

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-

kaskade etabliert werden und der Zugang der Bevölkerung soll durch ein regionales Gesundheitsportal erfolgen.

Hier erfolgt eine bewusste Orientierung an dem sich derzeit in der Diskussion befindlichen Gesundheitsversorgungsstärkungsgesetz (GVSG), um im Rahmen der vorgegebenen Regulatorik die notwendige zügige Realisierung gewährleisten zu können. Das GVSG zielt auf unterversorgte oder von Unterversorgung bedrohte Regionen ab. Dies bleibt noch im Detail zu definieren, da es sich nicht nur auf die medizinische Versorgung durch einen Versorgungsgrad beziehen kann. Das Gesetz sieht dann ein sogenanntes niedrigschwelliges Beratungsangebot für Prävention und Behandlung mit Gesundheitskiosken vor. Um den Herausforderungen vor allem in der hausärztlichen Versorgung in ländlichen und strukturschwachen Regionen zu begegnen und auch die Möglichkeit der Versorgung durch multiprofessionelle Teams zu fördern, sollen Primärversorgungszentren gebildet werden. Zudem soll es schlussendlich die Möglichkeit geben, Gesundheitsregionen zu bilden, um Versorgungsnetzwerke und -strukturen zu bilden und zu steuern.

Das GVSG in Kombination mit der Krankenhausreform würde damit die Voraussetzungen schaffen, die klassische intersektorale ambulant-stationäre Versorgung durch eine auf die regionale Population und Versorgungsdurchgängigkeit abzielende Versorgungsstruktur von Gesundheitskiosk, Primärversorgungszentrum, Level 1i-Krankenhäusern oder auch Regionalen Gesundheitszentren gesteuert durch ein Gesundheitsregionmanagement abzulösen. Dies würde zudem positive Implikationen auf das Thema Fachkräftemangel haben, da hier attraktive Aufgabenfelder in multiprofessionellen Teams entstehen und sich neue Berufsbilder wie die Community Health Nurse oder der Physician Assistant etablieren werden.

Viele Gesundheitsakteure in den Regionen haben die Entwicklungen bereits seit einiger Zeit erkannt und vertrauen nicht mehr nur auf die klassische Versorgungsstrukturen. Neben den vielerorts geförderten Gesundheitsregionen hat sich eine Vielzahl von innovativen regionalen Ansätzen in verschiedenen kleineren und größeren Netzwerken und Versorgungsansätzen entwickelt. Entscheidend ist, dass es sich nicht nur um eines der geförderten Projekte handelt, da Projekte definitionsgemäß zeitlich begrenzt sind. Die Zeit der Umsetzung und des (nachhaltigen) Handelns und Gestaltens scheint in Anbetracht der Entwicklungen gekommen zu sein. Nach der Definition in Niedersachsen soll im Folgenden unter einer Region „ein zielgerichteter Zusammenschluss von auf der Ebene des Landkreises oder der kreisfreien Stadt tätigen Akteurinnen und Akteuren des Gesundheitswesens sowie anderen Bereichen der regionalen Daseinsvorsorge“ verstanden werden.

Das vorliegende aktuelle Praxishandbuch möchte diesen Entwicklungen und der Entstehung neuer Versorgungsstrukturen und -netzwerke in Gesundheitsregionen Rechnung tragen. In allen Gesundheitsregionen spielt die Digitalisierung eine entscheidende Rolle und ist an vielen Stellen der Enabler für (auch in Teilen frugale) Innovationen. Die Herausgeber und Autoren befassen sich mit den

Finanzierungsmöglichkeiten und weiteren Voraussetzungen für erfolgreiche nachhaltige Versorgungsnetze, gehen auf Herausforderungen und Chancen digitaler Versorgungslösungen ein und beschreiben zehn konkrete Projekte digitaler Gesundheitsregionen, aus denen sich Lösungsansätze und Erfahrungen für künftige Versorgungsnetze ableiten lassen.

Das Praxishandbuch gliedert sich hierbei in drei Hauptteile. Im ersten Teil geht es im Wesentlichen um die Entstehung von Gesundheitsregionen sowie der Wandlung und dem Übergange der klassischen Versorgungsstrukturen. Der zweite Teil konzentriert sich auf die digitalen Versorgungslösungen und die Möglichkeiten von Gesundheitsportalen. Im dritten Teil betrachten wir die Gesundheitsregionen als regionale und nachhaltige Versorgungsnetzwerke.

