- und Zugehörige sind die Entlassdokumente aufgrund der Fachsprache nur schwer verständlich, was zu Unsicherheit im weiteren Behandlungsverlauf führen kann. Laienverständliche Entlassdokumente haben wissenschaftlich bewiesen positive Effekte auf Verständnis und Gesundheitskompetenz der Patient*innen.

7

Fallbezogene Koordination komplexer Nachsorgebedarfe durch Case Management



Ebene

Übergang



Auf einen Blick



Zielgruppe

Krankenhäuser,
Pflege- und
Sozialdienste,
Kommunen,
niedergelassene
Ärzt*innen,
Pflegestützpunkte



Wirkung

Versorgungslücken
reduzieren,
kontinuierliche
Nachsorge stärken,
Zuständigkeiten
transparent
koordinieren



Beitrag zu

Versorgungs-
kontinuität,
Zusammen-
arbeit,
Patient*innen-
orientierung



Fallbezogene Koordination komplexer Nachsorgebedarfe durch Case Management



Warum ist das wichtig?

Nach der Krankenhausentlassung ist eine kontinuierliche Begleitung insbesondere für ältere, multimorbide oder pflegebedürftige Menschen häufig nicht sichergestellt. Unklare Zuständigkeiten und fehlende Koordination zwischen den beteiligten Akteur*innen erschweren den Übergang in die häusliche Versorgung. Bestehende Unterstützungsangebote werden bislang nicht konsequent genutzt.



Was soll erreicht werden?

Patient*innen mit komplexem Nachsorgebedarf sollen frühzeitig erkannt und bedarfsgerecht begleitet werden. Durch eine fallbezogene Koordination sollen Unterstützungsangebote miteinander verknüpft, Zuständigkeiten transparent gestaltet und Versorgungslücken nach der Entlassung vermieden werden.



Was empfehlen wir?

- Case-Management-Bedarfe frühzeitig erkennen und bereits zu Beginn des Krankenhausaufenthalts prüfen
- Pflegestützpunkte und Beratungsangebote bedarfsgerecht in die Entlassplanung einbeziehen
- Koordinationsfunktionen wie Gesundheitslots*innen oder Community Health Nurses gezielt einsetzen
- Vorhandene regionale Unterstützungsangebote systematisch in die Nachsorge einbinden



Worauf stützt sich die Empfehlung?

Patient*innen wünschen sich eine verlässliche Ansprechperson für den Übergang vom Krankenhaus in die häusliche Versorgung. Case Management, Gesundheitslots*innen und Community Health Nurses können geeignete Ansätze für die fallbezogene Begleitung komplexer Nachsorgebedarfe sein.

8

Ausbau telemedizinischer Leistungen in ländlichen Regionen



Ebene

Nachversorgung



Auf einen Blick



Zielgruppe

Krankenhäuser,
niedergelassene
Ärzt*innen,
Gesundheitsnetz-
werke



Wirkung

Verbesserter Zugang
zu Fachärzt*innen,
kürzere Wege und
Wartezeiten, Stärkung
der wohnortnahen
Versorgung



Beitrag zu

Verbesserung der
Erreichbarkeit medi-
zinischer Versorgung,
Ergänzung von Versor-
gungsangeboten,
Stärkung regionaler
Versorgungsstrukturen



Ausbau telemedizinischer Leistungen in ländlichen Regionen



Warum ist das wichtig?

In ländlichen Regionen erschweren lange Wege, Wartezeiten und ein begrenztes Angebot an Fachärzt*innen häufig den Zugang zu spezialisierter medizinischer Versorgung. Dies kann die Behandlungsqualität beeinträchtigen und eine kontinuierliche Versorgung erschweren, insbesondere bei Menschen mit chronischen oder multimorbiden Erkrankungen.



Was soll erreicht werden?

Telemedizinische Angebote sollen dazu beitragen, fachärztliche Beratung und Versorgung auch in ländlichen Regionen zeitnah verfügbar zu machen. Räumliche Distanzen sollen überbrückt, Wartezeiten verkürzt und die wohnortnahe Versorgung sinnvoll ergänzt werden.



Was empfehlen wir?

- Telemedizinische Angebote dauerhaft in bestehende Versorgungspfade integrieren
- Klare Absprachen zwischen den beteiligten Versorgungsakteur*innen treffen
- Digitale Gesundheitskompetenz von Fachkräften sowie Patient*innen gezielt stärken



Worauf stützt sich die Empfehlung?

Telemedizinische Angebote bieten die Möglichkeit, den Zugang zu medizinischer Versorgung in ländlichen Regionen zu verbessern. Sie können den Zugang zu fachärztlicher Beratung erleichtern und die Zusammenarbeit der an der Versorgung Beteiligten unterstützen. Dabei werden sie als sinnvolle Ergänzung bestehender Versorgungsangebote verstanden.



