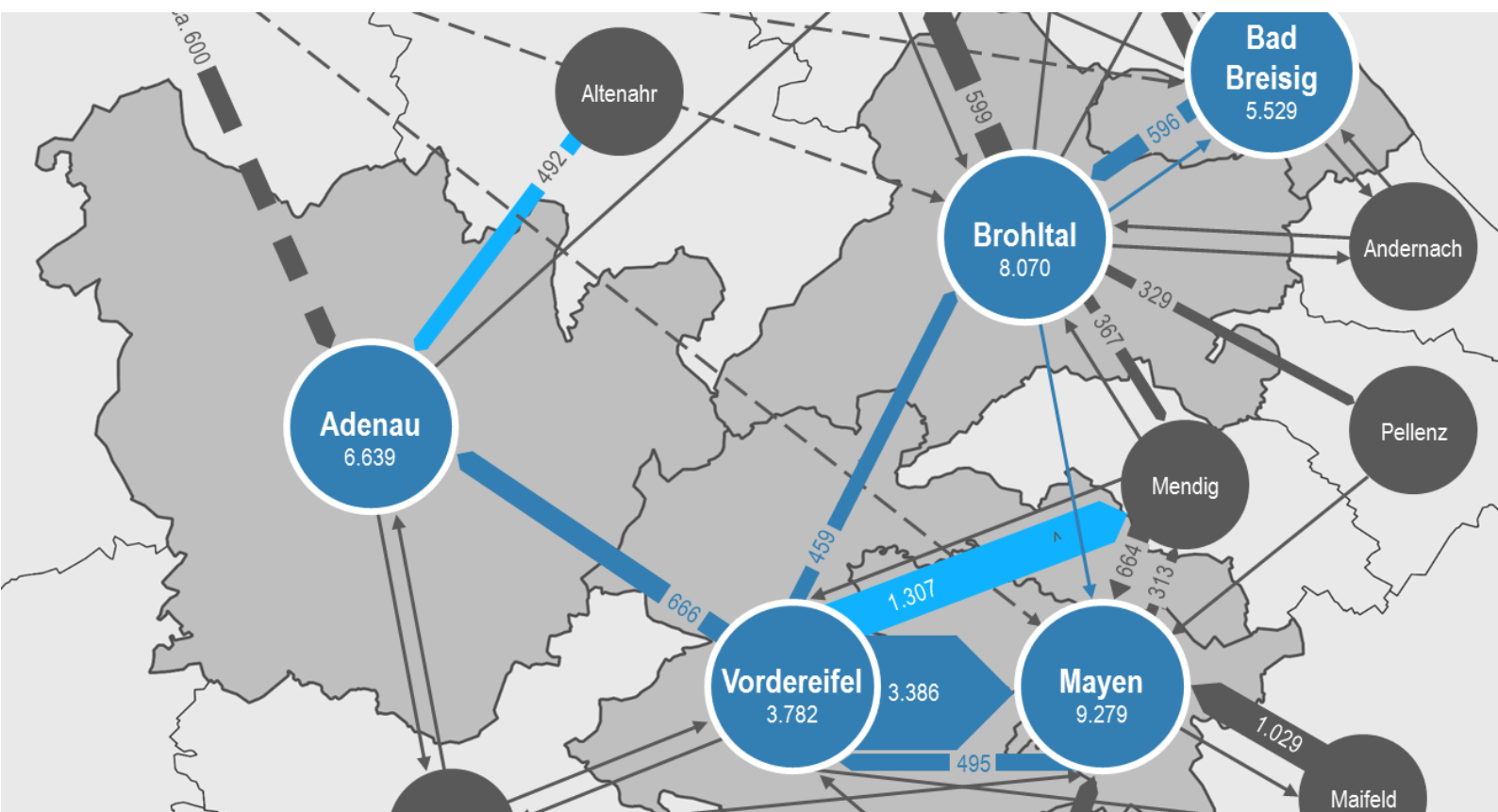




Konzept zur Sicherstellung der ärztlichen Versorgung in der Region Rhein-Eifel

Endbericht

Konzept zur Sicherstellung der ärztlichen Versorgung in der Region Rhein-Eifel

Endbericht



**Institut für
Allgemein-
medizin**



Johann Wolfgang Goethe-Universität, Frankfurt am Main

Quaestio Forschung &
Beratung GmbH
Friesenstraße 17
53175 Bonn
Tel 0228 266 888 0
quaestio-fb.de

Theodor-Stern-Kai 7
60590 Frankfurt
Tel 069 6301 84483
allgemeinmedizin-uni-
frankfurt.de

Ansprechpartner:

Quaestio: Bernhard Faller, Jan Bendler, Jennifer Ritter
Institut für Allgemeinmedizin: Dr. med. Antje Erler

Bonn/Frankfurt a. M., Januar 2020



Die Erstellung dieses Konzepts wird im Rahmen des Entwicklungsprogramms EULLE unter Beteiligung der Europäischen Union und des Landes Rheinland-Pfalz, vertreten durch das Ministerium für Wirtschaft, Verkehr, Landwirtschaft und Weinbau Rheinland-Pfalz, gefördert.

EUROPÄISCHE UNION: Europäischer Landwirtschaftsfonds für die Entwicklung des ländlichen Raums: Hier investiert Europa in die ländlichen Gebiete.

Inhaltsverzeichnis

	Kurzfassung.....	6
1	Hintergrund und Aufgabenstellung.....	8
2	Gesundheitsversorgung in der Region Rhein-Eifel.....	9
2.1	Siedlungs- und Bevölkerungsstrukturen	9
2.2	Demographischer Wandel und sein Einfluss auf Versorgungsbedarfe	10
2.3	Ärztliche Versorgung: Grunddaten und räumliche Verteilung.....	12
2.3.1	Planungsbereiche der ärztlichen Bedarfsplanung.....	12
2.3.2	Struktur der medizinischen Versorgung	14
2.3.3	Altersstruktur der Hausärzteschaft	15
2.4	Patientenmobilität in den Teilräumen der Region Rhein-Eifel	19
2.5	Ableitung und Diskussion eines räumlichen Versorgungsindex.....	21
2.5.1	Versorgung im Status Quo.....	21
2.5.2	Szenario: Wegfall von Hausarztpraxen.....	23
2.5.3	Weitere Szenarien	25
2.6	Zwischenfazit.....	25
3	Zusammenarbeit mit Gesundheitsakteuren	27
3.1	Ambulante hausärztliche Versorgung Adenau.....	28
3.1.1	Hintergrund: Versorgungssituation in der VG Adenau.....	28
3.1.2	Aktivitäten in der VG Adenau	29
3.2	Projektgruppe Gesundheitszentrum Mayen.....	29
3.2.1	Ergebnisse aus der Projektgruppe Mayen.....	29
3.2.2	Detaillierter Ablauf und Sitzungsfolge	30
3.3	Projektgruppe Nachwuchsförderung und Weiterbündlungsverbund Mayen/Adenau	31
3.4	Notärztliche Versorgung Adenau	32
3.5	Projektgruppe IuK-Unterstützung für die Fallkoordination	33
3.5.1	Hintergrund	33
3.5.2	Zielsetzung und Vorgehensweise	34
3.6	Zwischenfazit.....	34
4	Best Practice – Bausteine einer modernisierten Gesundheitsversorgung.....	37
4.1	Gesundheitsdialog, Gesundheitsnetzwerke und Gesundheitsplanung	38
4.2	Lokale Gesundheitszentren (LGZ)	49
4.2.1	Gesundheitszentren mit zentralem Standort	50

4.3	Dezentrale und ergänzende Ansätze zur Sicherstellung der Versorgung in der Fläche	52
4.3.1	Ansätze für eine dezentrale und mobile Gesundheitsversorgung	52
4.3.2	Delegationsmodelle und mobile Arztunterstützung	54
4.3.3	Angebote für die Patientenmobilität.....	57
4.4	Telemedizin	58
4.4.1	Vernetzung der Leistungserbringer	59
4.4.2	Technische Unterstützung für die Delegation ärztlicher Leistungen	60
4.4.3	eCare und Monitoring	60
5	Empfehlungen zur Sicherstellung der ärztlichen Versorgung in der Region Rhein-Eifel	63
5.1	Grundausrichtung einer Gesamtstrategie.....	63
5.2	Eckpunkte einer Strategie zur Sicherung der Gesundheitsversorgung.....	64
5.2.1	Gesundheitszentren - Strukturwandel organisieren	64
5.2.2	Dezentrale Versorgungsstrukturen organisieren	65
5.2.3	Gesundheitsdialog aufbauen – Strukturwandel regionalpolitisch unterstützen.....	65
5.3	Aufbau und Betrieb einer Koordinierungsstelle „Gesundheitsdialog und Gesundheitsplanung“ (Maßnahmensteckbrief I)	66
5.3.1	Inhalt des Vorhabens.....	66
5.3.2	Innovativer Charakter	67
5.3.3	Zielgruppen.....	67
5.3.4	Partner.....	68
5.3.5	Erwartete Ergebnisse bei Abschluss des Vorhabens	68
5.3.6	Kostenschätzung.....	68
5.4	Aufbau und Betrieb eines Beratungsangebotes „Lokale Gesundheitszentren“ (Maßnahmensteckbrief II).....	69
5.4.1	Inhalt des Vorhabens.....	69
5.4.2	Innovativer Charakter	70
5.4.3	Zielgruppen.....	70
5.4.4	Partner.....	71
5.4.5	Erwartete Ergebnisse bei Abschluss des Vorhabens	71
5.4.6	Kostenschätzung.....	71
5.5	Projekt „Regionales Innovationsnetzwerk dörfliche Gesundheitsversorgung“ (Maßnahmensteckbrief III).....	72
5.5.1	Inhalt des Vorhabens.....	72
5.5.2	Innovativer Charakter	73
5.5.3	Zielgruppen.....	73
5.5.4	Partner.....	74

5.5.5	Erwartete Ergebnisse bei Abschluss des Vorhabens	74
5.5.6	Kostenschätzung.....	74
5.6	Projekt „Digitale Fallkoordination im Überschneidungsbereich stationär/ambulant/häuslich“ (Maßnahmensteckbrief IV)	75
5.6.1	Inhalt des Vorhabens	75
5.6.2	Innovativer Charakter	77
5.6.3	Zielgruppen	77
5.6.4	Partner	77
5.6.5	Erwartete Ergebnisse bei Abschluss des Vorhabens	78
5.6.6	Kostenschätzung.....	78
6	Anhänge.....	79
6.1	Anhang: Arbeitshilfe und Details zum Aufbau eines Gesundheitsdialogs	79
6.1.1	Erfolgsfaktoren	79
6.1.2	Organisationsaufbau eines regionalen Gesundheitsnetzwerks	80
6.1.3	Formate der Netzwerkarbeit	83
6.1.4	Finanzierung	85
6.1.5	Vorbereitung und erste Schritte zum Aufbau des Netzwerks	85
6.2	Anhang: Ausführliche Projektbeschreibung „Digitale Fallkoordinierung im Überschneidungsbereich stationär/ambulant/häuslich“	89
6.2.1	Hintergrund	89
6.2.2	Regionale Anbindung.....	91
6.2.3	Kontext	91
6.2.4	Soziales Versorgungsnetzwerk	93
6.2.5	Schritte zur Umsetzung/Vorgehensweise	96

Abbildungs- und Tabellenverzeichnis

Abb. 1:	Bevölkerungszahlen und Bevölkerungsverteilung in der Region Rhein-Eifel.....	10
Abb. 2:	Entwicklung der Bevölkerungszahlen und der Arztkontakte 2015 bis 2035.....	11
Abb. 3:	Planungsbereiche der hausärztlichen Bedarfsplanung (Mittelbereiche).....	13
Abb. 4:	Standorte der hausärztlichen Versorgung	15
Abb. 5:	Bundesweite Altersstruktur der Hausärzte (2018)	17
Abb. 6:	Patientenmobilität für Hausarztbesuche in der Region Rhein-Eifel.....	20
Abb. 7:	Gesamtdarstellung Versorgungsindex (Status Quo)	22
Abb. 8:	Index der hausärztlichen Versorgung.....	23
Abb. 9:	Szenario: Keine Nachfolger für Hausarztpraxen	24
Abb. 10:	Vorgeschlagene Arbeitsschwerpunkte für die Region Rhein-Eifel.....	64
Abb. 11:	Vorschlag für den organisatorischen Aufbau des Gesundheitsdialogs.....	80
Tab. 1:	Einwohnerzahlen der Region Rhein-Eifel.....	10
Tab. 2:	Bevölkerungsvorausberechnung in der Region Rhein-Eifel 2017 bis 2040.....	12
Tab. 3:	Organisationsstruktur der Hausarztpraxen.....	15
Tab. 4:	Altersklassen der Hausärzte	16
Tab. 5:	Anteil der Hausarztbesuche in Verbandsgemeinde und Region und durchschnittliche Fahrdistanzen	21
Tab. 6:	Gewichtung der Erreichbarkeitszonen im Versorgungsindex.....	22
Tab. 7:	Gemeindezahl und Bevölkerung in den Versorgungsklassen	23
Tab. 8:	Trägerschaft und räumliche Struktur guter Beispiele für Gesundheitszentren	49

Kurzfassung

Die Region Rhein-Eifel bestehend aus den Verbandsgemeinden Adenau, Bad Breisig und Brohlthal im Landkreis Ahrweiler sowie der Verbandsgemeinde Vordereifel und der Stadt Mayen im Landkreis Mayen-Koblenz hat sich auch im LEADER-Prozess schon mehrfach mit Fragen der Gesundheitsversorgung beschäftigt. Mit dem vorliegenden Gutachten sollen weitere Schritte zur Sicherung der Gesundheitsversorgung in der Region Rhein-Eifel eingeleitet werden.

Die ursprüngliche Konzeption sah vor, das Gutachten sehr stark dialogorientiert zu erarbeiten. Auf entsprechenden Dialogwerkstätten sollten Gesundheitsakteure und insbesondere Ärzte zusammengebracht werden, um in diesem Dialog zunächst gemeinsame Einschätzungen zum Handlungsbedarf zu formulieren und davon ausgehend Maßnahmen sowie entsprechende Umsetzungsinitiativen vorzubereiten. Dies ist mangels Mitwirkungsbereitschaft nicht in vollem Umfang aufgegangen. Unabhängig davon bleibt der dialogorientierte Ansatz richtig und sollte auch die weitere Arbeit in der Region Rhein-Eifel prägen.

Handlungsbedarf ist insbesondere in der flächendeckenden gesundheitlichen Basisversorgung gegeben. Damit ist vor allem, aber nicht ausschließlich die hausärztliche Versorgung angesprochen. Dieser Handlungsbedarf resultiert einerseits aus einer alternden Bevölkerung mit höheren und spezifischen Handlungsbedarfen sowie partiell auch der eingeschränkten Mobilität dieser Bevölkerungsgruppe. Ausgehend von entsprechenden Prognosen des Statistischen Landesamtes für die Region ist damit zu rechnen, dass die Gruppe der über 80-Jährigen bis 2040 um 60% wächst. Die Zahl der 65-80-Jährigen wächst im gleichen Zeitraum um 28%. Zeitgleich ist eine Ruhestandswelle bei den niedergelassenen Hausärzten zu erwarten. Bereits 2017 waren 28% der praktizierenden Hausärzte und Hausärztinnen über 65 Jahre alt. Weitere 31% entfielen auf die Altersgruppe zwischen 55 und 64 Jahren. Gerade in den ländlichen Teilbereichen der Region bestehen Schwierigkeiten bei der Nachbesetzung und dort kann es aufgrund der geringeren Arztdichte in Folge einer Praxischließung zu einem Komplettwegfall der Versorgung kommen.

Das Grundproblem der Hausarztversorgung ist, dass in den vergangenen Jahren zu wenig Allgemeinmediziner ausgebildet wurden, so dass derzeit schon und mehr noch in den nächsten Jahren ein erheblicher Nachwuchsmangel entsteht. Dies wird in den ländlichen Räumen wie der Rhein-Eifel besonders spürbar. Dieser Nachwuchsmangel kann nur durch entsprechende Weichenstellungen in der Ausbildung und damit insbesondere an den Universitäten (inklusive Zugang zum Medizinstudium) behoben werden. Dennoch sind regionale Strategien von hoher Bedeutung, denn entscheidend für die räumliche Verteilung ist, wie attraktiv die einzelnen Regionen für den ärztlichen Nachwuchs sind.

