

Walther/Timm (Hrsg.)

Digitale Gesundheitsregionen

Praxishandbuch für regionale und nachhaltige Versorgungsnetzwerke

Leseprobe



Gesundheitswesen in der Praxis

Walther/Timm (Hrsg.)
Digitale Gesundheitsregionen

Digitale Gesundheitsregionen

Praxishandbuch für regionale und nachhaltige Versorgungsnetzwerke

Herausgegeben von

Prof. Dr. Philipp Walther

Prof. Dr. Lars Timm

Mit Beiträgen von

Christine Asel-Helmer

Christine Becker

Marit Derenthal

Florian Deumeland

Dr. Markus Fuchslocher

Andrea Gentzsch

Lisa Gräbe

Annika Griefahn

Dipl. med. Olaf Haberecht

Melanie Hartmann

Dr. Katharina Hennig

Dr. h. c. Helmut Hildebrandt

Dr. Reiner Hofmann

Sven Klimpel

Dr. Albrecht Kloepfer

Frank Kühl

Verena Kühn

Anne Lieder

Gudrun Liß

Dr. Robert Percy Marshall

Otto Melchert

Dr. Michael Meyer

Moritz Mumme

Prof. Dr. Dr. Konrad Obermann

Dr. Uwe K. Preusker

Nicholas Rosen

Dr. Andreas Rühle

Peter Salathe

Thomas Schlampp

Dr. Alexander Schuch

Christine Schweden

Dr. Benedikt Simon

Christian Steinfeld

Sebastian Stremming

Prof. Dr. Lars Timm

Sebastian Vorberg

Prof. Dr. Philipp Walther

Anne Wiesmann

Bibliografische Informationen der Deutschen Nationalbibliothek

Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über <http://dnb.d-nb.de> abrufbar.

Bei der Herstellung des Werkes haben wir uns zukunftsbewusst für umweltverträgliche und wiederverwertbare Materialien entschieden.

Der Inhalt ist auf elementar chlorfreiem Papier gedruckt.

ISBN 978-3-86216-997-9

© 2024 medhochzwei Verlag GmbH, Heidelberg

www.medhochzwei-verlag.de

Dieses Werk, einschließlich aller seiner Teile, ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung außerhalb der engen Grenzen des Urheberrechtsgesetzes ist ohne Zustimmung des Verlages unzulässig und strafbar. Dies gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Übersetzungen, Mikroverfilmungen und die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen.

Satz: Reemers Publishing Services GmbH, Krefeld

Umschlaggestaltung: kreativmedia KONZEPTION & DESIGN, Hückelhoven

Druck: ADverts printing house, Riga

Titelbild: Pakhnyushchy/Shutterstock.com; GIGISTOCK/Shutterstock.com

Vorwort

Worin bestehen die aktuellen Herausforderungen im deutschen Gesundheitssystem?

„Die aktuellen Herausforderungen im deutschen Gesundheitssystem bestehen unter anderem in der Bewältigung des demografischen Wandels, der steigenden Kosten, dem Fachkräftemangel und der Digitalisierung im Gesundheitswesen. Insgesamt stehen das deutsche Gesundheitssystem und seine Akteure vor der Herausforderung, diese verschiedenen Aspekte zu bewältigen und eine nachhaltige, qualitativ hochwertige und zugängliche Gesundheitsversorgung für alle Bürgerinnen und Bürger sicherzustellen. Dies erfordert eine enge Zusammenarbeit zwischen Politik, Krankenkassen, Gesundheitseinrichtungen und anderen Akteuren im Gesundheitswesen.“

Diese etwas gekürzte Antwort stammt von der wohl bekanntesten generativen künstlichen Intelligenz ChatGPT. Sie hätte jedoch auch aus einer von vielen Einleitungen von Abschlussarbeiten an deutschen Hochschulen im Bereich des Gesundheitsmanagements stammen können; Und dies bereits vor zehn Jahren oder mehr. Die Herausforderungen scheinen sich in den letzten Jahren und Jahrzehnten kaum geändert zu haben. Sie stellen jedoch nun keine Prognose mehr dar, sondern sie sind in der täglichen Gesundheitsversorgung bereits angekommen. Ergänzen sollte man an dieser Stelle Pandemien, kriegerische Auseinandersetzungen und Migration, die die Gesundheitsversorgung vor weitere Herausforderungen stellt.