Wir freuen uns, dass durch die namhaften und anpackenden Autoren ein spannendes Praxishandbuch zu digitalen Gesundheitsregionen entstanden ist und bedanken uns herzlich für die Beiträge. Wir hoffen, dass das vorliegende Praxishandbuch Ihnen interessante Einblicke in digitale Gesundheitsregionen und Projekte bietet, und wünschen Ihnen damit eine spannende Lektüre.

All up Stee!

Hamburg, Januar 2024

Philipp Walther
Lars Timm

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 Telemedizinzentrums 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

Digitalisierungsgrad von Gesundheitsregionen – Konzeption eines Scoring-Modells für regionale Versorgungsnetzwerke

Dr. Alexander Schuch/Prof. Dr. Lars Timm/Prof. Dr. Philipp Walther

1	Strukturwandel in der Gesundheitsversorgung	1 – 3
2	Regionale Versorgungsnetzwerke	4, 5
3	Digitalisierungsgrad regionaler Versorgungsnetzwerke	6 – 9
4	Digitalisierungsgrad stationäre Versorgung	10, 11
5	Digitalisierungsgrad ambulante Versorgung	12
6	Digitalisierungsgrad Öffentliches Gesundheitswesen	13
7	Digitalisierungsgrad Vernetzungsgrad	14
8	Digitalisierungsgrad am Beispiel der Gesundheitsregion „Gesundes Ostfriesland e. V.“	15 – 21
9	Fazit	22 – 24

Literatur

Abstract: Die Gesundheitsversorgung befindet sich in einem Strukturwandel zu regionalen, intersektoralen und digitalen Gesundheitsregionen. Für die Planung und Steuerung sowie Erfolgsmessung von digitalen Versorgungsnetzwerken ist die regelmäßige Erhebung des Digitalisierungsgrades erforderlich. Aktuell erfolgt eine Erhebung des Digitalisierungsgrades in Krankenhäusern und im Öffentlichen Gesundheitsdienst. In den anderen Bereichen der Gesundheitsversorgung sowie zwischen diesen geschieht dies regelhaft noch nicht. Vor diesem Hintergrund soll im Folgenden ein Scoring-Modell für regionale Versorgungsnetzwerke skizziert werden, welches den Digitalisierungsgrad in den Versorgungsbereichen sowie deren Vernetzungsgrad ermittelt.