Viele ermutigende Beispiele aus Deutschland zeigen, dass sich junge Mediziner und Medizinerinnen auch in ländlichen Regionen ansiedeln, wenn sie dort Arbeitsstellen angeboten bekommen, die ihren Vorstellungen von der Ausübung des Arztberufes entsprechen. Einige dieser Beispiele sind im Kapitel „Best Practice – Bausteine einer modernisierten Gesundheitsversorgung“ der vorgelegten Studie dokumentiert. Entscheidend dabei ist, dass ein rückläufiger Teil der Ärzte und Ärztinnen bereit ist, eine klassische Landarztpraxis zu übernehmen. Gesucht werden stattdessen Stellen, die verlässliche und auf die persönlichen Lebensbedingungen flexibel anpassbare Arbeitszeitregelungen ermöglichen. Ferner hat die Arbeit in Teams eine hohe Bedeutung, einer-

seits als Voraussetzung für flexibel Arbeitszeitregelungen, andererseits als Rahmen für eine gegenseitige fachliche Unterstützung und die eigene Spezialisierung. Schließlich werden Stellen bevorzugt, bei denen sich die jungen Mediziner und Medizinerinnen auf ihre fachlichen Aufgaben konzentrieren können. Voraussetzung hierfür ist eine Entlastung von administrativen und unternehmerischen Aufgaben. In der Summe führt dies zur Bevorzugung von sogenannten „Lokalen Gesundheitszentren“ (LGZ), in denen mehrere Ärzte unter entsprechender Leitung angestellt arbeiten können. Die aus der Größe resultierenden Vorteile für Ärzte und flächendeckender Versorgungssicherheit entstehen ab einer Größe von vier oder mehr Ärzten. Der Begriff „Lokale Gesundheitszentren“ geht auf die entsprechende Empfehlung des Sachverständigenrates für Gesundheitsfragen in seinem Gutachten aus dem Jahr 2014 zurück.

Aufgrund der Besonderheiten des regulierten und mengenmäßig gedeckelten Gesundheitswesens kann sich der Strukturwandel von einer stark von Einzel- und Kleinpraxen dominierten Versorgung zu einer mit LGZ verbundenen ambulanten Versorgung nur vollziehen, wenn bisherige Praxen im Wege der Nachfolgesuche oder unabhängig davon in solch neue „Betriebe“ überführt werden. Dies setzt zunächst voraus, dass sich Ärzte oder Ärztinnen finden, die - allein oder in Kooperation untereinander - ein Interesse am Aufbau und der Führung solcher LGZ haben und davon ausgehend auch in diesem Sinne unternehmerisch tätig werden. Dies ist bislang der zentrale Engpass für den Aufbau von LGZ, was sich auch in der Region Rhein-Eifel zeigt. Deswegen werden derzeit in anderen Regionen Deutschlands erste Überlegungen angestellt, wie die öffentliche Hand in entsprechenden Trägerschaftsorganisationen stärker in die Verantwortung für den Aufbau und den Betrieb solcher LGZ gehen kann.

Auch für die Region Rhein-Eifel ist auf der Basis der vorliegenden Analysen absehbar, dass der zur Sicherung und Weiterentwicklung der Gesundheitsversorgung erforderliche Strukturwandel nicht von selbst bzw. von den Gesundheitsakteuren getragen in Gang kommt. Deswegen lautet die zentrale Empfehlung, diesen Strukturwandel in Richtung auf eine mit LGZ durchgesetzte ambulante Gesundheitsversorgung von öffentlicher Seite aus zu initiieren und zu unterstützen. Zunächst bildet dies den Fokus der vorgeschlagenen Dialogstrategie. Sofern der fortgesetzte und deutlich intensivierte Dialog absehbar keine mobilisierende Wirkung auf das Engagement der Gesundheitsakteure hat, kann und sollte politisch über öffentliche Trägerschaftslösungen nachgedacht werden. Damit kein Zeitverzug entsteht, beginnt diese Debatte im Idealfall schon parallel zum fortgesetzten Dialogprozess.

Mit Mittelpunkt der vorgeschlagenen Empfehlungen steht die Einrichtung einer regionalen Koordinierungsstelle „Gesundheitsdialog und Gesundheitsplanung“. Von hier aus wird die kommunikative und fachliche Arbeit aus koordiniert und begleitet. Die Koordinierungsstelle ist in besonderem Maße dafür verantwortlich, als Schnittstelle für die Zusammenarbeit von Kommunen und Gesundheitsakteuren zu sorgen. Dies verbindet sich im Einzelnen mit vier Aufgabenschwerpunkten und Handlungsfeldern, die im Empfehlungskapitel der vorliegenden Studie beschrieben sind.

Im Mittelpunkt stehen die Arbeiten zur fachlichen Begleitung und Organisation des Gesundheitsdialogs. In der Erwartung, dass aus diesem Dialog heraus Gründungsimpulse zum Aufbau von LGZ entstehen, sollte die Koordinierungsstelle sich auch in der Begleitung dieser Gründungsprozesse engagieren. Dies umfasst eine organisatorische Unterstützung und darüber hinaus den bedarfsbezogenen Einbezug von Experten zu Spezialfragen (wirtschaftlich, juristisch, gesundheitswissenschaftlich). Da die Gründung von LGZ zu einer Zentralisierung der Versorgung beitragen kann, sollte es einen weiteren Arbeitsschwerpunkt geben, in dem flankierende Maßnahmen zur Gewährleistung einer flächendeckenden, dörflichen Versorgung adaptiert und konzipiert werden. Zu diesen Vorschlägen enthält die vorliegende Studie entsprechende „Maßnahmensteckbriefe“, die zur Vorbereitung von Förderanträgen herangezogen werden können.

1 Hintergrund und Aufgabenstellung

Die Verbandsgemeinden Adenau, Bad Breisig und Brohltal im Landkreis Ahrweiler sowie die Verbandsgemeinde Vordereifel und die Stadt Mayen im Landkreis Mayen-Koblenz haben sich zur Region Rhein-Eifel zusammengeschlossen. Im Zuge der Umsetzung des LEADER-Prozesses hat sich die Region das Ziel gesetzt, verschiedene Ansätze zur Anpassung an den demographischen Wandel voranzubringen und diesbezüglich innovative und nachhaltige Angebote der Daseinsvorsorge zu etablieren. Die Gesundheitsversorgung betreffend wurden folgende Handlungsschwerpunkte definiert:

- Bedarfsgerechte Anpassung der haus-, fach- und notärztlichen Versorgung
- Ausbau und bedarfsgerechte Anpassung im Pflegebereich
- Förderung von regionalen Präventionsangeboten für alle Generationen

Als verantwortlicher Träger der Regionalentwicklung hat die Lokale Aktionsgruppe (LAG) Rhein-Eifel in einem ersten Schritt die Erarbeitung eines Konzeptes zur Sicherstellung der ärztlichen Versorgung in der Region Rhein-Eifel ausgeschrieben. Von 2016 bis 2019 haben Quaestio und das Institut für Allgemeinmedizin der Universität Frankfurt (IfA) diesen Auftrag umgesetzt und legen hiermit einen Abschlussbericht zum Ende der Projektlaufzeit vor.

Anlass für die Konzeptentwicklung war die Erkenntnis, dass insbesondere vor dem Hintergrund des demographischen Wandels in der Region und einem Strukturwandel in der Gesundheitsversorgung allgemein die derzeitige Versorgung in ihrer Quantität und Qualität langfristig nicht zu halten sein wird. Basierend auf der derzeitigen Altersstruktur der ansässigen Ärzte und insbesondere Hausärzte ist in absehbarer Zeit auch in der Region Rhein-Eifel mit einem hohen Nachbesetzungsbedarf zu rechnen. Parallel zum steigenden Nachbesetzungsbedarf sinken aber die Wiederbesetzungschancen. Dabei ist die ärztliche Grundversorgung der Bevölkerung ein entscheidender Bestandteil der Daseinsvorsorge und erfährt gerade auch im Kontext einer zunehmenden Alterung der Bevölkerung steigende Bedeutung. Die Zusammenhänge des unter dem Stichwort „Landarztmangel“ vielfach diskutierten Problems der zukünftigen Gesundheitsversorgung in ländlichen Räumen und den regionalen Gegebenheiten in der Region Rhein-Eifel werden umfassend in Kapitel 2 aufbereitet.

Um auf diese Herausforderungen zu reagieren, wurde die Erarbeitung des Konzeptes als Dialogprozess angelegt. Hiermit verband sich das Ziel, die relevanten Gesundheitsakteure intensiv einzubeziehen, u.a. damit ein möglichst gleitender Übergang zwischen Konzeptentwicklung und Umsetzung ermöglicht wird. Die Zusammenarbeit mit den lokalen Akteuren wird in Kapitel 3 beschrieben. Die Mitwirkungsbereitschaft der Gesundheitsakteure und der regionalen Politik fiel jedoch geringer aus als erwartet. Dennoch gilt es langfristig, nachhaltige Versorgungsstrukturen in der Region Rhein-Eifel aufzubauen. Bundesweit gibt es einige solcher Beispiele, die zeigen, wie durch das Zusammenspiel engagierter Akteure innovative Modelle umgesetzt werden können. Als Inspirationsquelle werden ausgewählte Best-Practice-Projekte in Kapitel 4 portraitiert. Ausgehend von der fundierten Analyse des Versorgungsbedarfs in der Region und diesen Konzepten werden in Kapitel 5 Empfehlungen zum Aufbau einer Gesamtstrategie für die regionale Gesundheitsversorgung gegeben.

2 Gesundheitsversorgung in der Region Rhein-Eifel

2.1 Siedlungs- und Bevölkerungsstrukturen

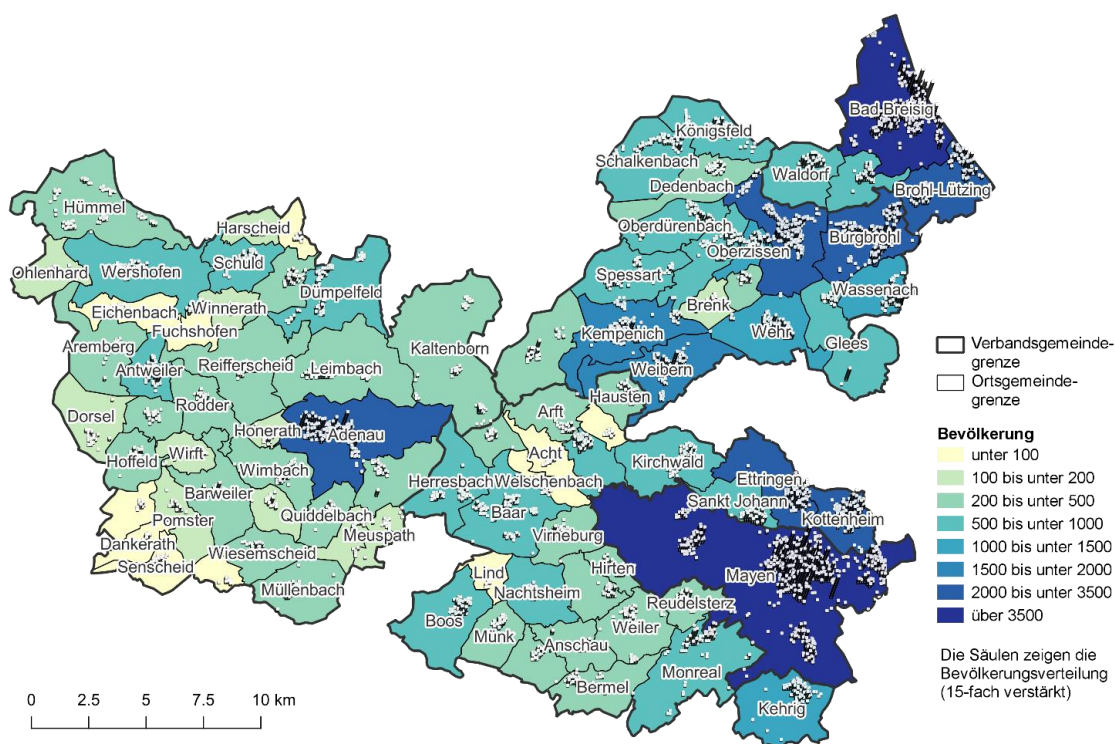
Die Region Rhein-Eifel setzt sich aus den Verbandsgemeinden (VGen) Adenau, Bad Breisig, Brohlthal und Vordereifel sowie der Stadt Mayen zusammen. Die größten Zentren der Region sind die Städte Adenau, Bad Breisig und Mayen. Insbesondere in den süd-westlichen, zur Eifel orientierten Regionen sind außerhalb der Zentren stark dörflich geprägte Strukturen anzutreffen. Das gilt insbesondere für die VG Adenau, in der die durchschnittliche Einwohnerzahl der Gemeinden (ohne die Stadt Adenau) bei 280 Personen liegt¹. Ähnlich licht besiedelt sind die südlich und westlich der Stadt Mayen gelegenen Gemeinden der VG Vordereifel (vgl. Abb. 1).

Eine etwas größere Siedlungskonzentration liegt mit den in Richtung Rhein ausgerichteten Städten Bad Breisig, Brohl-Lützig, Burgbrohl und Niederzissen vor. Eine weitere größere Konzentration ist zwischen Mayen und Kempenich (VG Brohlthal) auszumachen. Hierzu gehören die Gemeinden Kottenheim, Ettringen und Weibern sowie die außerhalb der LEADER-Region gelegene Stadt Mendig.

In der Region lebten zum Stichtag 31. Dezember 2018 80.323 Personen. Tab. 1 zeigt die Einwohnerzahlen in den Verbandsgemeinden. Der Landkreis Mayen-Koblenz hatte zu diesem Zeitpunkt 214.259 Einwohner, der Landkreis Ahrweiler 129.727 Einwohner.

Aufgrund der geringen Bevölkerungsdichte in den dörflichen Bereichen der Region kommt es zu besonderen Herausforderungen in der medizinischen Daseinsvorsorge. Der Betrieb von Praxen in diesen Regionen ist mit noch höheren Fahrzeiten für Hausbesuche verbunden, als es für etwas zentraler gelegene Praxen der Fall wäre; weiterhin ist die Zusammenarbeit mit Fachkollegen durch die räumlichen Distanzen zusätzlich erschwert. Ferner sind in gering besiedelten Regionen größere Praxen mit mehreren Ärzten nicht rentabel zu betreiben. Damit gehen alleine aus der Siedlungsstruktur bereits Standorte hervor, deren langfristiger Erhalt eine Herausforderung darstellt.

¹ Quelle: Statistisches Landesamt Rheinland-Pfalz: Fortschreibung des Bevölkerungsstands, Stand: 31. Dezember 2018

Abb. 1: Bevölkerungszahlen und Bevölkerungsverteilung in der Region Rhein-Eifel

Eigene Darstellung. Datenquellen: Stat. LA RLP (Bevölkerungszahlen, Stand: 31.12.2017), Zensus 2011 (Bevölkerungsverteilung).