Wagen wir einmal exemplarisch einen Blick in den äußersten Nordwestens Deutschlands nach Ostfriesland und schauen wir uns die dortige Versorgungssituation an. Es handelt sich um einen peripher-ländlichen Raum, der durch Landwirtschaft und Tourismus geprägt ist und zu dem als Besonderheit jedoch sieben Nordseeinseln zählen. Zukünftig werden auch die gigantischen Offshore-Windparks in der Deutschen Bucht eine wichtige Rolle spielen. Bereits seit einiger Zeit ist dort ein Zentralklinikum geplant, welches die drei kleineren Krankenhäuser in kommunaler Trägerschaft ablösen soll. Die Versorgungssituation im

vertragsärztlichen Bereich sieht derzeit nach dem Versorgungsgrad noch gut aus und auch die stationäre und pflegerische Versorgung scheint gesichert. Diese Situation lässt sich in vielen Regionen in Deutschland vorfinden.

Ein Blick in die nähere Zukunft lässt die Situation in einem anderen Licht erscheinen. Die Kassenärztliche Vereinigung Niedersachsen prognostiziert einen Versorgungsgrad bereits im Jahre 2035 von 75 % und auch die Krankenhäuser können nur mit einer hohen Zahl an Leihkräften betrieben werden. Die Nachfrageseite wird zum einen durch die demografische Entwicklung bestimmt, die zudem durch einen Zuzug älterer Menschen verstärkt wird. Die Versorgungssituation wird demnach durch den hohen Anteil älterer Menschen verschärft, die mit einer höheren Inanspruchnahme ärztlich-pflegerischer Leistungen einhergeht. Betrachtet man zudem noch den Bericht zur Kindergesundheit im Einschulungsalter von 2021 in Emden, so fällt der Anteil von 8 % adipöser Kinder in der Schuleingangsuntersuchung auf.

Spätestens jetzt wird offensichtlich, dass eine Extrapolation des Status quo nicht machbar sein wird. Fachkräfte in allen Versorgungsbereichen werden sich nicht im ausreichenden Maße ersetzen lassen und auch die Gesundheitsversorgung muss neu gedacht werden. Das klassische medizinisch-pflegerische Versorgungssystem muss durch neue und nachhaltige Versorgungsstrukturen und -netzwerke modernisiert bzw. ersetzt werden. Es bedarf einer grundlegenden Neuausrichtung der Gesundheitsversorgung, die sozial, präventiv, intersektoral, multiprofessionell und digitalisiert erfolgen muss und die einer ergebnisorientierten sowie datenbasierten Steuerung und Organisation bedarf.

Der Anfang in der Krankenhausversorgung scheint gemacht. Hier wird durch die die zahlreichen Reformvorschläge der Regierungskommission eine zentralisierte und spezialisierte Versorgung möglich sein. Das große Bild für digitale Gesundheitsregionen mit neuen Versorgungsstrukturen durch neue Berufsbilder und die Zusammenarbeit in multiprofessionellen Teams, Prävention und Gesundheitsförderung, Patientensteuerung und Zugang zu Versorgung, Steigerung der Gesundheitskompetenz in der Bevölkerung sowie nicht zuletzt die Möglichkeiten der Digitalisierung und Einsatz künstlicher Intelligenz scheint sich jedoch noch nicht zu erschließen.

Doch wer arbeitet an diesem großen Bild, welches sich für jede Region individuell darstellt? Krankenhäuser, Kassenärztliche Vereinigungen, Öffentliche Gesundheitsdienste, Krankenkassen oder Kommunen? Diese Frage kann und sollte nicht pauschal beantwortet werden. Im ostfriesischen Praxisbeispiel wird die zukünftige Gesundheitsversorgung durch einen Ansatz des „Health in all Policies“ unter kommunaler Federführung im Rahmen eines gemeinnützigen Vereins und einer Planungs- und Entwicklungsgesellschaft orchestriert. Durch den Einsatz von telemedizinisch-gestützten Community Health Nurses, Gesundheitskiosken und Primärversorgungszentren soll eine kontinuierliche Versorgungs-



Inhaltsverzeichnis

<i>Vorwort</i>	V
<i>Abkürzungsverzeichnis</i>	XI
Teil 1 Gesundheitsregionen als nachhaltige Versorgungsnetzwerke	1
1.1 Integrierte Versorgung in Deutschland: Kipppunkt erreicht? (<i>Becker/Hennig/Hofmann/Fuchslocher/Kloepfer/Meyer</i>) . .	3
1.2 Strukturverzeichnis der Versorgung: Datenbasis für die Bedarfsplanung und Vernetzung in Gesundheitsregionen (<i>Obermann</i>)	15
1.3 Der Patient als neuer Leistungserbringer (<i>Vorberg</i>)	27
1.4 Qualitätsmanagement bei der Etablierung von regionalen Versorgungsnetzwerken – reichen Kennzahlen aus? (<i>Asel-Helmer</i>)	37
1.5 Kommunikation im Gesundheitswesen: Patientenorien- tierung ist die Basis – digital, regional und menschlich (<i>Kühn/Deumeland</i>)	49
1.6 Sicherstellung der ambulanten und stationären Versor- gung in der Fläche (<i>Melchert</i>)	63
Teil 2 Digitale Versorgungslösungen und Patientenportale	79
2.1 Herausforderung der intersektoralen Zusammenarbeit auf Basis der digitalen Reife der Gesundheitssektoren (<i>Wiesmann</i>)	81
2.2 Digitalisierungsgrad von Gesundheitsregionen – Konzep- tion eines Scoring-Modells für regionale Versorgungs- netzwerke (<i>Schuch/Timm/Walther</i>)	91