1 Strukturwandel in der Gesundheitsversorgung

- 1 Die Versorgungsstrukturen befinden sich in einem lange erwarteten, notwendigen grundlegenden Wandel, der aufgrund einer komplexen Gemengelage u. a. aus den Folgen des demografischen Wandels und strukturellen Fehlanreizen zu einer Über-, Unter- und Fehlversorgung geführt hat und weiterhin führen wird. Im Fokus der Diskussionen steht zumeist die (stationäre) Versorgung durch Krankenhäuser, doch zeigen sich auch in der vertragsärztlichen Versorgung entsprechende Herausforderungen. Schon jetzt können Vertragsarztsitze zum Teil nur sehr schwierig besetzt werden, was durch die Altersstruktur der Vertragsärzte noch weiter verschärft wird. In Teilen des Landes Niedersachsen beispielsweise werden von der Kassenärztlichen Vereinigung bis 2035 zum Teil hausärztliche Versorgungsgrade von lediglich 40 bis 50 % prognostiziert. Somit stellt sich auch zukünftig die berechtigte Frage nach der Sicherstellung der haus- und fachärztlichen Versorgung vor allem in ländlichen Regionen (Timm/Walther 2023a). Die Situation sieht auch in weiteren Bereichen der Gesundheitsversorgung wie der Pflege oder der Notfallversorgung ähnlich aus. War der Fachkräftemangel bereits schon seit einiger Zeit im Rettungswesen offensichtlich, so zeigen sich nicht zuletzt auch durch das Notfallsanitätergesetz (Not-SanG) weitere aktuelle Engpässe in der Besetzung der Rettungsmittel (Timm/Walther 2023b).
- 2 Die aktuellen Reformvorschläge der Krankenhauskommission des Bundesgesundheitsministeriums geben hier für Teile der Gesundheitsversorgung einen möglichen strukturellen Rahmen vor, der diesen Entwicklungen Rechnung trägt. Das geplante Versorgungsgesetz adressiert zudem neue Versorgungsstrukturen wie Gesundheitskioske, Gesundheitsregionen und Gesundheitszentren sowie die Möglichkeit der Gründung kommunaler Medizinischer Versorgungszentren (MVZ). Die Ambulantisierung sowie Konzentration und Spezialisierung von Leistungen und die Möglichkeiten der Digitalisierung wie die Telemedizin, die Etablierung neuer Berufsbilder und der Einsatz multiprofessioneller Teams sowie der salutogenetische Ansatz der Gesundheitsförderung und Prävention eröffnen zudem Chancen für eine Erhaltung oder Verbesserung des Gesundheitszustandes der Bevölkerung. Dies kann und wird nur in gesteuerten, vernetzten und digitalisierten Versorgungsstrukturen sinnvoll und möglich sein (Timm/Walther 2023c).
- 3 In einigen Bundesländern wird die Etablierung und Arbeit von Gesundheitsregionen gefördert, die auf dem Regional Governance-Ansatz basieren. Hierbei sollen vor allem die Landkreise eine gestaltende und steuernde Rolle einnehmen. In Niedersachsen wurde beispielsweise bereits 2010 das Modellprojekt „Zukunftsregionen Gesundheit – kommunale Gesundheitslandschaften“ ins Leben gerufen (Gesundheitsregionen Niedersachsen 2021). In Bayern wurde 2015 das Konzept der Gesundheitsregion plus eingeführt, welches eine jährliche Förderung für eine Geschäftsstelle in erster Linie für Personalausgaben vorsieht. Die Arbeit in den

Gesundheitsregionen bezieht sich hierbei aber in erster Linie auf die Organisation von Veranstaltungen und Organisation von Arbeitsgruppen (Bayerisches Staatsministerium für Gesundheit und Pflege 2016). Hinsichtlich der zuvor dargestellten Herausforderung in der Gesundheitsversorgung greift dieser Ansatz jedoch zu kurz und Gesundheitsregionen müssen hier deutlich vernetzter und digitalisierter sowie disruptiv durch regionale Versorgungsnetzwerke gestaltet und gesteuert werden.

2 Regionale Versorgungsnetzwerke

Die Etablierung eines regionalen Versorgungsnetzwerks ist ein möglicher Ansatz, um den komplexen Herausforderungen in der regionalen Gesundheitsversorgung zu begegnen, aber auch eine Möglichkeit, den Krankenhäusern als zentrale Versorgungserbringer und -steuerer eine wirtschaftliche Perspektive zu bieten. Kern von regionalen Versorgungsnetzwerken stellen Regionale Versorgungszentren (RVZ) dar. Zu den zentralen Elementen eines regionalen Versorgungsnetzwerks zählen (Timm/Walther 2023c):

- Strategie und Umsetzungsplanung für eine langfristige regionale Gesundheitsversorgung
- Informelle, organisatorische und digitale Vernetzung aller regionalen Gesundheitsakteure
- Aufbau eines Regionalen Versorgungszentrums (RVZ)
- Zugang zu Prävention und Gesundheitsversorgung über ein regionales Gesundheitsportal
- Telemedizinische Leistungserbringung (regionale Grundversorgung und überregionale Spezialversorgung)
- Professionelles Projektmanagement und operatives Management

Einer der Erfolgsfaktoren regionaler Versorgungsnetzwerke ist die digitale Vernetzung der Gesundheitsakteure, die für die Bevölkerung über verschiedene niederschwellige Zugänge wie regionale Gesundheitsportale zugänglich gemacht werden müssen. Damit ist die Digitalisierung eines der Kernelemente regionaler Versorgungsnetzwerke und muss für Planung und Steuerung sowie die Evaluation messbar gemacht werden.