Tab. 1: Einwohnerzahlen der Region Rhein-Eifel

Kommune	Einwohnerzahl	Veränderung ggü. 2008
VG Adenau	13.036	- 5,0 %
VG Bad Breisig	13.414	+ 2,6 %
VG Brohltal	18.396	+ 0,3 %
Stadt Mayen	19.144	+ 1,0 %
VG Vordereifel	16.333	- 4,0 %

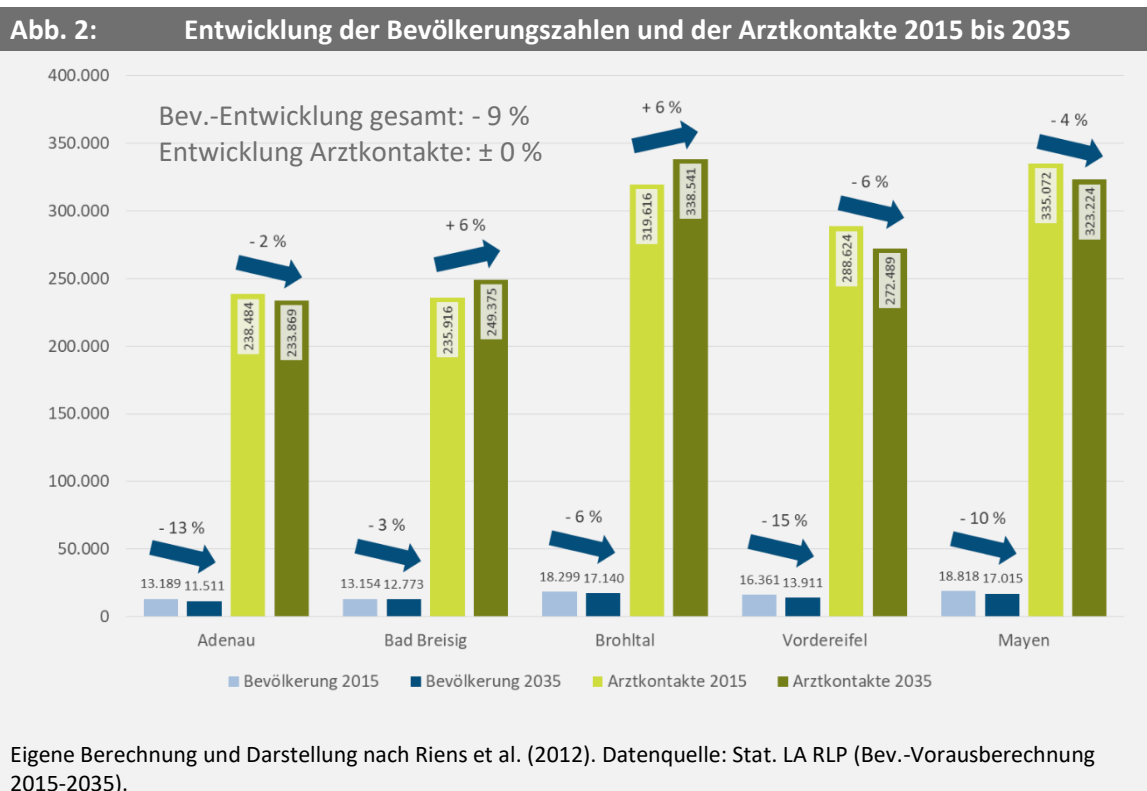
Datenquelle: Stat. LA RLP: Kommunaldatenprofil Landkreis Ahrweiler/Landkreis Mayen-Koblenz, Stand 08/2019

2.2 Demographischer Wandel und sein Einfluss auf Versorgungsbedarfe

Wie viele ländliche Regionen ist die Region Rhein-Eifel von Bevölkerungsrückgang und Alterung betroffen. So geht die Bevölkerung in der Gesamtregion bis 2040 um 5 Prozentpunkte (ca. 4.200 Personen) zurück. Besonders zu beobachten ist die Alterung der heute über 50-jährigen gebur-

tenstarken Jahrgänge und der damit einhergehende deutliche Zuwachs in der älteren und hochaltrigen Bevölkerung. So steigt die Zahl der über 65-jährigen bis 2040 um 28 % auf ca. 16.500 an, während sich die Zahl der über 80-jährigen auf ca. 8.700 Personen mehr als verdoppelt.²

Damit bleibt die Zahl der jährlich notwendigen Arztkontakte nahezu konstant: Ältere Menschen weisen einen weitaus höheren Behandlungsbedarf auf, als jüngere, wodurch in diesem Bereich der insgesamt prognostizierte Bevölkerungsrückgang ausgeglichen wird. Das bedeutet: Der Versorgungsbedarf geht kaum zurück, während die Patienten durch altersbedingte Multimorbidität nicht nur mehr Behandlungen benötigen, sondern häufig auch komplexere Krankheitsbilder aufweisen. Anhand der altersgruppenspezifischen durchschnittlichen Zahl von Arztkontakten³ wurde zu Projektbeginn anhand der Bevölkerungsprognose bis 2035 (Basisjahr 2015) die zu erwartende Zahl der notwendigen Arztkontakte modelliert (vgl. Abb. 2). In der Bevölkerungsprognose mit dem Basisjahr 2015 wurde noch von einer größeren Schrumpfung der Region ausgegangen, als in der neuesten Prognose mit dem Basisjahr 2017 (s.o.) So muss anstatt der prognostizierten Stagnation des Behandlungsbedarfs in der Gesamtregion eher von einem leichten Anstieg ausgegangen werden.



² Quelle: Statistisches Landesamt Rheinland-Pfalz: Demographischer Wandel in Rheinland-Pfalz. Fünfte kleinräumige Bevölkerungsvorausberechnung für verbandsfreie Gemeinden und Verbandsgemeinden (Basisjahr 2017).

³ Riens et al. (2012): Arztkontakte im Jahr 2007 – Hintergründe und Analysen. In: versorgungsatlas.de, Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in Deutschland

In einer kleinräumigeren Betrachtung werden abermals die unterschiedlichen Entwicklungen innerhalb der Region deutlich. Während für die zur Eifel orientierten Kommunen Adenau, Vordereifel und Mayen ein Bevölkerungsrückgang um je über 10 % und damit trotz des oben beschriebenen Effekts je ein leichter Rückgang der Arztkontakte prognostiziert wird, fällt die Schrumpfung den zum Rhein orientierten Verbandsgemeinden Brohltal und Bad Breisig deutlich geringer aus. Damit steigt der Bedarf an Arztkontakten hier eher an.

Tab. 2: Bevölkerungsvorausberechnung in der Region Rhein-Eifel 2017 bis 2040

	2017	2040	Veränderung
Unter 3 Jahre	2.054	1.710	-17%
3 bis unter 6 Jahre	1.948	1.782	-9%
6 bis unter 10 Jahre	2.574	2.477	-4%
10 bis unter 16 Jahre	4.198	3.988	-5%
16 bis unter 20 Jahre	3.317	2.829	-15%
20 bis unter 35 Jahre	12.903	10.109	-22%
35 bis unter 50 Jahre	14.378	12.607	-12%
50 bis unter 65 Jahre	20.491	15.193	-26%
65 bis unter 80 Jahre	12.848	16.535	+28%
Über 80 Jahre	5.432	8.692	+60%
Gesamt	80.143	75.922	-5%

Datenquelle: Stat. LA RLP: Demographischer Wandel in Rheinland-Pfalz. Fünfte kleinräumige Bevölkerungsvorausberechnung für verbandsfreie Gemeinden und Verbandsgemeinden (Basisjahr 2017). Ergebnisse für den Landkreis Ahrweiler, Ergebnisse für den Landkreis Mayen-Koblenz.

2.3 Ärztliche Versorgung: Grunddaten und räumliche Verteilung

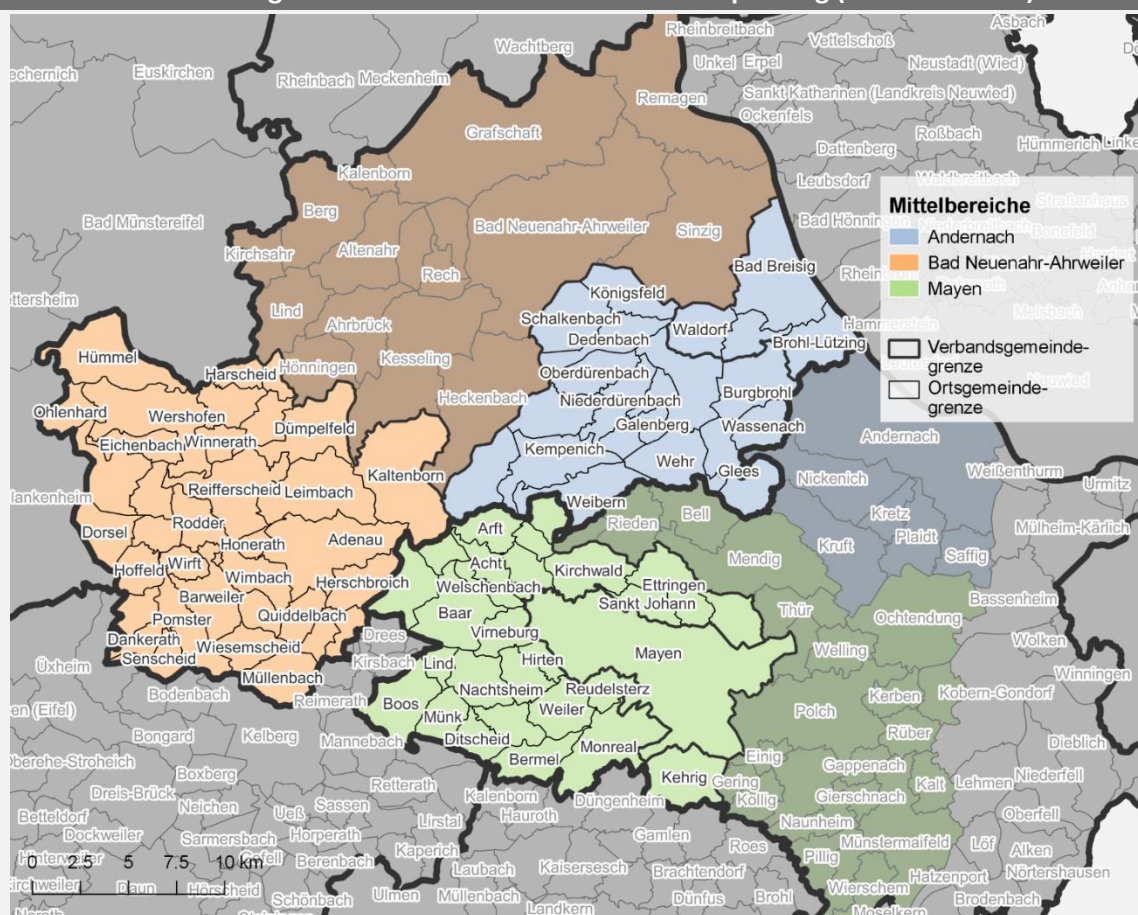
2.3.1 Planungsbereiche der ärztlichen Bedarfsplanung

Neue Ärzte erhalten nur dann eine Zulassung zur Behandlung von gesetzlich versicherten Patienten, wenn dies durch die Kassenärztliche Vereinigung (KV) genehmigt wird. Die KV nutzt zur Abwägung das Instrument der Bedarfsplanung. Diese legt fest, wie viele Ärzte der verschiedenen Facharztgruppen für die angemessene Versorgung einer bestimmten Zahl von Patienten notwendig sind. So wurde beispielsweise für die hausärztliche Versorgung festgelegt, dass bei einem Verhältnis von 1.609 Einwohnern zu einem Hausarztsitz (bis 16. Mai 2019: 1.671 Einwohner pro Hausarzt) ein Versorgungsgrad von 100 % und damit Normalversorgung vorliegt. Bei Versorgungsgraden unter 110 % können sich Ärzte auf Antrag bei der KV in den Planungsbereichen niederlassen. Unter 75 % (Hausärzte) bzw. 50 % (Fachärzte) wird von Unterversorgung gesprochen. Tritt diese ein, ist die Kassenärztliche Vereinigung verpflichtet, Schritte zur Sicherung der Versorgung einzuleiten. Übersteigt der Versorgungsgrad die Marke von 110 %, wird der Planungsbereich wegen Überversorgung gesperrt. Es können dann keine Versorgungsaufträge mehr vergeben werden. Einzig bei Übernahme einer bestehenden Praxis (streng genommen: des Versorgungsauftrags) und in Sonderfällen ist eine Niederlassung in gesperrten Planungsbereichen noch möglich.

Die hier vordergründig betrachtete hausärztliche Versorgung wird auf Ebene der Mittelbereiche geplant. Diese Raumabgrenzung wurde aus der Raumb Beobachtung des Bundesinstituts für Bau-, Stadt- und Raumforschung (BBSR) übernommen und bietet eine kleinräumigere Betrachtungsebene als die Landkreise, in denen die allgemeine fachärztliche Versorgung geplant wird. Die Mittelbereiche bilden Verflechtungsbereiche um die Mittelzentren ab und wurden als Ebene für die hausärztliche Bedarfsplanung eingeführt, um der Zentralisierungstendenz der hausärztlichen Versorgung auf die Kreisstädte entgegen zu wirken. So war die Idee im Kern, dass ein kleinräumigerer Zuschnitt der Bedarfsplanungsbereiche dazu führt, dass in als überversorgt klassifizierten Bereichen um die Kernstädte herum keine weiteren Niederlassungen mehr möglich sein sollen, während in weniger zentralen Bereichen der Landkreise neue Zulassungen möglich bleiben. Gleichzeitig ist es organisatorisch schwierig, mit einer Praxis oder einer Kooperation planungsbereichsübergreifend aktiv zu werden: der Versorgungsauftrag wird nur für den Mittelbereich erteilt und planungsbereichsübergreifendes Handeln ist mit Restriktionen verbunden.

Die Projektregion setzt sich jeweils aus Teilbereichen der Mittelbereiche Andernach, Bad Neuenahr-Ahrweiler und Mayen zusammen (Abb. 3). Damit folgt sie nicht den planerischen Vorstellungen über die Region, sondern ist durch die Organisation des LEADER-Verbunds entsprungen. So muss gerade im hausärztlichen Bereich mit den aus dem Zuschnitt der Planungsregionen entstehenden Restriktionen umgegangen werden.

Abb. 3: Planungsbereiche der hausärztlichen Bedarfsplanung (Mittelbereiche)



Darstellung: Quaestio/IfA. Datenquelle: KV RLP. Stand: 09.06.2017.

Die hausärztlichen Planungsbereiche Andernach, Bad Neuenahr-Ahrweiler und Mayen sind für die Niederlassung geöffnet, die Versorgungsgrade liegen also unter 110 % (Stand: 20.11.2019). Zu Projektstart war der Mittelbereich Mayen noch gesperrt; möglicherweise ist die Öffnung des Mittelbereichs auf die Anpassung der Verhältniszahl auf 1.609 Einwohner pro Hausarzt zurückzuführen.

Die allgemeine fachärztliche Versorgung⁴ wird auf Landkreisebene geplant. Dabei können im Landkreis Ahrweiler lediglich Kinder- und Jugendärzte und Psychotherapeuten zugelassen werden, im Landkreis Mayen-Koblenz zusätzlich noch HNO-Ärzte und Neurologen (Stand: August 2019). Somit gelten die Kommunen der LEADER-Region in der allgemeinen fachärztlichen Versorgung als weitgehend überversorgt. Vor Ort kann die Situation jedoch freilich anders ausgelegt werden. Gerade fachärztliche Angebote sind stärker zentralisiert, sodass ein deutliches Gefälle zwischen größeren Städten (z.B. Koblenz, Bad Neuenahr-Ahrweiler) und Umland besteht. Somit lässt sich über die landkreisweiten Facharztzahlen nur bedingt eine Aussage über die Versorgungsqualität in der Projektregion treffen.