2.3	Stadt.Land.Patientenportal – die Rolle eines Patientenportals (<i>Salathe</i>)	105
Teil 3	Digitale Gesundheitsregionen als regionale und nachhaltige Versorgungsnetzwerke	123
3.1	Digitale Gesundheitsregionen – am Beispiel des Aufbaus digitaler ländlicher Gesundheitskioske mit telemedizinischer Anwendung (<i>Hildebrandt/Mumme</i>)	125
3.2	Regionale, integrierte und digitale Versorgungsnetzwerke am Beispiel eines Telemedizinentrums zur Herzinsuffizienz mit Anbindung an Implantat-Datenbanken (<i>Liß/Simon</i>)	137
3.3	Bessere Versorgung durch Digitalisierung – Organisation und Arbeitsweise der finnischen Gesundheitszentren (<i>Preusker</i>)	149
3.4	Regionales Versorgungszentrum: das Modellprojekt Niedersachsen (<i>Rühle</i>)	159
3.5	Die norddeutschen Halligen machen vor, wie die Digitalisierung im ländlichen Raum sinnvoll zum Einsatz kommt (<i>Hartmann/Lieder/Schweden</i>)	175
3.6	Plankrankenhaus, MVZ, Arztpraxen und AOP-Zentrum – horizontale und vertikale Vernetzung in einem orthopädischen Cluster (<i>Kühl/Timm</i>)	187
3.7	Regional, digital, partizipativ – lokales Vernetzungsmanagement am Beispiel der Region Ostfriesland (<i>Schlampp/Walther</i>)	197
3.8	(Digitale) Fachkräftestrategien für peripher-ländliche Regionen am Beispiel Ostfrieslands und Oberfrankens (<i>Gentzsch/Walther</i>)	209
3.9	Nutzen und Auswirkungen der hybriden physiotherapeutischen Versorgung in der Pilotregion Berlin/Brandenburg (<i>Griefahn/Klimpel/Marshall</i>)	219
3.10	Pilotprojekt Essen.Health.X: Digitalisierung und Vernetzung des Gesundheitswesens in Essen (<i>Rosen/Steinfeld/Stremming</i>)	227
3.11	Netzwerken und Digitalisierung – der Ausbau eines gesundheitsförderlichen Versorgungszentrums (<i>Derenthal/Haberecht/Gräbe/Nodurft/Szelei-Simon</i>)	233
	<i>Herausgeber- und Autorenverzeichnis</i>	241



Teil 1 Gesundheitsregionen als nachhaltige Versorgungsnetzwerke

Integrierte Versorgung in Deutschland: Kipppunkt erreicht?

Christine Becker/Dr. Katharina Hennig/Dr. Reiner Hofmann/Dr. Markus Fuchslöcher/
Dr. Albrecht Kloepfer/Dr. Michael Meyer

1	Ausgangslage	1
2	Herausforderungen kommunaler Daseinsvorsorge	2 – 9
3	Herausforderungen meet Realität: VERSORGT am ORT (VaO)	10 – 16
4	Herausforderungen bei der Integration moderner Therapiekonzepte in die Regelversorgung	17 – 27
5	Herausforderungen integrierter Digitalisierungskonzepte in der Umsetzung	28 – 37
6	Epilog	38 – 42
	Literatur	

Abstract: In den letzten Jahren und ganz besonders mit der begonnenen Diskussion zur Klinikreform hat auch die Frage nach bestmöglicher intersektoraler, interprofessioneller und interdisziplinärer Zusammenarbeit in Deutschland an Dynamik gewonnen. Weder für Mediziner noch für Patienten sind heutige Silobildungen sinnvoll, noch können damit spürbare Verbesserungen in der Patient Journey erzielt werden. Das Autorenkollektiv versucht daher, Wege aufzuzeigen, die für alle Beteiligten Vorteile bieten und – ohne einzelne Akteure ins Abseits zu stellen – und die den Optionenraum medizinischer Versorgung erweitern. Das dabei auch Digitalisierungsfragen eine Rolle spielen, versteht sich fast von selbst.