3 Digitalisierungsgrad regionaler Versorgungsnetzwerke

Zielsetzung einer generellen Erhebung des Digitalisierungsgrades von Gesundheitsregionen ist die Schaffung einer Vergleichbarkeit des Digitalisierungsstandes. Diese erlaubt einerseits die Objektivierung eines Handlungsbedarfes bei Defiziten wie auch die Differenzierung von Best-Practice-Strategien, durch die eine zielge-

richtete und bedarfsorientierte Digitalisierungsstrategie ermöglicht werden kann. (Matusiewicz et al. 2018)

- 7 Für die Betrachtung des Digitalisierungsgrades von Gesundheitsregionen müssen Aspekte der Digitalisierung aller Einzelbereiche der Gesundheitsversorgung betrachtet werden (siehe Abb. 1). In diesem Kontext muss zunächst in die stationäre und ambulante Versorgung unterschieden werden. Die ambulante Versorgung untergliedert sich in diesem Rahmen weiter in die haus- und fachärztliche Versorgung, die ambulante Pflege und Physiotherapie sowie Apotheken und die Notfallversorgung in Form des Rettungsdienstes. Darüber hinaus muss auch das öffentliche Gesundheitswesen in diesem Kontext berücksichtigt werden (Brandhorst et al. 2017). Für eine Digitalisierung sind weiterhin vorhandene regionale Spezifika zu beachten, die eine Anpassung der Digitalisierungsstrategie erfordern können (Beck/Schmid 2017). Für die Digitalisierung ist zudem zu betrachten, welche Strukturen eine intersektorale Zusammenarbeit über diese Bereiche hinaus erlauben. In diesem Rahmen muss die Schaffung und Nutzung von Versorgungsnetzwerken evaluiert werden (Bönisch 2017). Darüber hinaus stellt der Patient einen wichtigen Baustein in der Umsetzung einer Digitalisierungsstrategie dar (Bauer et al. 2020), sodass die Partizipationsmöglichkeiten der Patienten durch die Digitalisierung in der Gesundheitsregion in der Erhebung eines Digitalisierungs-scorings berücksichtigt werden sollten.

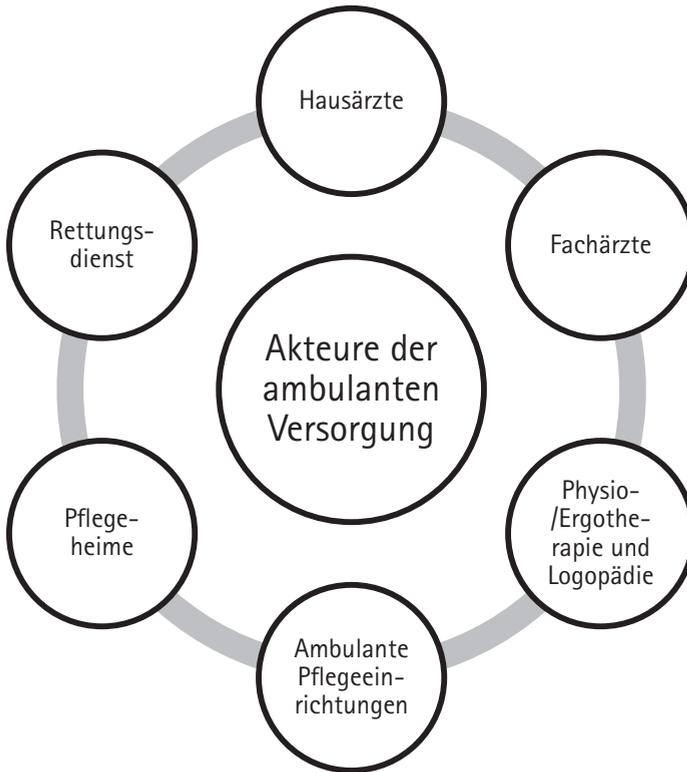


Abb. 1: Übersicht ambulanter Versorgungsstrukturen

Quelle: Eigene Darstellung.

Aufbauend auf diesen Grundlagen ist für die Gestaltung einer Evaluationsbasis eine Definition von Indikatoren erforderlich, über die ein Rückschluss auf den Digitalisierungsgrad des Einzelakteures möglich ist (Demary/Goecke 2021). Anhand dieser Einzelrückmeldungen kann infolgedessen ein Score für den jeweiligen Bereich und folglich auch für die gesamte Region errechnet werden. Für den Bereich der stationären Versorgung besteht mit der Erhebung von DigitalRadar bereits ein Ansatz zur Evaluation des Digitalisierungsstandes (DigitalRadar Krankenhaus Konsortium 2021) wie auch für das Öffentliche Gesundheitswesen mit der Initiative Gesundheitsamt 2025 (Eymann et al. 2023a). Ergänzend hierzu sollen Aspekte der Versorgung basierend auf Nutzungsinformationen digitaler Leistungsangebote erfasst werden. Neben der digitalen Reife der Institutionen ist eine gesonderte Betrachtung der Vernetzung unter Betrachtung der Nutzung telemedizinischer Netzwerke, digitaler Datenübertragung und technischer Ausstattung vorgesehen.