Ebene

Nachversorgung



Auf einen Blick



Zielgruppe

Kommunen, Landkreise,
Nachversorger*innen,
Gesundheitsdienste,
niedergelassene
Ärzt*innen, Politik,
Verkehrsverbünde



Wirkung

Verbesserter Zugang zu
wohnortnaher
Nachversorgung,
Zusammenarbeit stärken,
bessere Abstimmung,
weniger Versorgungs-
und Informationslücken



Beitrag zu

Kontinuierlicher
Versorgung, Stärkung
regionaler Versor-
gung, Entlastung von
Patient*innen, Zu- und
Angehörigen,
Krankenhäusern



Multidisziplinäre Versorgungsstrukturen



Warum ist das wichtig?

Große Entfernungen, eingeschränkte Mobilität und wenig vernetzte Versorgungsangebote erschweren in ländlichen Regionen häufig den Zugang zur Nachversorgung. Unklare Zuständigkeiten und begrenzte Ressourcen können zusätzlich zu Versorgungslücken führen und Patient*innen, An- und zugehörige sowie Krankenhäuser belasten.



Was soll erreicht werden?

Patient*innen sollen einen verlässlichen Zugang zu wohnortnahen Nachversorgungsangeboten erhalten. Durch die bessere Vernetzung ärztlicher, pflegerischer, therapeutischer und sozialer Angebote sowie die frühzeitige Einbindung niedergelassener Praxen soll eine bedarfsgerechte Nachversorgung ermöglicht werden.



Was empfehlen wir?

- Regionale Versorgungsstrukturen stärken und bündeln
- Hausärzt*innen und Therapeut*innen frühzeitig einbinden
- Bedarfsgerechte, wohnortnahe Therapie- und Rehabilitationsversorgung sicherstellen
- Versorgungsassistent*innen gezielt zur Koordination der Nachversorgung einsetzen
- Ausbau mobiler Versorgungsangebote und Mobilitätslösungen



Worauf stützt sich die Empfehlung?

Kurze Wege, gute Zusammenarbeit und früh eingebundene Praxen erleichtern die Nachversorgung. Lange Wege, schlechte Mobilität und fehlende Abstimmung erschweren den Zugang zu Behandlung und Pflege. Eine wohnortnahe und gut abgestimmte Versorgung nach dem Krankenhaus wird als wichtiger Baustein für eine gute Gesundheit beschrieben.

10 Bürger*innenbeteiligung, Bedarfserhebung sowie Prävention und Aufklärung



Ebene

Nachversorgung



Auf einen Blick



Zielgruppe

Kommunen, Landkreise,
Gesundheitsämter,
Träger der Gesundheits-
förderung



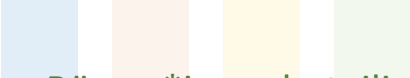
Wirkung

Bedarfsgerechte
regionale Gesundheits-
angebote, Bürger*innen
aktiv in die Gesundheits-
versorgung einbeziehen,
Gesundheitskompetenz
und Prävention stärken



Beitrag zu

Bedarfsgerechter
Gesundheitsplanung,
Gesundheitskom-
petenz und Eigenver-
antwortung,
nachhaltiger
Präventionsarbeit



Bürger*innenbeteiligung, Bedarfserhebung sowie Prävention und Aufklärung



Warum ist das wichtig?

Wenn regionale Bedarfe und vorhandene Ressourcen nicht ausreichend bekannt sind, wird eine bedarfsgerechte Gesundheitsplanung erschwert. Gleichzeitig werden Bürger*innen bislang nur punktuell in die Weiterentwicklung der Gesundheitsversorgung einbezogen und Präventions- sowie Aufklärungsangebote häufig nicht langfristig verankert



Was soll erreicht werden?

Regionale Gesundheitsangebote sollen sich stärker an den tatsächlichen Bedarfen der Bevölkerung ausrichten und Bürger*innen kontinuierlich in kommunale Planungsprozesse einbeziehen. Langfristig verankerte Präventions- und Aufklärungsangebote sollen Gesundheitskompetenz, Eigenverantwortung und aktive Beteiligung an gesundheitsbezogenen Entscheidungen stärken.



Was empfehlen wir?

- Regionale Bedarfe erfassen
- Niedrigschwellige Beteiligungsformate etablieren und die Bürger*innen kontinuierlich mit einbeziehen
- Kommunale Gesundheits- und Entwicklungsstrategien für Gesundheitsplanung und Prävention nutzen
- Präventions- und Aufklärungsangebote frühzeitig fördern und langfristig verankern



Worauf stützt sich die Empfehlung?