1 Ausgangslage

- 1 Noch vor kurzem schien es, als wäre die Diskussion um intersektorale, interdisziplinäre und interprofessionelle Versorgungskonzepte so festgefahren, dass eine Umsetzung innovativer und vor allen Dingen patientenorientierter Präventions-, Diagnostik-, Therapie- und Nachsorgeideen zwar von vielen Akteuren gewünscht, eine Umsetzung aber allenfalls halbherzig betrieben wurde. Mit der Verfügbarkeit sicherer digitaler Infrastrukturen und Applikationen, zunehmend aufgeklärten Patienten und auch immer aufgeschlosseneren, sicher auch stärkerem ökonomischem Druck unterliegenden, ambulanten und stationären Versorgern scheint sich dies nun rasant zu ändern. Immer neue Versorgungsidee entstehen, Erprobungen finden statt und auch der Gesetzgeber zeigt sich gesetzgeberischen Notwendigkeiten gegenüber offen. Dennoch liegt die Tücke oft im Detail. Die folgenden Darstellungen beschäftigen sich deshalb mit Machbarkeiten und zeigen zugleich exemplarische Lösungswege auf, mit denen Integrierte Versorgungskonzepte zügig umsetzbar werden.

2 Herausforderungen kommunaler Daseinsvorsorge

- 2 Unter Kommunalpolitikern ist man zunehmend verunsichert, ob denn „Gesundheit“ zur kommunalen Daseinsvorsorge gehört, denn Pflichtaufgabe ist es nicht und als „freiwillige“ Aufgabe können sich nur vermögende Städte und Landkreise diesem Themenspektrum kreativ widmen. Einige Gemeindetage bzw. Städte- und Gemeindebünde raten ihren Mitgliedskommunen sogar von jedem Engagement zu Gesundheitsthemen ab und verweisen auf die Kassenärztliche Vereinigung und die Krankenhäuser. Die Städtetage und Landkreistage zeigen sich toleranter, denn ihre Mitglieder sind ja bereits für Gesundheitsämter und Krankenhäuser sowie für das Rettungswesen zuständig.
- 3 Noch vor zwei Jahren herrschten Unverständnis und Ignoranz, wenn im Gespräch mit Vertretern des Gesundheitswesens darauf hingewiesen wurde, dass eine wohnortnahe Gesundheitsversorgung nicht nur *in* den Kommunen stattfindet, sondern nur mit ihnen möglich ist. Jetzt, wo angesichts von Finanzierungsproblemen, v. a. aber wegen des Personalbedarfs die etablierten Institutionen des Gesundheitswesens am Ende ihrer Möglichkeiten angekommen sind, werden Kommunen als weitere Akteure für sinnvoll erachtet. Es ist nachvollziehbar, dass das bei den kommunalen Spitzenverbänden für Unmut sorgt.
- 4 Bürgermeister sehen sich besonders in den ländlich geprägten und peripheren Regionen gefordert, aktiv zu werden. Da, wo auch der Bedarf an innovativen Ansätzen für die medizinische Versorgung am größten ist und wo von sich aus noch weniger Ärzte zur Niederlassung bereit sind, da bräuchten die Kommunen am ehesten Unterstützung durch ihre Interessenvertretungen und die Koope-

rationsbereitschaft durch KV, Kassen und Landespolitik – auch um des sozialen Friedens willen.

Zu den Herausforderungen in diesen Regionen gehören neben dem Politikum des Kommunalrechts die geografische Lage der Kommune und – in Verbindung damit – die räumliche Distanz zu den Standorten medizinischer Fakultäten und akademischer Lehrkrankenhäuser. Grundsätzlich ist auch für die Daseinsvorsorge ein akademisch geprägtes und weltoffenes Klima ein wichtiger Standortvorteil, was besonders für bestimmte Regionen in Ostdeutschland zur Herausforderung für die Zukunft der Gesundheitsversorgung geworden ist. Aber auch das berufsständische Selbstverständnis der Ärzteschaft erschwert den Weg zu pragmatischen Lösungen, zu denen die Kommunen bereit sind. In den Regionen, in denen Bürgermeister – eher notgedrungen – Genossenschaften zum Betrieb hausärztlicher MVZ gründen, fehlen professionell organisierte und im guten Sinn des Wortes unternehmerische Ärztenetze; teilweise gibt es keine aktiven Qualitätszirkel mehr und seit den Bereitschaftsdienstreformen fehlt der Anlass für Ärztestammtische. In manchen Landkreisen weigern sich zudem niedergelassene Ärzte, mit den Führungskräften des privatwirtschaftlich betriebenen Krankenhauses zusammenzuarbeiten, weil sie nicht die Erfahrung von Kollegialität und Partnerschaft machen. Hinzu kommt ein Mentalitätsproblem bei Kommunalpolitikern, in der Ärzteschaft und in Teilen der Bevölkerung, denn immer noch begegnet man der Meinung, man müsse nur erst wieder genug Ärzte vor Ort haben, dann könne man sich immer noch um „Digitalisierung“ kümmern.