2.3.2 Struktur der medizinischen Versorgung

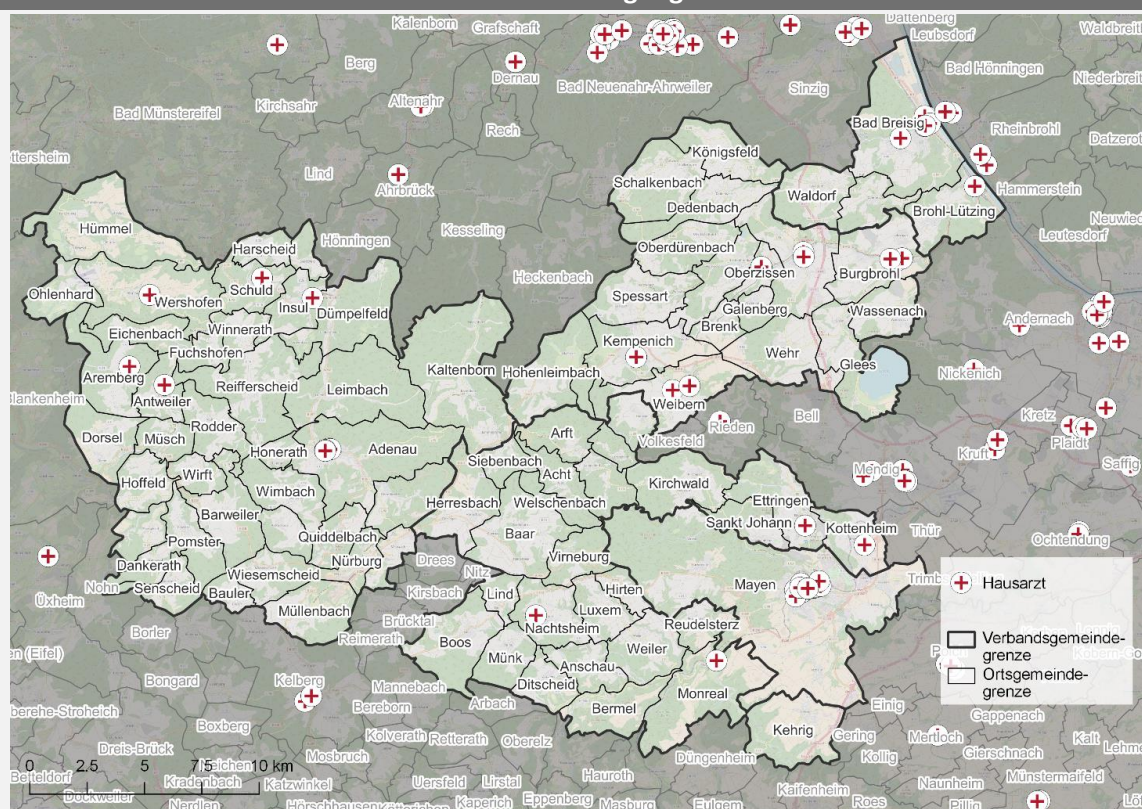
Die starke Rolle der größeren Städte setzt sich in der Verteilung der hausärztlichen Versorgungsstandorte fort. In den VGen Adenau und Vordereifel ist dies besonders ausgeprägt. Die Stadt Adenau ist mit sechs Praxen zentraler Anlaufpunkt für Patienten der Verbandsgemeinde Adenau. Im Nordwesten der VG Adenau bestehen noch fünf weitere Praxen, wobei der Standort in Insul lediglich ein gering genutzter Zweigstandort einer Praxis in Adenau ist. Ähnlich bedeutend ist die Rolle des Standorts Mayen für die Gemeinden der VG Vordereifel. In den Verbandsgemeinden Bad Breisig und Brohlthal sind die Praxen stärker verteilt, wobei Hauptstandorte in Rheinnähe (Bad Breisig, Burgbrohl) und in den Gemeinden Kempenich und Weibern liegen (vgl. Abb. 4).

In einer Sonderauswertung der Kassenärztlichen Vereinigung Rheinland-Pfalz wurde für das Projektgebiet eine Aufstellung der Organisationsformen der Hausarztpraxen in der Region zur Verfügung gestellt (Tab. 3). Demnach machen die traditionellen Praxisformen (Einzelpraxen und kleinere örtliche Berufsausübungsgemeinschaften) mit 85 % den größten Teil der Hausarztpraxen aus. Damit spiegelt die Region ein gerade in ländlichen Regionen typisches Bild wieder: Ein „Betriebsformenwandel“ zu größeren und leistungsfähigeren Einheiten hat in der (haus-)ärztlichen Versorgung noch nicht stattgefunden.

Die fachärztliche Versorgung ist noch deutlich stärker auf die Städte ausgerichtet. Außerhalb von Mayen, Adenau, Bad Breisig und Burgbrohl finden sich nahezu keine Fachärzte der allgemeinen fachärztlichen Versorgung.

Das St. Josef-Krankenhaus Adenau und das St. Elisabeth Krankenhaus in Mayen gewährleisten die Krankenhausversorgung in der Region. Ferner besteht mit der Brohlthal-Klinik St. Josef eine Fachklinik für geriatrische Rehabilitation in Burgbrohl. Weitere Krankenhäuser befinden sich in Bad Neuenahr-Ahrweiler und Andernach, ferner besteht gute Anbindung an die Angebote in Koblenz und im Raum Bonn.

⁴ Hierzu zählen Augenärzte, Chirurgen und Orthopäden, Frauenärzte, Hautärzte, HNO-Ärzte, Kinder- und Jugendärzte, Urologen, Nervenärzte, Neurologen, Psychiater sowie Psychotherapeuten

Abb. 4: Standorte der hausärztlichen Versorgung

Darstellung: Quaestio/IfA. Datenquelle: KV RLP. Stand: 06.09.2017.

Tab. 3: Organisationsstruktur der Hausarztpraxen

Einzelpraxis	27
MVZ	1
Örtliche BAG	7
Überörtliche BAG * 3 Nebenbetriebsstätten	1*
Zweigpraxis	4

Datenquelle: KV RLP. Stand: 04.08.2017

2.3.3 Altersstruktur der Hausärzteschaft

Junge Ärzte zur Arbeit in ländlichen Regionen zu gewinnen ist ein Problem, das in vielen vergleichbaren Regionen in Deutschland bekannt ist. Auch in der Region Rhein-Eifel wird von Ärzten und anderen Gesundheitsakteuren die Suche nach Praxisnachfolgern regelmäßig als besondere Herausforderung benannt. Werden keine Nachfolger gefunden, ist gerade in Einzelpraxen die Schließung des Standorts die letzte Konsequenz.

Der Blick auf die Zahl der anstehenden Praxisabgaben erlaubt somit einen Einblick in potenzielle zukünftige Versorgungsengpässe und die Zeitschiene, auf der sie eintreten werden. Gerade vor dem Hintergrund der oben beschriebenen Schwierigkeiten ländlicher Regionen, junge Hausärzte

anzuziehen (vgl. Exkurs) und der sehr traditionellen Struktur von Einzel- und Kleinpraxen ist die Altersstruktur ein guter Indikator für zukünftige Entwicklungen in der Region.

Das durchschnittliche Alter für die Aufgabe der Berufstätigkeit liegt bei Ärzten derzeit bei ca. 63 Jahren. Bereits zum Erhebungszeitpunkt waren in der Region Rhein-Eifel 17 Hausärzte älter als 65 Jahre (drei davon über 70). Bei diesen Ärzten war und bleibt damit zu rechnen, dass sie ihre Praxen altersbedingt jederzeit schließen werden. Damit besteht das Risiko, dass kurzfristig nahezu ein Drittel der in der Region tätigen Hausärzte wegbricht. Einzig in Mayen lag die Zahl der hochaltrigen Ärzte jenseits des Rentenalters bei eher niedrigen 15 %. Ebenfalls mit ca. einem Drittel in der Gesamtregion stark vertreten ist die Gruppe der Ärzte, die in bis zu zehn Jahren das gängige Rentenalter von 65 Jahren erreichen (vgl. Tab. 4). Hieraus kann ein klarer kurz- und mittelfristiger Handlungsdruck abgeleitet werden.

Tab. 4: Altersklassen der Hausärzte

Altersklasse	Adenau	Bad Breisig	Brohltal	Mayen	Vordereifel	Gesamt
30 bis 40	1	1	0	1	0	3
40 bis 44	0	1	1	4	1	7
45 bis 49	2	2	2	4	1	11
50 bis 54	1	0	1	2	0	4
55 bis 59	3	1	5	3	1	13
60 bis 64	1	1	0	3	1	6
65 bis 69	3	2	4	3	2	14
über 70	0	2	1	0	0	3
Gesamt	11	10	14	20	6	61
Anteil 55 bis 64	36%	20%	36%	30%	33%	31%
Anteil über 65	27%	40%	36%	15%	33%	28%

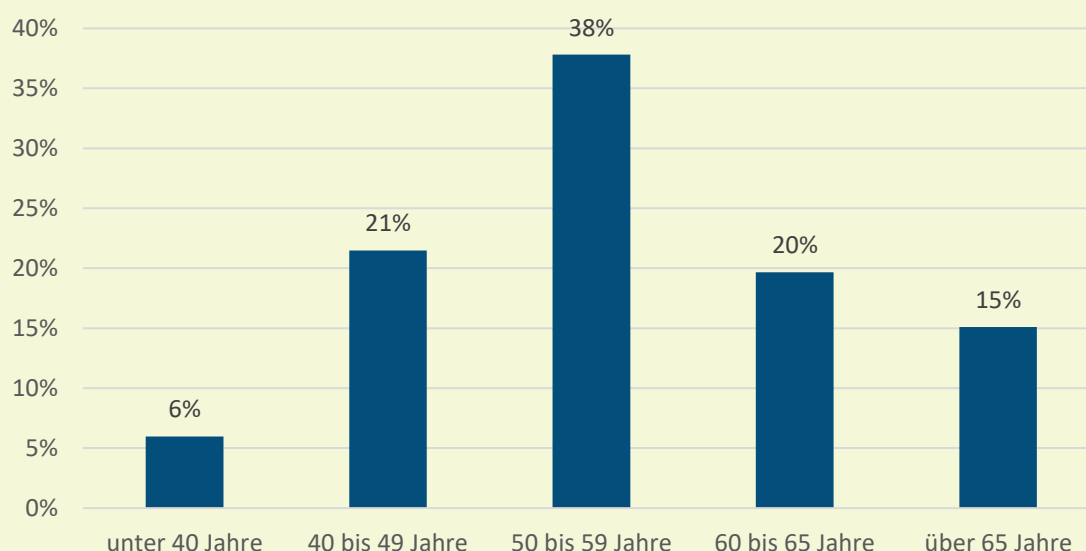
Datenquelle: KV RLP. Stand: 4.8.2017.

Exkurs: Grundprobleme der hausärztlichen Nachwuchsgewinnung

Zu wenig hausärztlicher Nachwuchs

Der Ärztemangel ist im Wesentlichen ein Ergebnis einer alternden Ärzteschaft. Bundesweit sind heute 35 Prozent der niedergelassenen HausärztInnen älter als 60 Jahre (vgl. Abb. 5). Bei einem angenommenen Ruhestandsalter von 65 Jahren ergibt sich daraus ein sofortiger Bedarf von ca. 8.300 Hausärzten, um die Zahl der 2018 in Deutschland tätigen Hausärzte zu halten⁵. Tatsächlich schlossen 2018 jedoch nur 1.567 HausärztInnen (darunter 1.034 Ärztinnen) ihre Ausbildung ab und stehen demnach für den Übergang in eine Praxis zur Verfügung; in den Vorjahren war die Zahl der relevanten Facharztanerkennungen noch geringer⁶. Insofern erklärt sich ein großer Teil des Ärztemangels aus den unzureichenden Ausbildungsleistungen.

Abb. 5: Bundesweite Altersstruktur der Hausärzte (2018)



Datenquelle: Statistische Informationen aus dem Bundesarztregister, KBV, Stand: 31.12.2018

Tatsächlich sind im Ausbildungsbereich die wichtigsten Weichenstellungen für eine ausreichende ärztliche Versorgung zu legen. Entscheidend ist dabei nicht nur die Zahl der humanmedizinischen Studienplätze, sondern auch das Interesse an einer allgemeinmedizinischen Ausbildung. In den letzten Jahrzehnten hat sich der Fokus allerdings zu den stärker spezialisierten und oft auch stärker technisierten Fachrichtungen verschoben. In dieser Hinsicht unterscheidet sich die Medizin nicht von vielen anderen Wirtschafts- und Tätigkeitsbereichen. Die Konsequenz zeigt sich in folgenden Zahlen: 28 % der niedergelassenen ÄrztInnen sind hausärztlich tätig, aber nur 12 % der derzeitigen Facharztanerkennungen führen in den Hausarztberuf⁶.

Insofern rankt sich ein großer Teil der Diskussion zur Sicherung der ärztlichen Versorgung um die Themen Studium und Ausbildung: die Zahl der Studienplätze, der Zugang zum Studium, die Attraktivität und Bedeutung der allgemeinmedizinischen Ausbildungsinhalte (in Theorie und Praxis) usw.

Auch die relative Attraktivität des Hausarztberufes gegenüber anderen medizinischen Fachrichtungen steht zur Debatte. Dabei geht es um ein zeitgemäßes „modernisiertes“ Berufsbild, den Abbau entsprechender Vorurteile und nicht zuletzt um eine leistungsgerechte Bezahlung.

Veränderte Präferenzen junger ÄrztInnen

Aus einer regionalen und lokalen Perspektive ist indes wesentlich, dass die jungen MedizinerInnen veränderte Erwartungen an ihren Arztberuf haben und zusätzlich ihr Arbeitsleben besser mit den Anforderungen aus Partnerschaft und Familie vereinbaren wollen („work-life-balance“). Dabei spielt auch eine Rolle, dass es sich bei den nachrückenden AllgemeinmedizinerInnen überwiegend um junge Frauen handelt (im Bezugsjahr 2018 waren es 66 %). Diese sind weitaus seltener als Männer bereit, in Einzelpraxen tätig zu sein.⁷

Der Hausärztemangel führt dazu, dass sich die nachrückenden ÄrztInnen für Allgemeinmedizin ihre Arbeitsstellen unter einer Vielzahl von Angeboten aussuchen können. Unter diesen Bedingungen prüfen sie selbstverständlich genau, welches Angebot ihren Vorstellungen am besten entspricht. Hierin liegt der zentrale Ansatzpunkt für lokales Handeln. Denn nur vor Ort und in den Regionen selbst kann man dafür sorgen, dass die Arbeitsstellen den Präferenzen der jungen ÄrztInnen entsprechen und dementsprechend akzeptiert werden.

Die veränderten Präferenzen können folgendermaßen umrissen werden:

- **Flexible und zugleich verlässliche Arbeitszeiten:** Das veränderte Verständnis von Partnerschaft und Verantwortung für die Familie führt zum Wunsch nach flexibleren und zugleich verlässlicheren Arbeitszeiten. Junge ÄrztInnen können und wollen nicht mehr überwiegend und nach Bedarf „rund um die Uhr“ für Praxis und die Patienten da sein und alles Familiäre der Partnerin oder dem Partner überlassen.
- **Reduzierte Arbeitszeiten, mehr Teilzeit:** Das höhere Maß an Verantwortung für die Familie und der Bedeutungsgewinn von Interessen außerhalb von Beruf und Familie führen gleichzeitig dazu, dass viele junge MedizinerInnen zeitweise oder dauerhaft eine Teilzeittätigkeit bevorzugen. Arbeitsstellen, die über Jahre hinweg einen Einsatz von 40 Stunden und mehr erfordern, sind nur für wenige interessant.
- **Spezialisierung und fachliche Zusammenarbeit im Team:** Auch und insbesondere die Medizin hat sich durch den wissenschaftlichen Fortschritt kontinuierlich verändert. Um den veränderten Anforderungen gerecht werden zu können, ist vielfach auch in der Allgemeinmedizin eine Spezialisierung erforderlich und gewünscht. Um dennoch die mit der Hausarztmedizin verbundene umfassende Verantwortung gegenüber den Patienten übernehmen zu können, gewinnt zwingend die Zusammenarbeit in sich gegenseitig fachlich unterstützenden Teams an Bedeutung. Dies kann auch benachbarte Berufsgruppen umfassen, sodass die psychosoziale und pflegerische Versorgung der Patienten an die rein ärztlich-medizinische Versorgung angedockt wird.
- **Konzentration auf die ärztliche Tätigkeit/Entlastung von administrativen und Routine-tätigkeiten:** Selbstverständlich wollen sich auch die jungen MedizinerInnen auf die ärztliche Tätigkeit konzentrieren. Dies mag sie nicht von älteren KollegInnen unterscheiden. Da Dokumentationsaufgaben und andere administrative Pflichten jedoch beständig zugenommen haben, gewinnt das Interesse an einer entsprechenden Entlastung an Bedeutung. Ähnliches gilt für medizinische Routinetätigkeiten, die auf nichtärztliches Personal übertragen werden können. Von daher haben ärztliche Arbeitsplätze eine höhere

⁵ Quelle: Statistische Informationen aus dem Bundesarztregister, KBV, 2018.

⁶ Quelle: Ärztestatistik der Bundesärztekammer 2018.

⁷ van den Bussche et al. (2019): Die Resultate von sechs Jahren Weiterbildung für die hausärztliche Versorgung in Deutschland – Ergebnisse der KarMed-Studie (Teil 2). In: Zeitschrift für Allgemeinmedizin 1/2019.