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

Beratungs- und Unterstützungsbedarf als erste Anlaufstelle wahrnehmen. Die Fachkräfte im Gesundheitskiosk übernehmen dann vielfältige Aufgaben im Rahmen des Care und Case Managements. Das kann von der Vor- und Nachbereitung von Arztgesprächen über Therapieempfehlungen bis zu Vermittlungsangeboten und zielgerichteter Fallberatung und Fallsteuerung gerade für chronisch Erkrankte mit multikomplexen Problemlagen reichen. Auch organisierte Veranstaltungen zu Gesundheits- und Sozialthemen sowie Präventionsleistungen können im Gesundheitskiosk angeboten werden. Immer relevanter werden auch Peer-to-Peer-Angebote, bei denen beispielsweise migrationspezifische Themen von Peergroups geleitet werden und damit authentisch an die Zielgruppe vermittelt werden können.

Während der Gesundheitskiosk noch eher einrichtungsbezogen denkt, löst sich 6
der Gesetzgeber bei den Gesundheitsregionen (neu: § 140b SGB V) von einem Bezug auf Einrichtungen. Hier steht die regional koordinierende Initiative im Vordergrund, die auf Prävention, Gesundheitsförderung und Versorgungsoptimierung ausgerichtet ist. Gesundheitskioske und Primärversorgungszentren können Versorgungselemente einer solchen Region sein. Ziel einer Gesundheitsregion ist es, den Gesundheitszustand und die Gesundheitschancen der dort lebenden Bevölkerung zu verbessern und gleichzeitig die Kosten zu senken. Landkreise und Krankenkassen verhandeln gemeinsam, investieren auch in den Start gemeinsam und einigen sich auf gemeinsame Ziele und die möglicherweise daraus entstehende Investitionsplanung, die ggf. auch von Dritten übernommen werden kann.

2 Welche Bedeutung hat Telemedizin für Gesundheitskioske und -regionen?

„Im aktuellen Gesundheitssystem ist primär die Bekämpfung der Krankheit bzw. deren Symptome incentiviert, nicht aber eine vorbeugende Vermeidung oder frühzeitiges Erkennen von Gefährdungen und darauf aufbauend, entsprechende Maßnahmen zur Erhaltung der Gesundheit. [...] Mit der Einführung einer regionalen Metaebene oberhalb der einzelnen Leistungserbringer begegnet der Entwurf der Herausforderung, dass erfolgsorientierte Geschäftsmodelle kaum auf der Ebene der einzelnen Leistungserbringer möglich sind.“ (Gambke/Hildebrandt/Ostwald 2023, S. 34) 7

OptiMedis hatte 2017 bis 2019 im Rahmen eines durch den Innovationsfonds geförderten Projekts den ersten Gesundheitskiosk in Deutschland aufgebaut und ist aktuell an dem Betrieb von Gesundheitskiosken an mehreren Standorten beteiligt bzw. plant die Inbetriebnahme weiterer. Im Folgenden werden zwei prototypische Beispiele für ländliche und städtische Kioske kurz dargestellt. 8

Gesundes Landleben – 4 Gesundheitskioske in der Dorfgemeinschaft Seltenrain bei Urleben, im Unstrut-Hainich-Kreis 9

- Für den Aufbau und die Umsetzung haben die Stiftung Landleben und OptiMedis am 7. Oktober 2022 eine gemeinsame Gesellschaft gegründet – die

Bessere Versorgung durch Digitalisierung – Organisation und Arbeitsweise der finnischen Gesundheitszentren

Dr. Uwe K. Preusker

1	Grundidee und Arbeitsweise der Gesundheitszentren in Finnland	1 – 7
2	Zugangswege für die Patienten – analog und digital	8 – 10
3	Organisation des Notfall- und Rettungsdienstes	11 – 13
4	Digitalisierung der Gesundheitsversorgung	14 – 22
5	Maisa – Beispiel für eHealth-Services für Patienten	23, 24