In manchen Gemeinden realisieren Bürgermeister, dass weder die Praxen mit sehr vielen Scheinen (teilweise 1.800 und mehr) noch die mit sehr wenigen Scheinen (500 bis 800) für Nachwuchsärzte attraktiv sind. In vielen Fällen wurde schon länger nicht mehr in Praxisräume investiert und die technische Ausstattung ist auch nicht auf dem neuesten Stand. Daher nutzen Bürgermeister kommunalrechtlich akzeptierte Fördermöglichkeiten wie die zur Stadtplanung und Innenstadtlebung sowie Mittel für die Stärkung der Infrastrukturen in ländlichen Regionen, um zumindest attraktive Ärztehäuser vorweisen zu können.

Die Forderungen des Referentenentwurfs zur Umsetzung des Koalitionsvertrags der Bundesregierung trifft die kommunale Welt aus unterschiedlichen Gründen noch relativ unvorbereitet. Bislang ging es in deren Gremien entweder um Krankenhäuser oder um Gesundheitsämter – oder um die Bekämpfung der Pandemie. Sie haben sich in ihren Sozialausschüssen kaum mit dem Konzept der Primärversorgung und ihren Implikationen an Interprofessionalität befasst. Eine bessere Organisation der ambulanten Pflege und deren Zusammenarbeit mit Hausärzten war bislang wahrscheinlich auch kaum Thema. Was Fachlichkeit in der beruflichen Pflege eigentlich alles bedeutet und welches Potenzial darin schlummert, wurde völlig vom Primat des Hausarztes überlagert. Das Versorgungs- und Entlassmanagement wird bisher in kaum einem Sozialausschuss und in ganz wenigen Gesundheits(wirtschafts)regionen auf der Tagesordnung gewesen



Teil 2 Digitale Versorgungslösungen und Patientenportale

Herausforderung der intersektoralen Zusammenarbeit auf Basis der digitalen Reife der Gesundheitssektoren

Anne Wiesmann

1	Die digitale Reife der stationären und ambulanten Leistungserbringer	1 – 6
1.1	Übersicht der digitalen Reife deutscher Krankenhäuser.....	1 – 4
1.2	Die digitale Reife im ambulanten Sektor	5, 6
2	Auswirkungen der Maßnahmen aus dem KHG zur Verbesserung des Informationsaustausches im intersektoralen Bereich	7 – 20
2.1	Deep Dive Patientenportale.....	9 – 11
2.2	Auswirkungen durch die Maßnahmen im Rahmen der Telematikinfrastruktur	12
2.3	Auswirkungen auf die intersektorale Zusammenarbeit durch KIM	13 – 15
2.4	Möglichkeiten der digitalen intersektoralen Zusammenarbeit hinsichtlich regionaler Versorgungsnetzwerke	16 – 20
3	Fazit	21, 22
	Literatur	

Abstract: Die Digitalisierung der Gesundheitsversorgung wurde in den vergangenen Jahren durch unterschiedliche Gesetzgebungen und Maßnahmen innerhalb der einzelnen Sektoren fokussiert. Dabei wird u. a. das Ziel der Verbesserung der Qualität der Patientenversorgung durch Verbesserung der Informationsweitergabe zwischen den Leistungserbringern angestrebt. Mit Blick auf die regionale Versorgung der Patienten und unter Berücksichtigung des Status quo der digitalen Reife der einzelnen Sektoren sowie der Umsetzungsschritte einzelner Vorhaben werden die Herausforderungen zur intersektoralen Zusammenarbeit beleuchtet.

1 Die digitale Reife der stationären und ambulanten Leistungserbringer

1.1 Übersicht der digitalen Reife deutscher Krankenhäuser

- 1 Der DigitalRadar Krankenhaus hat mit der weltweit ersten nationalen Messungen des digitalen Reifegrades von Krankenhäusern aufgezeigt, in welchen Bereichen die Schwächen der Durchdringung von digitalen Prozessen in der stationären Versorgung liegen.
- 2 Die 2021 durchgeführten Selbstauskunftserhebung von insgesamt 1.624 deutschen Einrichtungen der stationären Versorgung unterteilt sich, wie in Abbildung 1 dargestellt, in 7 Dimensionen.