Attraktivität, wenn sich Ärzte auf die Aufgaben konzentrieren können, für die sie besonders qualifiziert sind.

- **Mehr Anstellungsverhältnisse/weniger selbständige Ärztinnen:** Schon die zuvor aufgeführten Punkte münden quasi automatisch in einem abnehmenden Interesse an einer selbständigen Tätigkeit. Vor allem die stark zunehmende Zahl junger Hausärztinnen erkennt, dass sich ihre Präferenzen leichter mit einem Angestelltenverhältnis verbinden lassen. Der Gang in die Selbstständigkeit und die Übernahme einer Praxis sind nicht nur mit einer hohen wirtschaftlichen und juristischen Verantwortung und einem entsprechenden Zeitaufwand für unternehmerisch-administrative Aufgaben verbunden, sondern führen zu einer hohen Bindung an den einmal gewählten beruflichen Weg und nicht zuletzt den Ort. Dies verträgt sich immer weniger mit der zunehmenden Erfordernis und dem Wunsch nach mehr Flexibilität für die eigene Biografie und die Anforderungen von in der Regel ebenfalls berufstätigen Partnern.

2.4 Patientenmobilität in den Teilräumen der Region Rhein-Eifel

Um die real bestehenden Versorgungsverknüpfungen zwischen den Gemeinden der LEADER-Region abzubilden, wurde eine Sonderauswertung durch die Kassenärztliche Vereinigung Rheinland-Pfalz zur Verfügung gestellt (Auswertung siehe Abb. 6). Diese bildet ab, wo Patienten aus den Projektkommunen innerhalb eines Quartals (Q1/2017) ihre Hausarztbesuche absolviert haben.

Aus der Auswertung wird deutlich, dass die Einwohner der Kommunen Adenau, Bad Breisig, Brohlthal und Mayen vorwiegend in der eigenen Stadt bzw. Verbandsgemeinde versorgt werden.

Mit einer Selbstversorgerquote (Quoten vgl. Tab. 5) von 72,4 % sind die Einwohner von Bad Breisig hierbei noch am mobilsten. Dabei liegen Hausarztstandorte in der VG Brohlthal sowie den Städten Remagen und Sinzig in gut erreichbarer Nähe, sodass die durchschnittliche Fahrstrecke in der ohnehin kompakten Verbandsgemeinde trotzdem mit 4,1 km die zweitniedrigste in der Gesamtregion ist.

Für Patienten aus der VG Brohlthal spielen Bad Neuenahr-Ahrweiler, Mendig und Pellenz eine relativ bedeutende Rolle. Hierbei ist zu beachten, dass Teile der VG Brohlthal näher an den benachbarten Städten als an den Versorgungsstandorten in der eigenen Verbandsgemeinde liegen. Diese sind damit naheliegende Ziele für die Bewohner dieser Ortsgemeinden.

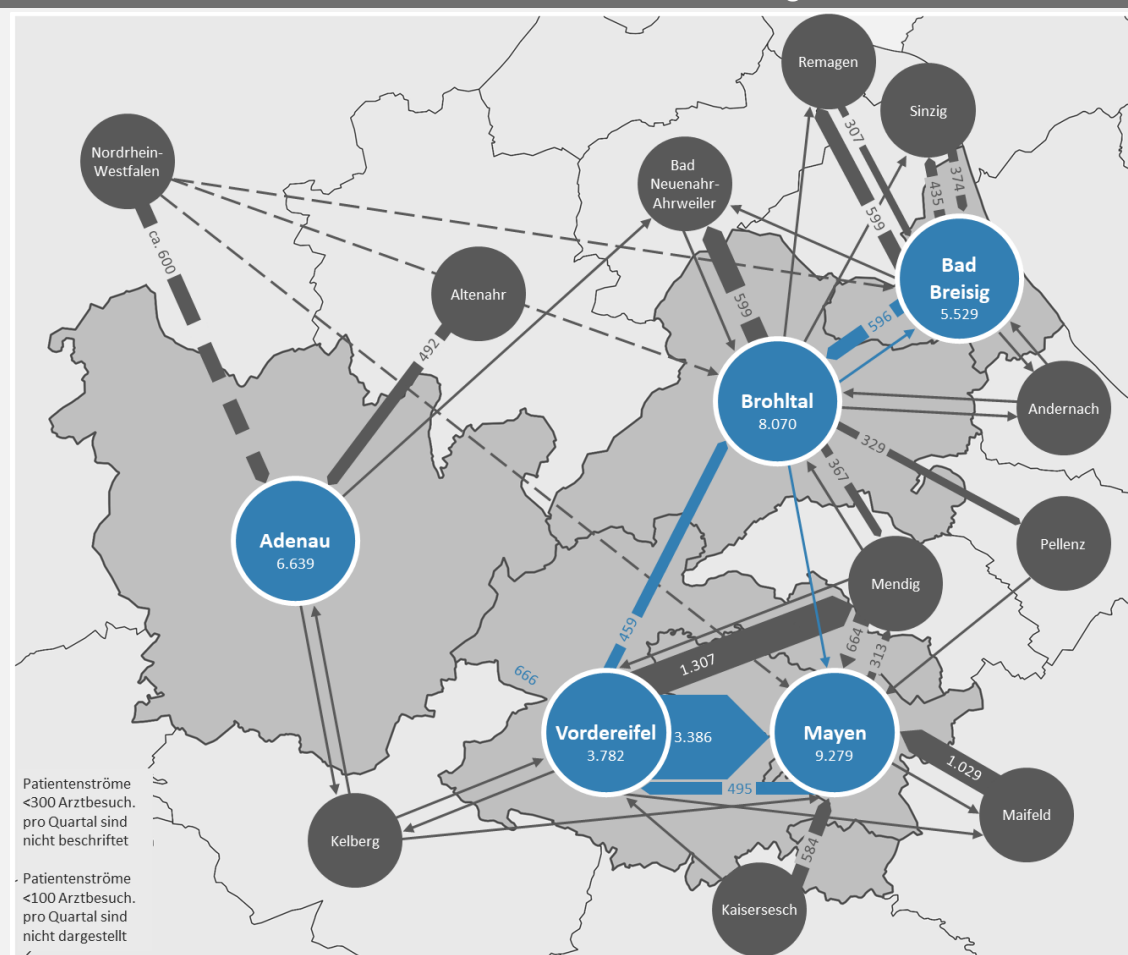
Anders stellt sich die Situation auf den ersten Blick in der VG Vordereifel dar. Die Verbandsgemeinde verfügt nicht über umfangreiche eigene Versorgungskapazitäten, sondern ist stark auf ihre Nachbargemeinden ausgerichtet. Dies ist hauptsächlich durch die geographische Lage der Verbandsgemeinde begründet, die die Stadt Mayen zu drei Vierteln umschließt und deren nordöstlicher Teil direkt an die Stadt Mendig grenzt. Mayen übernimmt ferner beispielsweise als Verwaltungssitz nicht nur in der Versorgung eine wichtige Rolle für die VG Vordereifel. So bleiben 81,5 % der scheinbar besonders mobilen Einwohner der VG Vordereifel für ihre Arztbesuche in der Region Rhein-Eifel, da Mayen für sie das bei weitem wichtigste Ziel ist.

Die geringste Mobilität über die Verbandsgemeindengrenzen weisen die Bewohner der VG Adenau auf: Nur 7,5 % der Arztbesuche finden außerhalb der Verbandsgemeinde statt.

Für die Arbeit in der Region bedeutet das einerseits, dass die Einwohner der beteiligten Kommunen derzeit weitestgehend wohnortnah versorgt werden. In den dörflich geprägten Strukturen der Projektregion bedeutet eine wohnortnahe Versorgung auch, dass nicht jede Ortsge-
meinde ihren eigenen Arzt hat und somit Einwohner der kleineren Dörfer mit großer Selbstver-
ständlichkeit Fahrtstrecken für Arztbesuche auf sich nehmen. Sicherung der wohnortnahen Ver-
sorgung bedeutet in der Projektregion also die Entwicklung von gezielten Ansätzen, um die Ver-
sorgung insbesondere derer zu gewährleisten, die nicht oder nur eingeschränkt mobil sein kön-
nen.

Gleichzeitig ist der geringe Grad an Verknüpfung zwischen den Verbandsgemeinden (mit Aus-
nahme der VG Vordereifel und der Stadt Mayen) ein Hinweis darauf, dass wohnortnahe Versor-
gung für die Bevölkerung derzeit mehrheitlich eine Versorgung in den Zentren der eigenen Ver-
bandsgemeinden bedeutet.

Abb. 6: Patientenmobilität für Hausarztbesuche in der Region Rhein-Eifel



Eigene Darstellung. Datenquelle: KV RLP. Stand: 1. Quartal 2017.

Tab. 5: Anteil der Hausarztbesuche in Verbandsgemeinde und Region und durchschnittliche Fahrdistanzen

Verbands- gemeinden	Arztbesuche*	Anteil der Arztbesuche in...		Entfernung zum Arzt
	<i>nach Wohnort der Patienten</i>	<i>...der eigenen Verbandsgemeinde</i>	<i>...der Region Rhein-Eifel</i>	<i>Durchschnittl. Fahrtstrecke Arztbesuch</i>
Adenau	7.177	92,5%	93,4%	6,5 km
Bad Breisig	7.636	72,4%	80,2%	4,1 km
Brohltal	10.650	75,8%	79,8%	5,6 km
Mayen	10.632	87,3%	92,4%	3,1 km
Vordereifel	10.175	37,2%	81,5%	6,4 km

* Die erfassten Arztbesuche beziehen sich ausschließlich auf Arztbesuche innerhalb von Rheinland-Pfalz. Arztbesuche von Patienten aus den Verbandsgemeinden der Region Rhein-Eifel in anderen Bundesländern (v.a. Nordrhein-Westfalen) werden von der KV Rheinland-Pfalz nicht erfasst.

Stand: 1. Quartal 2017. Darstellung: Quaestio/IfA. Datenquelle: KV RLP

2.5 Ableitung und Diskussion eines räumlichen Versorgungsindex

Um ein kleinräumiges Bild der Versorgungssituation in den Ortsgemeinden zu erhalten, wurde ein Versorgungsindex entwickelt. Dieser bildet Erreichbarkeit, Umfang und Breite der medizinischen Leistungen ab. Berücksichtigt wurden der Zugang zu Hausärzten, Fachärzten, Apotheken und Krankenhäusern sowie die Fahrzeit ausgehend von den Rettungswachen (Gewichtung siehe Tab. 6). Dem zu Grunde liegen PKW-Fahrzeitanalysen, die die Erreichbarkeit ausgehend von den Siedlungsschwerpunkten in den Ortsgemeinden abbilden. In der Analyse wurden neben den versorgungsrelevanten Standorten in der Region Rhein-Eifel auch die Standorte in den nordrhein-westfälischen und rheinland-pfälzischen Nachbarkommunen berücksichtigt.

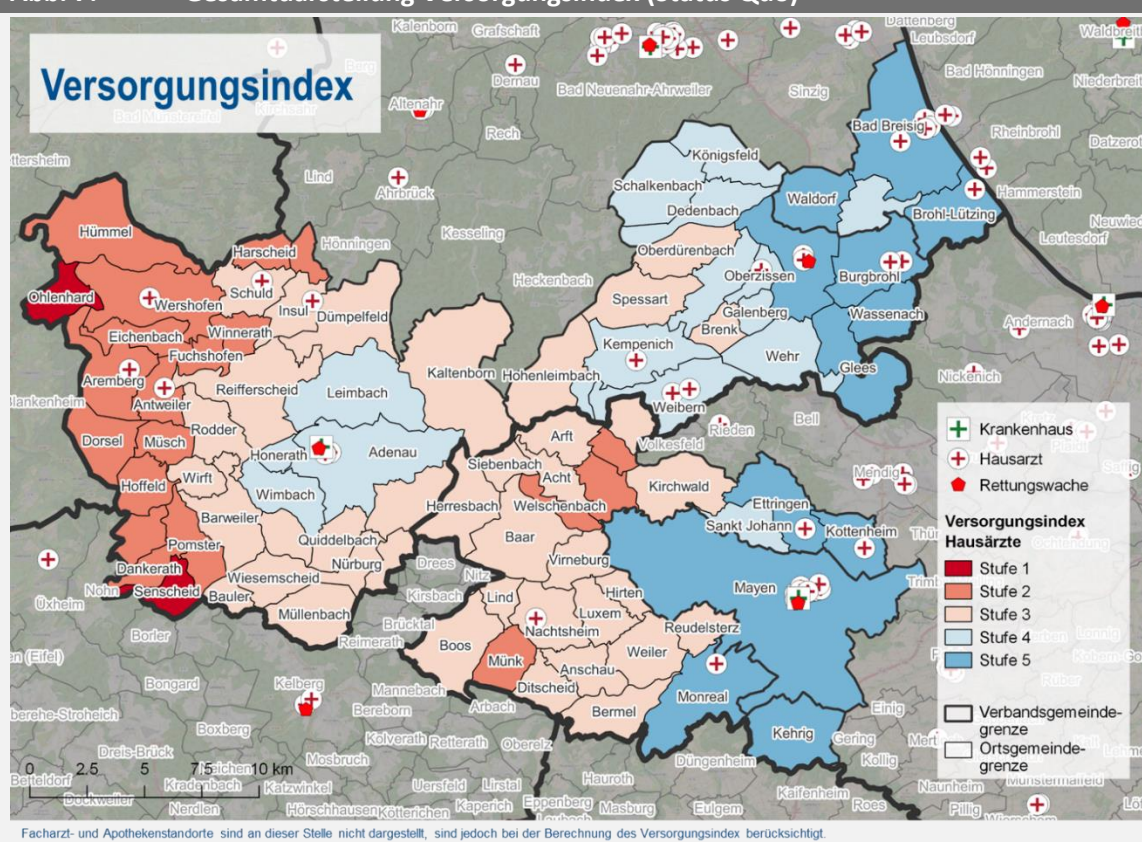
So wurde in einem ersten Schritt die Situation der Ortsgemeinden im Status Quo bewertet. Ausgehend davon wurden Szenarien entwickelt, die die Auswirkungen des Wegfalls einzelner Standorte simulieren können. Dieses Instrument sollte im weiteren Projektverlauf unter anderem dazu eingesetzt werden, die Versorgungspotenziale von zu entwickelnden Lösungen zu simulieren. Aufgrund der geringen Entwicklungsbereitschaft in der Region war dies im Projektzeitraum jedoch noch nicht möglich.

2.5.1 Versorgung im Status Quo

Abb. 7 zeigt das Ergebnis der Gesamtdarstellung der Situation im Status Quo. Auffällig ist das deutliche Ost-West-Gefälle in der Versorgungsdichte. Dieses spiegelt die großräumliche Lage der Region Rhein-Eifel wieder. Die östlichen, teils zum Rhein hin orientierten Gemeinden sind einerseits in sich gut erschlossen (Bad Breisig, Burgbrohl, Mayen), andererseits sind die umfassenden Versorgungsangebote in den nächstgelegenen Städten entlang der Rheinschiene gut erreichbar. Weiterhin befinden sich auf der Schiene zwischen Bad Breisig und Mayen die Ortsgemeinden Burgbrohl, Niederzissen und Mendig, die jeweils zur Versorgung beitragen. Demgegenüber weisen die Eifelgemeinden westlich von Mayen eine lichtere Bevölkerungsdichte und damit einhergehend auch eine weitaus geringere Dichte von Versorgungsangeboten auf. Insbesondere die dörflichen Ortsgemeinden im Westen der VG Adenau sind durch ein geringes Angebot und vergleichsweise hohe Fahrzeiten gekennzeichnet. Anders als im Osten der Projektregion können

hier auch die Nachbarkommunen das Angebot kaum ergänzen. Angesichts der geringeren Bevölkerungszahlen in den westlichen Ortsgemeinden reicht hier freilich eine geringere Angebotsdichte, um eine ausreichende Versorgung der Einwohner zu gewährleisten. Dieser Umstand wird deutlich, wenn die Bevölkerungsanteile in den Versorgungsklassen betrachtet werden (vgl. Tab. 7): 76 % der Bevölkerung in der Region Rhein-Eifel lebt in Gemeinden, die in die zwei obersten Klassen eingeordnet sind. Demgegenüber leben nur 6 % in den zwei am schlechtesten bewerteten Klassen. Versorgungsqualität definiert sich jedoch nicht einzig über die Verfügbarkeit, sondern auch über die Auswahl an Angeboten. Ebenso liegt das Risiko in diesen Regionen höher, bei Wegfall weniger Standorte eine deutliche Verschlechterung des Zugangs zur medizinischen Versorgung zu erleiden.