Literatur

Abstract: Die medizinische Grundversorgung der Bevölkerung ist in Finnland die Aufgabe der Gesundheitszentren. Ursprünglich von den Kommunen oder kommunalen Zusammenschlüssen betrieben, befinden sie sich seit Anfang 2023 in der Trägerschaft von insgesamt 22 Gesundheits- und Sozialregionen sowie der Stadt Helsinki. In der Arbeit der Gesundheitszentren spielt die Digitalisierung bereits seit vielen Jahren eine wichtige Rolle. So spielen die 2007 in Finnland flächendeckend eingeführte elektronische Patientenakte sowie das seit 2008 landesweit genutzte eRezept eine zentrale Rolle in der Versorgung ebenso wie in der Vernetzung der verschiedenen Versorgungsbereiche. Doch Digitalisierung bedeutet in Finnland weit mehr: Digitale Patientenkontakte per Videosprechstunde, digitale Plattformen, über die Patienten mit dem Gesundheitszentrum in Verbindung treten können und z. B. eine Ersteinschätzung von gesundheitlichen Beschwerden erfolgen kann, sind Beispiele dafür. Im Mittelpunkt des digitalen Gesundheitssystems steht dabei „Kanta“, eine digitale Plattform, auf der die zentralen Informationen sowohl für die Health Professionals als auch die Patienten zusammenlaufen.

1 Grundidee und Arbeitsweise der Gesundheitszentren in Finnland

- 1 Die medizinische Grundversorgung der Bevölkerung ist in Finnland seit 1972 die gesetzlich vorgeschriebene Aufgabe von Gesundheitszentren (vgl. zu diesem Abschnitt Keskimäki 2019, S. 101 ff. sowie Preusker 2019, S. 5.). Im dreistufigen Gesundheitsversorgungssystem Finnlands stellen sie die ortsnahe ambulante und bis zu einem bestimmten Level auch allgemeinärztlich-stationäre gesundheitliche Grundversorgung sicher. Ursprünglich von den Kommunen oder kommunalen Zusammenschlüssen betrieben, befinden sie sich seit Anfang 2023 in der Trägerschaft von insgesamt 22 Gesundheits- und Sozialregionen sowie der Stadt Helsinki. Die weiteren Versorgungsstufen des finnischen Gesundheitssystems sind die ambulante und stationäre spezialärztliche Versorgung, die in Krankenhäusern erfolgt, sowie die hochspezialisierte Versorgung durch die fünf finnischen Universitätskliniken.
- 2 Der Begriff „Gesundheitszentrum“ (finnisch: Terveyskeskus) bezeichnet dabei als zusammenfassender Begriff die Einrichtungen zur gesundheitlichen Primärversorgung in einem bestimmten regional abgegrenzten Bereich. Zu einem solchen Gesundheitszentrum gehören mehrere Standorte, in denen die eigentliche Versorgung erfolgt. Diese Standorte werden in Finnland als „Gesundheitsstation“ (terveysasema) bezeichnet. Insgesamt existieren in Finnland derzeit 130 Gesundheitszentren mit insgesamt 510 Standorten. So gibt es in der Stadt Helsinki neben der Zentrale insgesamt 23 Standorte im gesamten Stadtgebiet. Finanziert werden die Gesundheitszentren seit Anfang 2023 über staatliche Zuweisungen, deren Höhe sich nach der jeweiligen Bevölkerungszahl und der Krankheitslast richtet.
- 3 Grundsätzlich sind Gesundheitszentren für die Versorgung der Bevölkerung im regionalen Einzugsbereich zuständig. Allerdings haben die Einwohner das Recht, anstelle des regional zuständigen Gesundheitszentrums ein anderes Zentrum für ihre gesundheitliche Versorgung auszuwählen.
- 4 In diesen Gesundheitszentren wird sowohl die medizinische Akutversorgung der Bevölkerung in leichten und mittelschweren Fällen übernommen als auch die laufende Versorgung von chronisch Kranken sichergestellt. Hierzu verfügen die Gesundheitszentren auch über die Ausstattung für die Basisdiagnostik wie etwa Röntgenaufnahmen. Labordiagnostik wird dabei in der Regel gemeinsam mit den regionalen Krankenhäusern in einem zentralen Labor erbracht. Außerdem bieten die Gesundheitszentren zahnärztliche Versorgung an.
- 5 Dabei arbeiten in solchen Gesundheitszentren typischerweise Allgemeinärzte, Internisten und Kinderärzte, Zahnärzte und in sehr großen Einrichtungen auch weitere Fachrichtungen. Wesentliche Teile der Aufgaben in Gesundheitszentren übernehmen Pflegekräfte, die zum Teil auch Spezialisierung vor allem zur Versorgung chronisch Kranker aufweisen (Beispiel Diabetes- und Herz-Kreislauf-Schwernern). Spezialisierte Pflegekräfte bieten dabei auch eigene Sprechstunden