DigitalRadar Krankenhaus

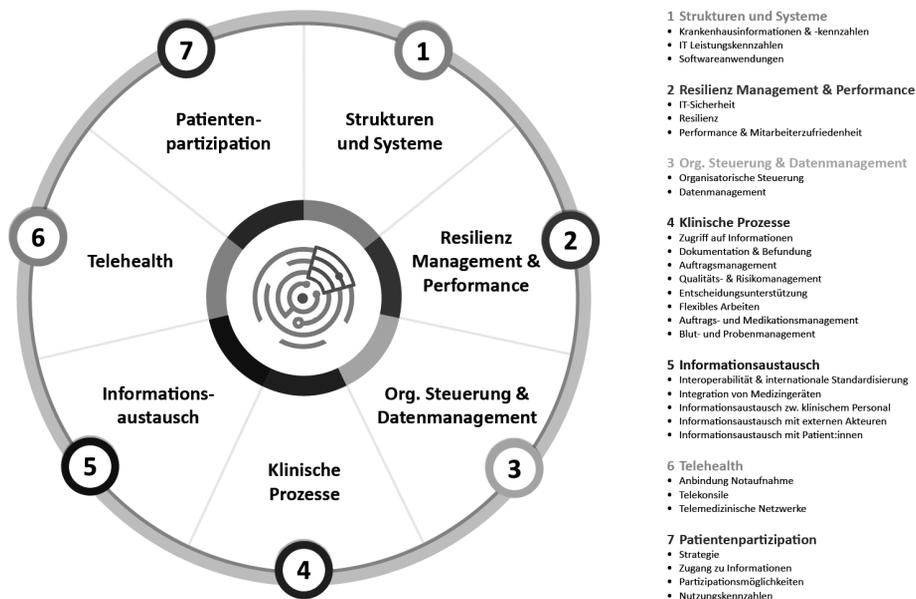


Abb. 1: Darstellung der DigitalRadar Dimensionen und Subdimensionen

Quelle: Amelung et al. 2022.

- 3 Jede der aufgezeigten Dimensionen ist im Weiteren aufgegliedert in Unterdimensionen, die es ermöglichen, die Ergebnisse weiter aufzuschlüsseln. Somit gibt es neben dem übergeordneten Ergebnis des DigitalRadar Scores, der im Durchschnitt bei 33 Punkten (von möglichen 100) liegt, eine weitere Differenzierung der Ergebnisse, die eine Orientierung für die einzelnen Krankenhäuser gibt, in welchen Bereichen

diese weniger gute Ergebnisse erzielt haben und in welchen Bereichen sie bereits gut aufgestellt sind. Neben dem durch das Konsortium entwickelten Bewertungssystem wurde auch das bereits im Vorfeld bestehende Reifegradmodell EMRAM der HIMSS hinzugezogen. Dadurch war es möglich, den einzelnen Teilnehmenden eine prognostizierte EMRAM-Einstufung aufzuzeigen.

Die 2022 veröffentlichte Analyse des Konsortiums DigitalRadar zeigt, dass die größten Herausforderungen innerhalb der Digitalisierung des stationären Bereiches vor allem in den Dimensionen Informationsaustausch, Telehealth und Patientenpartizipation zu suchen sind. Die Dimension Informationsaustausch schneidet mit einem Erfüllungsgrad von 24,1 % ab, Telehealth mit 18 % und das Schlusslicht bildet die Dimension Patientenpartizipation mit 5,3 %. Zusammenfassend kann gesagt werden, dass die Dimensionen, die einen Austausch außerhalb der krankenhausinternen Strukturen ermöglichen müssen, bisher den geringsten Reifegrad im Zusammenhang mit der Digitalisierung aufweisen (Amelung et al. 2022). 4

1.2 Die digitale Reife im ambulanten Sektor

Eine vergleichbare Messung des digitalen Reifegrades im Bereich der ambulanten Gesundheitsstrukturen gibt es aktuell nicht. Allerdings gibt das PraxisBarometer Digitalisierung 2022 einen guten Einblick, welche Herausforderungen aus Sicht der niedergelassenen Vertragsärzte hinsichtlich des weiteren Fortschritts im Rahmen der Digitalisierung im ambulanten Sektor bestehen. Grundsätzlich geben 80 % der Arztpraxen an, dass die Patientendokumentation nahezu komplett oder mehrheitlich digitalisiert ist. Im Vergleich zum Vorjahr ist dies eine Steigerung um 7 %. Gleichzeitig liegt allerdings der Anteil der (nahezu) komplett in Papierform stattfindenden Kommunikation mit Krankenhäusern bei knapp 60 % – die mehrheitlich in Papierform stattfindende Kommunikation liegt bei 26,8 % (KBV 2023). 5