Abb. 7: Gesamtdarstellung Versorgungsindex (Status Quo)



Eigene Berechnung und Darstellung. Datenquellen: KV RLP, Landeskrankenhausplan RLP, Ministerium des Inneren und für Sport (Rettungswachen). Stand: 20.09.2017.

Tab. 6: Gewichtung der Erreichbarkeitszonen im Versorgungsindex

Fahrzeit	Hausarzt	Facharzt	Krankenhaus	Rett.-dienst	Apotheke
Bis 5 Min.	3	1	2	6	1
Bis 10 Min.	1,5	0,75	1,5	6	0,75
Bis 15 Min.	1	0,5	1	4	0,5
Bis 20 Min.	0,2	0,3	0,5	0	0,2
Bis 25 Min.	0	0,2	0,25	0	0
Bis 30 Min.	0	0,1	0,1	0	0
Max. Punkte	20	15	10	12	15

Tab. 7: Gemeindezahl und Bevölkerung in den Versorgungsklassen

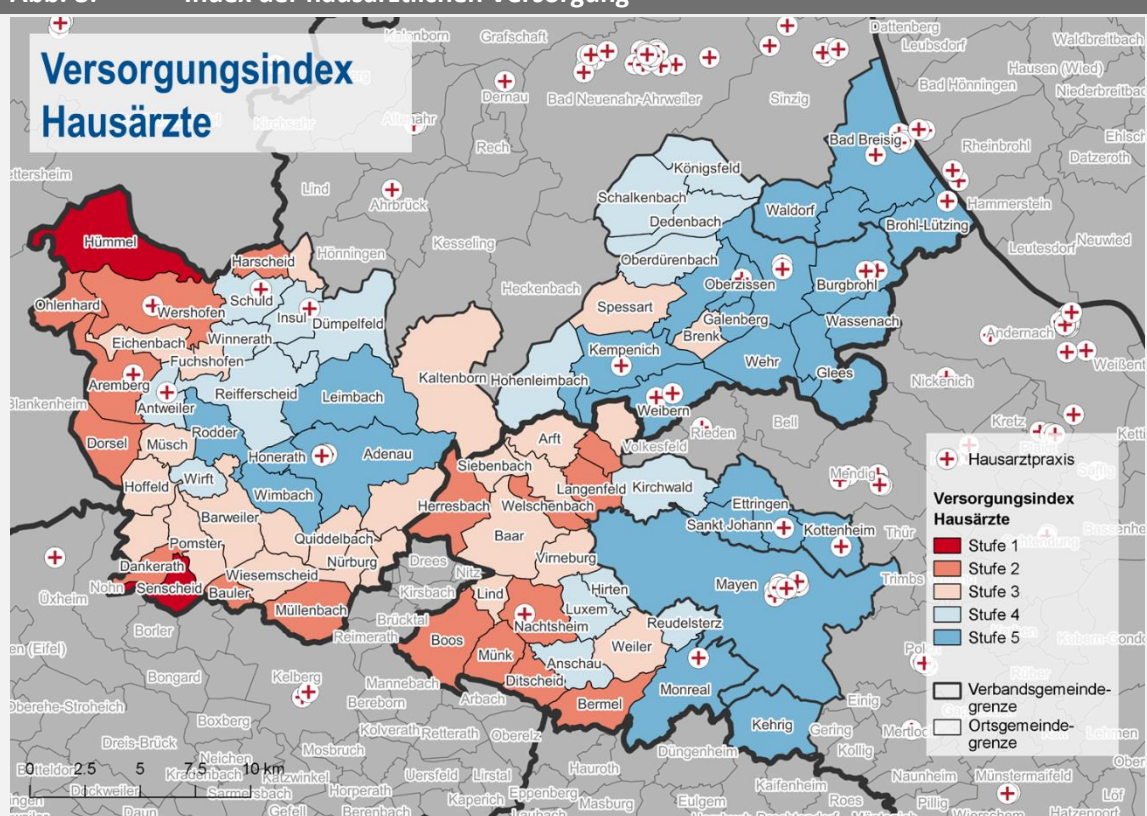
	Klassen	Klassen- grenzen	Anzahl der Gemeinden	Bevölkerung	Anteil Bevölkerung
1	Schlechte Vers.	Bis 14,4 Punkte	2	245	0,3 %
2	Eher schlechte Vers.	Bis 28,8 Punkte	19	4.740	5,9 %
3	Durchschnittliche Vers.	Bis 43,2 Punkte	38	14.616	18,2 %
4	Eher gute Vers.	Bis 57,6 Punkte	15	14.269	17,8 %
5	Gute Vers.	Bis 72,0 Punkte	12	46.417	57,8 %

Quelle: Eigene Berechnung und Darstellung

2.5.2 Szenario: Wegfall von Hausarztpraxen

Eines der klaren Hauptthemen im Projekt war von Beginn an die Sicherung der hausärztlichen Versorgung. Vor diesem Hintergrund wurde eine Variante des Versorgungsindex berechnet, in der zunächst der Zugang zur hausärztlichen Versorgung bewertet und in einem zweiten Schritt der Wegfall einzelner Praxen simuliert wurde.

Abb. 8: Index der hausärztlichen Versorgung



Eigene Berechnung und Darstellung. Datenquelle: KV RLP.

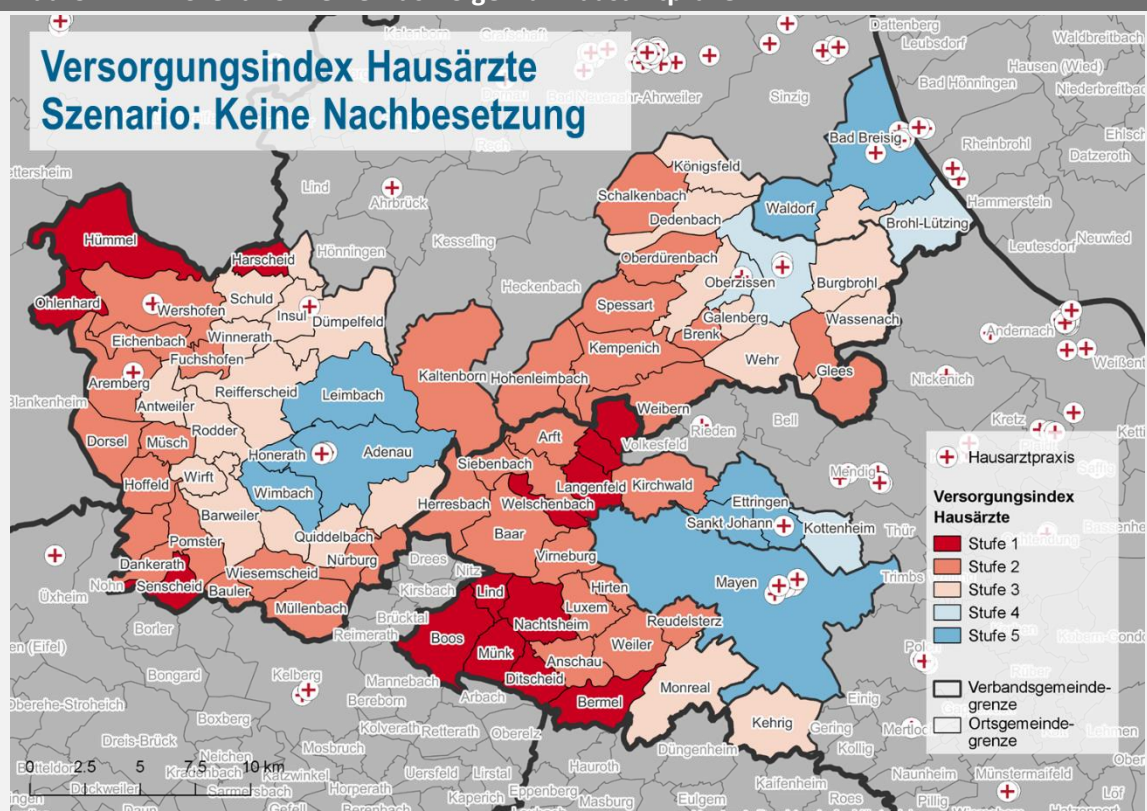
Hierzu wurden die weiteren Indikatoren (Krankenhäuser, Fachärzte etc.) ausgeblendet und ein Index der hausärztlichen Versorgung erstellt (Abb. 8). Durch die vergleichsweise dezentralere Verteilung der Hausarztstandorte werden die Ortsgemeinden im Norden der VG Adenau zunächst aufgrund der dort verteilten Praxen gut bewertet. Teile der VG Vordereifel hingegen werden durch die geringe Zahl dort niedergelassener Hausärzte in den Stufen 2 und 3 bewertet. Die

VGen Brohltal und Bad Breisig sind in der Fläche gut erschlossen und verfügen durch die Nähe zu Bad Neuenahr-Ahrweiler und Andernach zusätzlich über einen guten Zugang zu hausärztlicher Versorgung.

Um eine erste Variante zu modellieren, wurden die orts- und sachkundigen Vertreter des Auftraggebers gebeten, ihre Einschätzung zur Altersstruktur der Ärzte und dem daraus erwachsenden Nachbesetzungsbedarf der Praxen zu geben. Ausgehend davon wurde das Szenario „Keine Nachbesetzung“ entwickelt, in dem der Wegfall dieser Praxen simuliert wird. In der ursprünglichen Intention sollte das Szenario in Zusammenarbeit mit den lokalen Mobilisierungsgruppen konkretisiert werden und später als Ausgangspunkt für weitere Überlegungen zu möglichen Standorten und Handlungsräumen für neue Versorgungslösungen dienen. Aufgrund der geringen Handlungsbereitschaft in der Region und der dadurch nötigen Nachsteuerung im Gesamtprojekt konnte dieses Vorgehen jedoch nicht beibehalten werden. Somit handelt es sich bei dem Szenario lediglich um eine erste Diskussionsgrundlage.

Gleichwohl wird darin verdeutlicht, wie vulnerabel die Region zwischen Adenau und Mayen im hausärztlichen Bereich ist. Fallen in diesem Bereich die Praxen in Nachtsheim und Monreal weg, wird die hausärztliche Versorgung stark geschwächt. Ebenfalls zeigt das Szenario, wie schnell eine durch im Raum verteilte kleine Praxen versorgte Region wie der Nordwesten der VG Adenau eine deutliche Schwächung erfahren kann.

Abb. 9: Szenario: Keine Nachfolger für Hausarztpraxen



Eigene Berechnung und Darstellung. Datenquelle: KV RLP.

2.5.3 Weitere Szenarien

Um eine Basis für das im ursprünglichen Projektdesign vorgesehene Handlungsfeld Notfallmedizin und Rettungsdienst zu schaffen, wurde weiterhin ein Ausgangsszenario für die Erreichbarkeit ausgehend von den Rettungswachen entwickelt. Dieses zeigt, dass die Gemeinden Eichenbach und Fuchshofen im Nordwesten der VG Adenau einen Notarzt-Anfahrtsweg von über 15 Minuten aufweisen. Gleiches gilt für mehrere zwischen Adenau und Mayen gelegene Ortsgemeinden der VG Vordereifel (Acht, Arft, Hausten, Langescheid, Langenfeld, Welschenbach). Rücksprache dem leitenden Notarzt am Krankenhaus Adenau erbrachte die Information, dass die Fahrzeitberechnung eher konservativ sei und nach seiner Einschätzung die 15-Minuten-Marke noch für weitere Gemeinden in dieser Region überschritten werde. Eine weitere umsetzungsorientierte Arbeit im Themenfeld Notfallversorgung ergab sich im Rahmen des Projekts jedoch aus zeitlichen und Kapazitätsgründen der beteiligten Akteure leider nicht (vgl. Kapitel 3.4).

2.6 Zwischenfazit

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass in Teilen der Region Rhein-Eifel bereits jetzt akuter Handlungsbedarf zur Sicherung der ambulanten Versorgung besteht. In den nächsten fünf bis zehn Jahren wird insbesondere eine große Zahl von Hausärzten in den Ruhestand eintreten, wodurch viele Praxen zur Abgabe stehen werden. Bereits jetzt ist nicht nur in ländlichen Regionen der Nachwuchsmangel spürbar, der die Nachbesetzung hausärztlicher Praxen zunehmend erschwert. Die im Exkurs skizzierten veränderten Ansprüche insbesondere junger (Haus-)Ärztinnen an ihre Arbeitsplätze sind gerade mit der Arbeit in den besonders ländlich geprägten Eifelgemeinden (VG Gen Adenau, Vordereifel) jenseits der Rheinschiene und der dortigen Praxisstruktur schwer zu vereinbaren.

Bereits jetzt gibt es insbesondere im Norden der VG Adenau und zwischen den Städten Adenau und Mayen Lagen mit geringer Versorgungsdichte und einem hohen Versorgungsrisiko. Die Szenariorechnung zeigt, dass bereits der Wegfall einzelner Standorte die Versorgung in der Fläche stark beeinträchtigen kann. Angesichts der gerade in diesen Lagen nahezu exklusiv vorzufindenden klassischen „Landarzt“-Einzelpraxen sind Nachbesetzungen hier eher unwahrscheinlich.

Parallel zur zunehmenden Zentralisierung der ärztlichen Versorgung und dem ebenfalls zunehmenden Hausärztemangel zeigt sich der demographische Wandel in der Region. Zu der Problematik längerer Fahrstrecken zur Arztpraxis und sinkender Ärztezahlen kommen also die Alterungs- und Schrumpfungstendenzen in der Region hinzu: Die Einwohnerzahlen gehen zwar insgesamt zurück; gleichzeitig wird die Bevölkerung jedoch älter, sodass durch altersbedingte, komplexe Krankheitsbilder (Multimorbidität) der Behandlungsbedarf gleichbleibt oder gar ansteigt. Dieser zusätzliche ärztliche Betreuungsaufwand betrifft vor allem hochaltrige Personen, die aufgrund ihres Alters oder ihrer Krankheitsbilder oft nicht mehr oder nur eingeschränkt mobil sind.

Somit ergibt sich aus der Betrachtung der Versorgungsstrukturen und des zukünftigen Versorgungsbedarfs akuter Handlungsbedarf in der Region. Der laufende und kaum abzuwendende Trend zur fortschreitenden Konzentration der Versorgungsangebote auf die regionalen Zentren muss so gesteuert bzw. durch Angebote ergänzt werden, dass die Versorgung in der Fläche gerade für eingeschränkt und nicht mobile Patientengruppen gewährleistet bleibt. Hierzu können Mobilitätsangebote für die Bevölkerung sowie dezentral verteilte und ggf. nicht dauerhaft besetzte Praxis-Zweigstellen eingesetzt werden. Weiterhin können eine engere sektorenübergreifende Zusammenarbeit sowie eine enge Kooperation zwischen Medizin und Pflege dazu beitra-

gen, dass ein Angebot in der Fläche erhalten bleibt. Delegationsmodelle (z.B. VERAH, NÄPa, Delegation im Pflegebereich) senken im aufsuchenden Bereich die Hausbesuchslast der niedergelassenen Ärzte und können so die Effizienz der Arbeit in den Praxen erhöhen.

All diese Angebote können jedoch nur entwickelt werden, wenn ihnen leistungsfähige Praxisstrukturen zu Grunde liegen. Derzeit bestehen noch keine ausreichenden Voraussetzungen hierfür. Die Arztpraxen sind kleinteilig organisiert und verfügen ohne den Aufbau von Kooperationen nicht über die personellen und wirtschaftlichen Kapazitäten, entsprechende Angebote aufzubauen.

Somit wird es nötig sein, das Thema „Sicherung der Versorgung“ dauerhaft bei den Gesundheitsakteuren und den Kommunen in der Region zu verankern. Kapitel 3 legt die Versuche dar, im Rahmen des Projekts in diesen Prozess einzusteigen.