an. Bei Bedarf gibt es auch die Möglichkeit der medizinisch-pflegerische Versorgung von Patienten in den eigenen vier Wänden.

In den Gesundheitszentren werden ebenfalls Vorsorgemaßnahmen sowie Impfungen vorgenommen. Außerdem findet hier auch ambulante Rehabilitation statt. In vielen Regionen sind die Gesundheitszentren außerdem auch für Präventionsangebote zuständig. Die gesundheitliche Betreuung von Säuglingen und Kindern erfolgt durch spezialisiertes Personal, das entweder an Gesundheitszentren oder in Räumen arbeitet, die an Kindergärten oder Schulen angeschlossen sind. 6

Teilweise verfügen die Gesundheitszentren über allgemeinärztlich geleitete eigene kleinere Bettenabteilungen. Hier werden vor allem Patienten mit gesundheitlichen Problemen versorgt, die ständige Beobachtung bzw. Versorgung, aber aktuell keine Behandlung in einem Akutkrankenhaus benötigen – vor allem ältere Menschen mit Mehrfacherkrankungen. Die häufigsten hier behandelten Krankheitsbilder sind Lungenentzündungen und Herzinsuffizienz. Diese Bettenabteilungen dienen damit vor allem zur Beobachtung von akut Erkrankten sowie zur kurzzeitigen Versorgung von chronisch Kranken, soweit keine spezialistische Versorgung im Krankenhaus erforderlich ist. Außerdem werden sie auch für die kurzzeitige Nachsorge nach schwereren Operationen etc. sowie für die Erbringung von Rehabilitationsleistungen genutzt. Schließlich werden auch Patienten nach einem akuten Klinikaufenthalt hier versorgt, die auf einen Pflegeplatz warten, weil sie wegen ihres Gesundheitszustandes nicht in die häusliche Umgebung zurückkehren können. 7

2 Zugangswege für die Patienten – analog und digital

Der Erstkontakt zum Gesundheitszentrum erfolgt heute im Regelfall bei akuten gesundheitlichen Problemen, die aber keine Notfälle sind (die Vorgehensweise bei Notfällen wird im nachfolgenden Abschnitt beschrieben), telefonisch, und zwar durch einen Anruf bei einer dafür speziell ausgewiesenen Telefon-Hotline der jeweiligen Gesundheits- und Sozialregion. Dort arbeiten speziell geschulte medizinisch-pflegerische Fachkräfte, die eine sofortige Einschätzung vornehmen, ob unmittelbar ein Besuch im Gesundheitszentrum erforderlich ist. Ist dies der Fall, so wird dem Patienten ein Termin am gleichen oder dem Folgetag zugewiesen. Bei Bedarf kann die Fachkraft des Gesundheitszentrums noch während des telefonischen Erstkontaktes ärztlichen Rat für die Entscheidung über die erforderlichen ersten Behandlungsschritte einholen. 8

Bei eher nicht akuten gesundheitlichen Problemen bieten heute die Gesundheits- und Sozialregionen spezifische interaktive Einschätzungs-Tools an, die über das Internet erreichbar sind. Die dem Patienten sofort zur Verfügung gestellten Ergebnisse dieser Einschätzungs-Tools sind dann die Grundlage für die Veranlassung weiterer Diagnostik und Vergabe von Untersuchungs- oder Behandlungsterminen. 9

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

ISBN 978-3-86216-997-9



9 783862 169979

€ 65,00 (D)