In der Befragung geben 67,9 % der 2.500 Befragten an, dass aus ihrer Sicht der Hauptnutzen für einen externen digitalen Austausch im Erhalt der Entlassbriefe liegt. Der hohe Anteil an bereits digital stattfindender Patientendokumentation spricht dafür, dass die Voraussetzungen in den Praxen bereits weit fortgeschritten sind (KBV 2023). 6

2 Auswirkungen der Maßnahmen aus dem KHG zur Verbesserung des Informationsaustausches im intersektoralen Bereich

Mit zuversichtlichem Blick auf die durch das KHZG (Krankenhauszukunftsgesetz) hervorgerufenen Ergänzungen des KHG (Krankenhausfinanzierungsgesetz) im Jahr 2020 und die dadurch ins Leben gerufenen Projekte, die mit 7



Teil 3 Digitale Gesundheitsregionen als regionale und nachhaltige Versorgungsnetzwerke

Digitale Gesundheitsregionen – am Beispiel des Aufbaus digitaler ländlicher Gesundheitskioske mit telemedizinischer Anwendung

Dr. h.c. Helmut Hildebrandt/Moritz Mumme

1	Gesundheitskioske und Gesundheitsregionen	1 – 6
2	Welche Bedeutung hat Telemedizin für Gesundheitskioske und -regionen?	7 – 15
3	Wie setzen wir Telemedizin in Gesundheitskiosken und -regionen um?	16 – 28
3.1	Fachlicher Kontext Telemedizin im Gesundheitskiosk.	17 – 20
3.2	Der Weg zu den Wirkungszielen Telemedizin im Gesundheitskiosk	21 – 28
4	Fazit	29, 30
	Literatur	

Abstract: Gerade in ländlichen Regionen und solchen mit bestehender oder drohender Unterversorgung kann Telemedizin eine wichtige Rolle spielen. Als Ort für die Durchführung eignen sich Gesundheitskioske, die Teil regionaler Vernetzungen sind und im Rahmen von Gesundheitsregionenverträgen nach dem Gesundheitsversorgungsstärkungsgesetz aufgebaut werden. Der Artikel beschreibt, wie eine solche Lösung gestaltet werden kann, ausgehend von den Bedürfnissen der Bevölkerung und der lokalen Versorgenden. Die Aufgabe ist, sowohl lokale als auch nicht lokale Leistungserbringer flexibel in einen gemeinsamen Telemedizin-Pool einzubinden. Essenziell sind der richtige ärztliche Anwendungsbereich und die Anpassungsfähigkeit der telemedizinischen Leistungen im Gesundheitskiosk. Um dies zu erreichen, sind mehrere Wirkungs- und Leistungsziele, wie u. a. auch die Eigenanwendung durch Patienten, notwendig, die hier beschrieben werden.

1 Gesundheitskioske und Gesundheitsregionen

- 1 Das Gesundheitsversorgungsstärkungsgesetz (aktuell zur Druckfassung dieses Beitrags im Dezember 2023 als Referentenentwurf vorliegend) sieht für Kommunen und Landkreise eine stärkere Verantwortung und Aufgaben in der Gesundheitsversorgung und der Prävention von Erkrankungen vor.
- 2 Zu den Gesundheitskiosken (neu: § 65g SGB V) findet sich eine prägnante Zusammenfassung bei (Klose 2022, S. 46):

„In einem Gesundheitskiosk werden Patienten besonders niedrigschwellig in allen Fragen zur Gesundheit, Gesundheitsförderung und ihrer sozialen Situation beraten – und das in vielen verschiedenen Sprachen, ausgerichtet auf die Bevölkerungsstruktur in den jeweiligen Stadtteilen. Das Kioskpersonal kommt aus Gesundheits- und Sozialberufen und bereitet zum Beispiel Arztbesuche vor und nach, aktiviert die Versicherten zu mehr Selbstmanagement und vermittelt medizinische und soziale Hilfe im Stadtteil. Dieses Modell eignet sich klassischerweise für den urbanen Raum, doch auch für den ländlichen Raum gibt es Möglichkeiten für diese Versorgungsstruktur, orientiert an den jeweiligen Bedarfen in der Region.“
- 3 Richtig ausgerichtet und incentiviert kann ein Gesundheitskiosk durch die Einbettung in ein Gesundheitsnetzwerk aus medizinischen und sozialen Versorgungsstrukturen dazu beitragen, dass Menschen – vor allem in sozioökonomisch benachteiligten ländlichen wie städtischen Regionen – ihre Chancen auf gute Gesundheit verbessern. Mittel- und langfristig können sie damit die eigene Krankheitshäufigkeit verringern und verursachen gleichzeitig weniger Kosten für das Gesundheits- und Sozialwesen.
- 4 Allerdings reichen Gesundheitskioske allein nicht aus, um Gesundheitsförderung umfassend umzusetzen. Das Konzept muss ganzheitlich in ein multisektorales Netzwerk eingebettet werden – mit den Ebenen Fallberatung und -steuerung (Case und Care Management) sowie Organisation von Überleitungsprozessen (Systemmanagement). Gleichzeitig muss der Kiosk bzw. das Gesundheitsnetzwerk an bereits bestehende Konzepte und Angebote im Sozialraum angebunden werden, zum Beispiel an Vernetzungsstellen Frühe Hilfen, Präventionsketten, integrierte kommunale Strategien, kommunales Förderprogramm des GKV-Bündnisses für Gesundheit, Pflegestützpunkte etc.
- 5 Der Zulauf der Menschen zum Gesundheitskiosk kann aus verschiedenen Richtungen geschehen. Zum einen können sie von niedergelassenen Ärzten oder nahegelegenen sozialen Einrichtungen an den Kiosk verwiesen werden, wenn ein Beratungs- und Unterstützungsbedarf über die medizinische Versorgung hinaus besteht. Umgekehrt können Kioskmitarbeiter auch an Ärzte und soziale Einrichtungen zuweisen, wenn durch das Case Management ein zusätzlicher Unterstützungsbedarf in der medizinischen Versorgung oder im psychosozialen Bereich ermittelt wird. Zum anderen gehen Klienten auf eigene Initiative in den Kiosk, wenn sie diesen bei