3 Zusammenarbeit mit Gesundheitsakteuren

Das Projekt war in seiner ursprünglichen Form stark darauf ausgelegt, in enger Zusammenarbeit mit den Gesundheitsakteuren in der Region umgesetzt zu werden. So war es das Ziel, gemeinsam mit den Akteuren vor Ort auf die jeweiligen lokalen Voraussetzungen und Bedürfnisse zugeschnittene Projektansätze zu entwickeln, die in Folgeprojekten in die Umsetzung zu bringen wären. In einer Reihe von „lokalen Mobilisierungswerkstätten“ sollte der Kontakt insbesondere zu den Ärzten aufgebaut werden. Ausgehend davon sollten in einer thematischen Arbeitsphase fünf Werkstattreihen mit je zwei Werkstattveranstaltungen durchgeführt werden. Hierzu wurden folgende Themenfelder benannt:

- Fachkräftesicherung und Ausbildung
- Notärztliche Versorgung/Erstversorgung
- Gesundheitszentren
- Delegation und häusliche Versorgung
- Flankierende Maßnahmen

Die im Rahmen der Werkstätten entwickelten Projektansätze sollten auf einer anschließenden Klausurtagung allen Teilnehmern präsentiert und im Plenum diskutiert werden. Im Ergebnis sollten Projektsteckbriefe entstehen, in denen die Schritte zur Umsetzung skizziert werden.

Lokale Mobilisierungswerkstätten fanden für die VG Adenau und – zusammengelegt für die Stadt Mayen und die VG Vordereifel – in Mayen statt. Um einen Überblick über die Versorgungssituation und die Herausforderungen in den einzelnen Teilregionen zu geben, wurden auf die lokale Situation bezogene Auswertungen der in Kapitel 2 dargelegten Basisanalyse präsentiert. Die Ergebnisse wurden durch ortskundige Einblicke der anwesenden Ärzte ergänzt. Das Interesse aus der Ärzteschaft, sich über diese Veranstaltungen hinaus am Projekt zu beteiligen, war jedoch gering. In Adenau wurde lediglich diffuses Interesse am Themenkomplex Gesundheitszentren geäußert, ohne dass jedoch ausreichende Meldungen für die thematischen Werkstätten gefolgt wären. In Mayen zeigten sich einzelne Ärzte an einer Weiterarbeit zum Thema Gesundheitszentren interessiert.

In den VGen Bad Breisig und Brohltal kam keine lokale Mobilisierungswerkstatt zustande. Es wurden zwei Termine geplant, zu denen jeweils postalisch und per Fax eingeladen wurde. Nachdem beide Termine aus Mangel an Teilnehmern abgesagt werden mussten, wurden die Ärzte kontaktiert, um ihre Einschätzung zu Versorgungsbedarfen vor Ort in Telefoninterviews abzufragen. Hierzu wurden 16 Haus- und Facharztpraxen für ein Interview angefragt. Kam trotz grundsätzlichem Interesse an einem Gespräch nach mehreren Kontaktversuchen kein Telefontermin mit einem Praxisinhaber zustande, wurde ein Fax mit Informationen zu dem Gesprächsanliegen und Bitte um Kontaktierung versendet. Bestand keine Bereitschaft zu einem telefonischen Gespräch, wurde die Weitergabe eines Informations-Fax mit der Einladung zur Teilnahme am weiteren Projektverlauf („thematische Werkstätten“) an die Ärzte vereinbart. Fünf Ärzte

standen schließlich für Telefoninterviews zur Verfügung. Die Gespräche wurden in einem Ergebnisprotokoll festgehalten, das die Einschätzungen zur Versorgungslage in den beiden Verbandsgemeinden zusammenfasst.

Aufgrund der beschriebenen geringen Mitwirkungsbereitschaft wurde die Zahl der Werkstattreihen in der thematischen Arbeitsphase frühzeitig von fünf auf drei verringert. Die Themen Gesundheitszentren, Delegation und Flankierende Maßnahmen sind eng miteinander verwoben, sodass sie ohne inhaltliche Einbußen zusammengezogen behandelt werden können: Sie sind jeweils Teilaspekte einer zeitgemäßen Versorgungsstruktur.

Zum Abschluss der Mobilisierungsphase wurde deutlich, dass trotz einer verringerten Zahl von Werkstattreihen keine ausreichende Zahl von Teilnehmern aus Ärzteschaft, nichtärztlichen Leistungserbringern, Politik und Verwaltung für die weitere Arbeit in den thematischen Werkstätten zur Verfügung stehen würde. Um die Teilaspekte Notarztversorgung, Weiterbildung und Gesundheitszentren dennoch voranzutreiben und Projektsteckbriefe im Rahmen eines Gesamtkonzepts zu entwickeln, wurde in Abstimmung mit dem Auftraggeber von den offenen Werkstattformaten abgerückt und ein Vorgehen in kleineren Arbeitsgruppen mit den Personen und Organisationen vereinbart, die sich zuvor interessiert und handlungswillig gezeigt hatten. Zusätzlich wurden noch weitere relevante Akteure für die Mitwirkung gewonnen.

Darüber hinaus wurde durch den Landkreis Mayen-Koblenz das Themenfeld Telemedizin in das Projekt eingebracht. Hierzu hatte sich im Rahmen des Förderprogramms Land.Digital 2017 ein Konsortium gegründet, das ein Telemedizin-System in der Region Mayen erproben wollte. Das Projekt war zwar nicht gefördert worden, die Projektpartner standen jedoch noch für eine Mitarbeit zur Verfügung. Dementsprechend wurde neben der Arbeit mit den Arbeitsgruppen ein aktualisiertes und konkretisiertes Konzept für ein telemedizinisches Pilotprojekt inklusive einer lokalen Erprobung und der Einführung in der Gesamtregion entwickelt.

Nachdem in den Arbeitsgruppen nicht wie ursprünglich geplant Ergebnisse im Dialog mit den Gesundheitsakteuren erarbeitet und umgesetzt werden konnten, wurde mit dem Auftraggeber vereinbart, dass zu den Handlungsansätzen Gesundheitsdialog und Planung, Lokale Gesundheitszentren (LGZ), dörfliche Gesundheitsversorgung und Telemedizin jeweils Projektskizzen entwickelt werden sollten, die in ein Gesamtkonzept zur ambulanten Versorgung eingebettet sind. Zu diesen Themenfeldern wurde das Wissen über die Region durch zusätzlichen Desk Research ergänzt, um zielführende, auf Best-Practice-Beispielen basierte Handlungsempfehlungen zu erarbeiten.

Das hier umrissene Um- und Nachsteuern machte es notwendig, mehrfach aufwändige Neukonzipierungen für das Projekt zu entwickeln, abzustimmen und zu organisieren.

Die Ergebnisse der Arbeitsgruppen werden im Folgenden kurz skizziert. Die entwickelten Handlungsempfehlungen sind umfassend in Kapitel 5 beschrieben.

3.1 Ambulante hausärztliche Versorgung Adenau

3.1.1 Hintergrund: Versorgungssituation in der VG Adenau

In der VG Adenau wurde gesteigerter Bedarf zur Entwicklung und Sicherung der Versorgungsstrukturen identifiziert. Ähnlich wie in den anderen Projektgemeinden prognostiziert die Bevölkerungsvorausberechnung einen Bevölkerungsrückgang bis 2040 um ca. 10 %, während durch die Alterung der geburtenstarken Jahrgänge der Anteil der älteren Bevölkerung über 65 Jahre

auf 38 % ansteigt (2017: 25%)⁸. Aufgrund des Anstiegs der Zahl älterer Menschen über 65 um ca. 1.200 (2017: 3.244 über 65-jährige, 2040: 4.438 über 65-jährige) bleibt die Zahl der jährlich notwendigen Arztkontakte nahezu konstant (vgl. Kapitel 2). Das bedeutet: Der Versorgungsbedarf geht kaum zurück, während die Patienten durch altersbedingte Multimorbidität nicht nur mehr Behandlungen benötigen, sondern im Durchschnitt auch komplexere Krankheitsbilder aufweisen.

Die haus- und fachärztliche Versorgung ist stark auf die Stadt Adenau ausgerichtet. Die Versorgungsangebote im Norden der Verbandsgemeinde sind eher schwach. Somit besteht ein besonderes Bedürfnis, dort vor allem auch die hausärztliche Versorgung in der Fläche zu gewähren.

Weiterhin waren zum Untersuchungszeitpunkt (Juni 2017) sieben von elf Hausärzten älter als 55 Jahre, drei davon älter als 65. Damit sind in den nächsten Jahren mehr als die Hälfte der Hausärzte darauf angewiesen, Nachfolger für ihre Praxen zu finden. Im fachärztlichen Bereich wird die Region durch die dort niedergelassenen Ärzte bereits als unterversorgt wahrgenommen.

Vor diesem Hintergrund wurde besonderer Handlungsbedarf in der VG Adenau gesehen.

3.1.2 Aktivitäten in der VG Adenau

Auf der Mobilisierungsveranstaltung zum Auftakt der Projektarbeit in der Verbandsgemeinde wurde die Versorgungssituation durch die acht anwesenden Ärztinnen und Ärzte auf Basis der vorangegangenen Analyse diskutiert. Dabei konnten die Versorgungsrisiken in der haus- und fachärztlichen Versorgung konkretisiert werden.

Der Versuch, auf Basis der festgestellten Herausforderungen eine Aktionsgruppe zu gründen, die sich beispielsweise den Aufbau eines Lokalen Gesundheitszentrums zum Ziel setzen würde, blieb jedoch ohne Erfolg. Eine nennenswerte Beteiligung von Adenauer Ärzten an den folgenden Arbeitsphasen des Projekts fand nicht statt.

Stattdessen flossen die Erkenntnisse aus der VG Adenau in die Handlungsempfehlungen insbesondere zum Aufbau eines Gesundheitsdialogs sowie zur Entwicklung und zum Aufbau Lokaler Gesundheitszentren ein.

3.2 Projektgruppe Gesundheitszentrum Mayen

3.2.1 Ergebnisse aus der Projektgruppe Mayen

In der Region Mayen konnte eine Arbeitsgruppe von interessierten Gesundheitsakteuren gegründet werden, die sich insgesamt viermal traf. Bereits auf der Lokalen Mobilisierungswerkstatt in Mayen war eine Gruppe interessierter Ärzte in Erscheinung getreten, die bereits in der Vergangenheit einen Anlauf gestartet hatte, eine größere Praxisstruktur aufzubauen. Hierzu waren schon konkrete Überlegungen zu Kooperationspartnern, Immobilien etc. angestellt worden. Hauptakteur dieser Initiative war eine Gemeinschaftspraxis in Mayen.

In den Sitzungen wurden folgende Themen diskutiert:

- Möglicher Aufbau gemeinsamer Praxisstrukturen,

⁸ Quelle: Statistisches Landesamt Rheinland-Pfalz: Demographischer Wandel in Rheinland-Pfalz. Fünfte kleinräumige Bevölkerungsvorausberechnung für verbandsfreie Gemeinden und Verbandsgemeinden (Basisjahr 2017). Ergebnisse für den Landkreis Ahrweiler.

- stärkere Kooperation und Vernetzung untereinander,
- Möglichkeiten einer Entlastung der Ärzte, z.B. durch die gemeinsame Nutzung von Geräten oder gemeinsame Versorgungsangebote für Patienten,
- Delegation von Routinehausbesuchen durch VERAH/NäPa sowie
- Entlastung von Administrationsaufgaben/Bürokratieabbau.

Verschiedene denkbare Ansätze zur Kooperation wurden von Quaestio/IfA vorgestellt und diskutiert. Mit Hilfe einer Online-Konferenz konnte die Arbeitsgruppe mit den Gründerinnen und Gründern von drei unterschiedlichen innovativen Versorgungsmodellen live ihre Fragen klären. Auch wenn durchaus Interesse an stärkerer Kooperation geäußert wurde, war das Interesse am Aufbau eines gemeinsamen Versorgungsmodells (z.B. Ärztehaus mit eigenständigen Praxen, MVZ mit gemeinsamem Personal und enger Vernetzung) nicht so stark ausgeprägt, dass die Mitglieder der Arbeitsgruppe weitere Schritte dazu eingeleitet hätten.

Als mögliche konkrete Handlungsansätze wurden identifiziert:

- Vernetzung der Praxen durch ein gemeinsames EDV-System, Austausch von Patientendaten (beispielsweise Laborbefunde, CT, Medikamentenliste, Instant Messenger)
- Existenzsicherung und Sicherstellung der Weiterführung des Praxisbetriebs durch den Aufbau von genossenschaftlichen Strukturen

Dazu wären als nächste Schritte die Klärung praktischer und datenschutzrechtlicher Aspekte einer EDV-Vernetzung sowie die Einholung KV-rechtlicher und medizinjuristischer Stellungnahmen zur Gründung einer Ärztegenossenschaft oder vergleichbarer Organisationsstrukturen notwendig.

Die diskutierten Ansätze wurden trotz unserer organisatorischen Unterstützung von den Akteuren nicht bis zur Umsetzungsreife weiterentwickelt. Zu unterschiedlich schienen die Interessenlagen der Akteure und es fehlte ein Kümmerer vor Ort. Aufgrund der momentan noch genügenden Versorgungslage in Mayen war außerdem offenbar aus Sicht der Akteure noch kein ausreichender Handlungsdruck gegeben.

3.2.2 Detaillierter Ablauf und Sitzungsfolge

Auf einer konstituierenden Sitzung der Arbeitsgruppe wurden eine Sonderauswertung zur Versorgungssituation in Mayen vorgestellt und erste mögliche Eckpunkte eines etwaigen Lokalen Gesundheitszentrums diskutiert. Hierbei wurden die bisherigen Überlegungen der Partner vor Ort rekapituliert und die anstehenden Schritte für die erneute Aufnahme der Entwicklung eines LGZ durchgegangen. Dabei kam unter anderem der Wunsch auf, sich mit Vertretern von bestehenden guten Beispielen zu deren Erfahrungen auszutauschen. Als Ziel für die zweite Sitzung wurde festgelegt, die Ansprüche und Handlungsbereitschaften der beteiligten Akteure herauszuarbeiten und daraus einen ersten Konzeptentwurf zu entwickeln.

Zur Vorbereitung der zweiten Sitzung wurde unter der Kernfrage „Was ist Ihnen für Ihre Arbeit in der Zukunft wichtig“ ein Fragenkatalog entwickelt, der auf Metaplanwänden visualisiert wurde. Anhand dessen wurden die Wünsche und Ziele der Ärzte abgefragt, um einen Zielhorizont für die Gestaltung eines LGZ nach den Ansprüchen der Beteiligten zu benennen. Auf dieser Basis wurden die möglichen Ausrichtungen einer angepassten Lösung diskutiert. Die Befragung wurde für Arbeitsgruppenmitglieder, die nicht auf der Sitzung vertreten waren, und für zukünftig hinzustoßende Partner als Online-Befragung umgesetzt.

Im Anschluss an die zweite Sitzung wurden die Ergebnisse der Vor-Ort- sowie der Online-Befragung ausgewertet. Daraus wurden mögliche Organisationsformen für das LGZ abgeleitet. Davon ausgehend wurden für die zur dritten Sitzung geplante Videokonferenz geeignete Ansprechpartner aus bereits umgesetzten LGZ-Modellen recherchiert und angesprochen. Die Mitglieder der Initiativgruppe übernahmen die Aufgabe, weitere Kollegen anzusprechen, die am Aufbau eines LGZ Interesse zeigen würden. Dieser Aufgabe wurde nur teilweise und zögerlich nachgekommen.

Die dritte Sitzung wurde zum Austausch mit Vertretern des Gesundheitszentrums Büchenbeuren, des Schaafheimer Arzt- und Apothekenzentrums und des MVZ Dachau genutzt. Ausgehend hiervon wurden im Anschluss Konsequenzen und Schlüsse für ein LGZ in Mayen diskutiert. Die Gruppe blieb dabei weiterhin auf einem unverbindlichen Niveau und zeigte keine klare Intention, die Zusammenarbeit zu formalisieren.