Formate wie Wunschboxen, Gesundheits- und Aktionstage sowie lokale Gesundheitskonferenzen stärken Beteiligung und Transparenz. Früh geförderte Gesundheitskompetenz, dauerhaft verankerte Prävention und sichtbarere Unterstützungsangebote sind zentrale Voraussetzungen für eine langfristig starke Versorgung.

11

Regionale Gesundheitsnetzwerke und Koordinierungsstellen



Ebene

Nachversorgung



Auf einen Blick



Zielgruppe

Kommunen,
Landkreise, Krankenhäuser, niedergelassene Ärzt*innen, Pflege- und Sozialdienste, Gesundheitsämter, Kassenärztliche Vereinigungen, Politik



Wirkung

Bessere Zusammenarbeit der Versorgungsakteur*innen, dauerhaft verankerte Koordination, effizientere Nutzung regionaler Versorgungsangebote



Beitrag zu

Regionaler Koordination der Gesundheitsversorgung, nachhaltiger, patient*innenzentrierter Versorgung, Versorgungstransparenz



Regionale Gesundheitsnetzwerke und Koordinierungsstellen



Warum ist das wichtig?

In ländlichen Regionen fehlen vielerorts verlässliche Netzwerk- und Koordinationsstrukturen. Das führt zu parallelen Strukturen, unklaren Zuständigkeiten und fehlender Transparenz über Versorgungsangebote, vorhandene Ressourcen werden nicht effizient genutzt. Bestehende Netzwerke sind häufig personenabhängig und dadurch langfristig nur begrenzt abgesichert.



Was soll erreicht werden?

Regionale Gesundheitsnetzwerke sollen ausgebaut, verstetigt und durch institutionell verankerte Koordinierungsstellen unterstützt werden. Ziel sind Transparenz, bessere regionale Abstimmung, effiziente Ressourcennutzung und weniger Parallelstrukturen. Feste Ansprechpersonen, klare Zuständigkeiten und regelmäßige Austauschformate sollen die Zusammenarbeit stärken.



Was empfehlen wir?

- Regionale Gesundheitsnetzwerke ausbauen und absichern
- Institutionell verankerte Koordinierungsstellen mit festen Ansprechpersonen schaffen
- Regelmäßige Austauschformate der Akteur*innen etablieren
- Gesundheitsnetzwerke als verbindliche Plattform für die Weiterentwicklung der Versorgung nutzen
- Netzwerk- und Koordinierungsstrukturen personell und finanziell langfristig absichern



Worauf stützt sich die Empfehlung?

Koordinierte Netzwerke, feste Ansprechpersonen und kurze Wege stärken die Zusammenarbeit. Dauerhaft verankerte Koordinierungsstellen, regelmäßiger Austausch, sowie personelle und finanzielle Absicherung sind zentrale Voraussetzungen.

AUTOR*INNEN UND INSTITUTE

Hochschule Stralsund

Prof. Dr. rer. pol. Ivonne Honekamp

Anne Petereit, M. Sc.

Chiara Kleinschmidt, M. Sc.

Valerie Bühler, M. Sc.

Lena Kesselberg, M. Sc.

Hochschule Neubrandenburg

Prof. Dr. rer. medic. Stefan Schmidt

Jann Niklas Vogel, M. Sc.

Hanna Hilgenhof, B. Sc.

Förderung

Das Projekt NAHVERSORGT – Na@hversorgt in der Region wurde vom 01. Oktober 2023 bis zum 30. September 2026 mit Mitteln des Innovationsausschusses beim Gemeinsamen Bundesausschuss unter dem Förderkennzeichen 01VSF23038 gefördert.

Hinweis zu den Abbildungen

Die in dieser Broschüre verwendeten Abbildungen wurden mithilfe Künstlicher Intelligenz (KI) erstellt und dienen ausschließlich der beispielhaften Veranschaulichung der Handlungsempfehlungen.

IMPRESSUM

Herausgeber

Projekt NAHVERSORGT

Projektleitung und Kontakt

Prof. Dr. rer. pol. Ivonne Honekamp

Hochschule Stralsund

Zur Schwedenschanze 15

18435 Stralsund

E-Mail: ivonne.honekamp@hochschule-stralsund.de

Layout und Formatierung

Hochschule Stralsund

Stand

Stralsund, 2026

Lizenz

Diese Broschüre und ihre Inhalte stehen unter der **Creative-Commons-Lizenz CC BY-NC-ND 4.0** (Namensnennung – Nicht kommerziell – Keine Bearbeitungen).

Weitere Informationen zu den Handlungsempfehlungen, wissenschaftliche Publikationen sowie Informationen zum Projekt finden Sie auf unserer Website und unserem LinkedIn-Profil.



Na**©**hversorgt in der Region



HOST
Hochschule Stralsund



**HOCHSCHULE
NEUBRANDENBURG**
University of Applied Sciences



**Gemeinsamer
Bundesausschuss**
Innovationsausschuss