Ein Praxishandbuch für alle Gesundheitsakteure in suburbanen und peripher-ländlichen Regionen mit zahlreichen Beispielen für digitale, regionale und nachhaltige Versorgungsnetzwerke.

Die Versorgungslandschaft in Deutschland ändert sich durch die aktuelle Gesetzgebung und Marktveränderungen derzeit vor allem im Krankenhausbereich grundlegend. Eine innovativere Veränderung wird sich vor allem durch das Gesundheitsversorgungsstärkungsgesetz (GVSG) ergeben.

Die Idee von Gesundheitsregionen ist nicht neu, gleichwohl zeigt sich – wie so oft – die Lücke zwischen Theorie und Umsetzung sowie vor allem der Finanzierung. Bei einer Vielzahl von auf unterschiedliche Art geförderten Projekten blieb es bei temporären Ansätzen. Nun ändert sich dies zugunsten nachhaltiger hybrider und interprofessioneller Versorgungsstrukturen. Das GVSG wird diesen Prozess durch die Themen Gesundheitskiosk, Primärversorgungszentren und Gesundheitsregionen noch weiter beschleunigen.

Die Gesundheitsversorgung muss im Sinne von regionalen und digitalen Versorgungsnetzwerken nachhaltig neu gedacht, gestaltet, finanziert und gesteuert werden. Das vorliegende aktuelle Praxishandbuch geht auf die geänderten Rahmenbedingungen ein und zeigt die Herausforderungen für peripher-ländliche Regionen auf. Die Herausgeber und Autoren befassen sich mit den Möglichkeiten der Organisation und Voraussetzungen für erfolgreiche nachhaltige Versorgungsnetze, gehen auf Herausforderungen und Chancen digitaler Versorgungslösungen ein und beschreiben konkrete Projekte digitaler Gesundheitsregionen, aus denen sich Lösungsansätze und Erfahrungen für künftige Versorgungsnetze ableiten lassen.

Die Herausgeber:



Dr. Philipp Walther ist Gesundheitsökonom und Professor für Gesundheitsmanagement an der Hochschule Fresenius. Er ist zudem als Advisor von nationalen und internationalen Gesundheitsinstitutionen tätig. Im internationalen Kontext liegt sein Schwerpunkt auf telemedizinischen Versorgungskonzepten vornehmlich in den Ländern Zentralasiens. In Deutschland beschäftigt er sich mit der Transformation von Versorgungsstrukturen in ländlich-peripheren Regionen. Zudem ist er Initiator und Mitgründer des gemeinnützigen Vereins „Gesundes Ostfriesland e. V.“.



Dr. Lars Timm ist Professor an der Hochschule Fresenius und leitet im Fachbereich onlineplus den Studiengang Management im Gesundheitswesen (B. A.). Er war zuletzt als Chief Operating Officer für die ATOS Gruppe GmbH & Co. KG in München tätig. Er wirkt seit mehr als zwanzig Jahren in verschiedenen Managementfunktionen für Krankenhäuser und lehrte nebenberuflich als Dozent mit dem Schwerpunkt Gesundheitsmanagement. Als Rettungssanitäter fährt er immer noch aktiv im Einsatzdienst.

www.medhochzwei-verlag.de

 medhochzwei

Leseprobe

ISBN 978-3-86216-997-9



9 783862 169979

€ 65,00 (D)