Für die vierte Sitzung wurde daher ein Moderationskonzept entwickelt, das explizit den Austausch über die Bereitschaft, verbindlich zusammenzuarbeiten in den Vordergrund stellte. Es wurde vereinbart, dass die Ärzte Kollegen benennen, die zur Kooperationsanbahnung auf der vierten Sitzung dringend dabei sein sollten und diese auch persönlich ansprechen. Erneut wurde dieser Aufgabe zögerlich und nur auf wiederholte Nachfrage nachgekommen.

Auf der vierten Sitzung wurden in etwas erweiterter Runde die Ansprüche an eine Kooperation diskutiert. Dabei stellten sich die Interessen der Beteiligten als zu heterogen heraus, um gemeinsam getragene Strukturen, wie z.B. einen räumlichen Zusammenschluss oder die Gründung eines gemeinsamen MVZ, umzusetzen. Gleichwohl wurde zusätzlicher Informationsbedarf hinsichtlich der Möglichkeiten gegenseitiger Entlastung, dem Aufbau eines MVZ/Ärztehauses sowie einer Genossenschaft identifiziert. Hierzu sollten im Anschluss konkrete Fragen gesammelt werden, mit denen dann der Kontakt zur Beratungsstelle der KV und zu einem Fachanwalt gesucht werden würde.

Trotz mehrfacher Kontaktaufnahme zu den als zuständig erklärten Ärzten ging dieser Prozess kaum voran. Abschließend wurde durch die fehlenden Rückmeldungen deutlich, dass in der Ärzteggruppe kein Interesse an der weiteren Zusammenarbeit besteht. Mit dieser Erkenntnis zog sich der federführende Arzt aus dem Projekt zurück, sodass die Arbeit der Arbeitsgruppe hiermit de facto beendet war.

3.3 Projektgruppe Nachwuchsförderung und Weiterbildungsverbund Mayen/Adenau

Um das Thema Weiterbildung zielführend mit den relevanten Akteuren zu bearbeiten, wurde der Dialog mit den Krankenhäusern Adenau und Mayen sowie mit der KV RLP und der Kreisverwaltung Mayen-Koblenz aufgebaut. In vorbereitenden Gesprächen mit den Krankenhäusern wurde der Stand der Weiterbildung in der Region erhoben. Für die Region Mayen wurde deutlich, dass Krankenhaus, Kommune und niedergelassene Ärzte diesbezüglich bereits auf einem guten Weg sind. Ein Weiterbildungsverbund mit 16 Weiterbildern besteht in der Region Mayen und die derzeitigen Herausforderungen liegen eher in Verfeinerung und Erweiterung des Angebots. Das Gemeinschaftsklinikum (GK) Mayen erklärte sich bereit, das Krankenhaus in Adenau mit seinem gesammelten Know-How bei der Gründung und Ausgestaltung eines eigenen Weiterbildungsverbundes zu unterstützen.

Im Anschluss an den Vor-Ort-Termin am GK Mayen und einer Telefonkonferenz mit dem Krankenhaus in Adenau wurde ein Termin anberaumt, an dem gemeinsame Schwerpunktthemen

benannt wurden. Anwesend waren neben Quaestio, IfA und dem Regionalmanagement LAG Rhein-Eifel der geschäftsführende Direktor des St. Elisabeth Krankenhauses Mayen, die Gleichstellungsbeauftragte der Kreisverwaltung Mayen-Koblenz, ein Zulassungs- und Kooperationsberater der KV RLP sowie der Oberarzt der Anästhesie im Krankenhaus Adenau, der die Initiative für die notärztliche Nachwuchsgewinnung und Ausbildung gegründet hat. Leider nicht anwesend waren der Geschäftsführer des Krankenhauses sowie ein weiterbildungsbefugter Arzt der Inneren Medizin, der sich schwerpunktmäßig um die Ärzte in Weiterbildung im Krankenhaus Adenau kümmert.

Hierbei wurde deutlich, dass im Handlungsfeld Weiterbildung keine Handlungsansätze im Rahmen des LEADER-Projekts bestehen. Eine mögliche gegenseitige Unterstützung der Kliniken untereinander wurde von beiden Seiten positiv bewertet. Kernproblem beim Aufbau eines Weiterbildungsverbunds in Adenau ist jedoch die fehlende Bereitschaft und/oder Kapazität der niedergelassenen Ärzte, sich um Weiterbildungsermächtigungen zu bemühen und in die Kooperation mit der Klinik einzutreten. Somit gilt es zunächst, bei der lokalen Ärzteschaft für eine Kooperation zu werben. Hierzu wurde das Format einer Veranstaltung in Zusammenarbeit mit Ärztekammer und KV in Betracht gezogen. Ob die notwendigen Kapazitäten, dieses Vorhaben in die Umsetzung zu führen, bei den Verantwortlichen am Krankenhaus in Adenau vorhanden sind, blieb jedoch fraglich.

Ferner wurden Potenziale eines „Regionalmarketings“ gesehen, das als Reaktion auf den ärztlichen und nichtärztlichen Fachkräftemangel die Region präsentiert und bewirbt. Ebenso wurde die Idee einer regionalen Servicestelle benannt. Diese Gedanken werden in den Handlungsempfehlungen in Kapitel 5 aufgegriffen.

3.4 Notärztliche Versorgung Adenau

In der Region Adenau besteht bereits die Arbeitsgruppe *Unser*Notarzt*, die vom leitenden Notarzt des Krankenhauses Adenau initiiert und bereits mehrfach von den Medien aufgegriffen wurde.⁹ Im Rahmen des Projekts wurden ein „point-of-care“-Ultraschallgerät und ein entsprechender Simulator angeschafft, sodass jetzt Simulationstrainings für Medizinstudierende, Rettungsdienstmitarbeiter und den (not-)ärztlichen Nachwuchs angeboten werden können. Mit diesem attraktiven Angebot leistet die Initiative einen wichtigen Beitrag zur notärztlichen Nachwuchsgewinnung für die Region.

Im Rahmen des Projekts „Konzept zur Sicherstellung der ärztlichen Versorgung in der Region Rhein-Eifel“ war zunächst geplant, eine separate Werkstattreihe bzw. Arbeitsgruppe „Notärztliche Versorgung“ zu gründen. Im Projektverlauf wurde jedoch deutlich, dass das Hauptproblem in der Region in der Rekrutierung von an der Notarztmedizin interessierten Ärzten liegt. Auf Anregung der beteiligten Ärzte wurde das Thema Notärztliche Versorgung daher in die AG Nachwuchsförderung integriert und bei der zweiten Sitzung der AG diskutiert. Bei dieser Sitzung ging es im Kern um die Möglichkeiten der Gründung eines Weiterbildungsverbunds für den allgemeinmedizinischen Nachwuchs.

Als Idee wurde besprochen, die Simulationstrainings auszuweiten und als attraktives zusätzliches Angebot in einen zu gründenden Weiterbildungsverbund zu integrieren. Solche Trainings könnten sowohl für junge Allgemeinmediziner im Weiterbildungsverbund als auch für bereits niedergelassene Hausärzte als Weiterbilder angeboten und als Alleinstellungsmerkmal bewor-

⁹ Siehe hierzu z.B. www.planet-wissen.de/sendungen/sendung-notfallrettung-100.html

ben werden. Der Standort Adenau würde dadurch attraktiver werden. Außerdem können gemeinsame Trainings auch eine sehr gute Möglichkeit sein, erfahrene Niedergelassene mit potenziellen Nachfolgern zu vernetzen. Auch Nachwuchsärzte mit Interesse an der (nebenberuflichen) Tätigkeit als Notarzt könnten auf diese Weise gewonnen werden. Dazu müsste das Angebot entsprechend beworben werden. Es wäre zu erheben, welcher Bedarf im Rahmen eines Weiterbildungsverbunds entstehen würde. Da bereits eine Zertifizierung der Notarztsimulation seitens der Landesärztekammer vorliegt, könnten die bereits zur Verfügung stehenden ausgebildeten Instruktoren sowohl im Sektor Notfallmedizin als auch in der Ausbildung für regionale/überregionale Weiterbildungsverbünde Allgemeinmedizin am Standort Adenau aktiv werden. Unterstützungsmöglichkeiten im Rahmen des Projekts wurden hierzu jedoch nicht gesehen.

Im Anschluss an das 2. Treffen Nachwuchsförderung fand für den Bereich Notfallmedizin/Aus- und Weiterbildung noch ein Nachtreffen statt. Der Oberarzt der Anästhesie im Krankenhaus Adenau, Quaestio, IfA und das Regionalmanagement LAG Rhein-Eifel waren anwesend. Präsentiert wurden der Projektstand und die geplante weitere Zielrichtung des Projekts *Unser*Notarzt* bzw. darauf aufbauender Projekte. Im Verlauf dieser Nachbesprechung stellte sich heraus, dass derzeit bei den Beteiligten ein akuter Mangel an personellen und zeitlichen Ressourcen, gepaart mit einer generellen Unsicherheit über die Zukunft des Krankenhauses in Adenau herrscht. Diese Situation hat dazu geführt, dass die notwendigen nächsten Schritte für dieses und andere Projekte zurückgestellt wurden und auch von den Initiatoren des Projekts derzeit nicht mehr leistbar sind. Aus diesen Gründen konnte das Thema „Notärztliche Versorgung“ im Projektzeitraum nicht weiterverfolgt werden.

3.5 Projektgruppe IuK-Unterstützung für die Fallkoordination

3.5.1 Hintergrund

Im Kreis Mayen-Koblenz bestand bereits vor Projektbeginn eine Gruppe von kooperationswilligen Akteuren, die sich zu einem Projektantrag im Programm „BULE – Land.Digital 2017“ formiert hatte. Ziel des damals vorgeschlagenen Projekts war es, eine Telemedizin-Infrastruktur zur Verbesserung der Kommunikation zwischen niedergelassenen Ärzten, Pflegeanbietern und Krankenhäusern aufzubauen.

Im Projektantrag für Land.Digital 2017 wurde von der Einführung umfassender Telemedizin-Lösungen ausgegangen, ohne jedoch den Nutzen für die Versorgung der Patienten ausreichend zu konkretisieren. So konnte der Antrag den tatsächlichen Bedarf für neue Lösungen nicht ausreichend klar darlegen. Mit der im Rahmen des damaligen Projektantrags geschaffenen Kerngruppe von interessierten Ärzten, Pflegediensten und Pflegeheimen sowie Apotheken und dem GK Mayen-Koblenz besteht allerdings weiterhin eine handlungswillige und handlungsfähige Gruppe von verschiedensten Gesundheitsakteuren, die bereit sind, innovative Kommunikationswege zu erproben, um dadurch die Versorgung der Patienten in der Region zu verbessern.

Auf Anregen der Kreisverwaltung Mayen-Koblenz wurde die Idee dieser Gruppe neu aufgelegt. Der Projektbaustein „Digitale Fallkoordination“ wird, anders als die weiteren Bausteine des Konzepts zur Sicherstellung der ärztlichen Versorgung, zunächst nicht für die gesamte Region Rhein-Eifel, sondern vorerst zur Erprobung in einem Teilgebiet empfohlen. Da für dieses Thema bereits ein handlungswilliges regionales Konsortium besteht, sollte in einem ersten Schritt diese bereits etablierte Kooperationsstruktur genutzt und ggf. ausgebaut werden. Insbesondere vor dem Hintergrund, dass sich in der Bearbeitung des Gesamtprojekts die Kooperationsanbahnung mit den

Gesundheitsakteuren zäh gestaltet hat, ist es empfehlenswert, die Arbeit in einem bereits bestehenden, am Thema interessierten Konsortium einzuleiten.

Der Erfolg des Projekts in der Pilotregion soll es erleichtern, das entwickelte Konzept bei Akteuren in der Gesamtregion bekannt zu machen und gute Argumente zu liefern, um sie in einem weiteren Projekt- und Förderabschnitt in die Erweiterung der bereits erprobten und optimierten Prozesse einzubinden.

3.5.2 Zielsetzung und Vorgehensweise

Ziel der Neuentwicklung des Projektantrags war es, auf der einen Seite den Fokus des Antrags hinsichtlich des Nutzens für Patienten und Versorgende zu schärfen, andererseits die tatsächlich vorhandenen Kommunikationsbedürfnisse und Situationen herauszustellen und aufbauend darauf eine angepasste Lösung zu entwickeln. Dabei sollte es nicht um Techniknutzung zum Selbstzweck oder um die Entwicklung und Erprobung neuer digitaler Lösungen zu späteren Vermarktung durch kooperierende Softwareanbieter, sondern um eine niedrigschwellige, vor Ort breit einführbare Lösung gehen.

Aufgegriffen wurden die Zielgruppe (Geriatriepatienten) und der zentrale Anspruch des Land.Digital 2017-Antrags, deren Versorgung zu verbessern, unnötige Krankenhauseinweisungen zu verhindern und den Datenstrom zwischen den versorgenden Ärzten, Pflegeeinrichtungen und anderen Leistungserbringern zu optimieren.

Um dies zu erreichen, wurden die Konsortialpartner erneut angesprochen. In leitfadengestützten Telefoninterviews mit Krankenhaus, Hausärzten, Pflegedienst und Pflegeheim wurden die bei der Versorgung von Geriatriepatienten regelmäßig auftretenden Kommunikationsbedarfe zwischen den Akteuren erhoben und analysiert. Ausgehend von den erfassten Abstimmungsbedarfen wurde der Projektsteckbrief „Digitale Fallkoordination im Überschneidungsbereich stationär/ambulant/häuslich“ entwickelt (vgl. Kapitel 5.6, Anhang 6.2).

3.6 Zwischenfazit

Festzustellen ist, dass das Thema „Sicherung der ambulanten Versorgung“ bei den Gesundheitsakteuren in der Region noch nicht mit ausreichender Dringlichkeit angekommen ist, um ein ausreichendes Engagement für die Gründung entsprechender Initiativen zu schaffen. Die Mobilisierung von interessierten Partnern aus der Breite der Ärzteschaft und sonstiger Gesundheitsakteure war über das gesamte Projekt hinweg sehr schwierig bis unmöglich. Mögliche Initiatoren von innovativen Projekten wie in der AG LGZ Mayen machten diese Erfahrung im Projektverlauf ebenfalls: Die Bereitschaft zum Engagement endete an dem Punkt, an dem verbindliche Absprachen zwischen zukünftigen Partnern zu treffen gewesen wären.

Als mögliche Ursachen hierfür lassen sich zusammenfassend folgende Probleme beschreiben:

- Gefühlte Dringlichkeit: obgleich objektiv bereits deutliche Anzeichen für eine baldige und dramatische Verschlechterung der Situation ausgemacht werden können (vgl. Kapitel 2), wird die Versorgungslage von den Akteuren vor Ort subjektiv noch als ausreichend bewertet. Einzelne Arztpraxen spüren zwar bereits steigende Patientenzahlen aus einem immer größeren Einzugsgebiet, können diese aber derzeit noch versorgen. Als Anreiz für proaktives Engagement zur Versorgungssicherung reicht der „Leidens-

druck“ somit offenbar bislang nicht aus. Insbesondere in den Initiativen zum Aufbau Lokaler Gesundheitszentren wurde aus der eigenen Arbeitssituation noch kein Bedarf für dringendes Handeln abgeleitet.

- **Handlungswillige Partner:** Auch interessierten Ärzten und/oder Institutionen fällt es schwer, zur Umsetzung innovativer Projekte motivierte Partner zu finden. Dies gilt beispielhaft für den Aufbau von Lokalen Gesundheitszentren, aber auch für ärztliches Engagement beim Aufbau eines Weiterbildungsverbunds Allgemeinmedizin mit dem Krankenhaus in Adenau. Zusätzlich wurde deutlich, dass Unterstützung durch die Kommunen oftmals gewünscht wird, jedoch selten erfolgt.
- **Kapazitäten:** Zum Aufbau von Initiativen zu den Handlungsfeldern Notfallversorgung, Weiterbildung oder Lokale Gesundheitszentren fehlt es vielfach an Kapazitäten. Die Ärzte oder Krankenhausverwaltungen selbst sind aus- und vielfach überlastet, sodass die Betreuung von zusätzlichen Projekten aufgrund personeller und zeitlicher Kapazitäten als nicht möglich angesehen wird. Dies betraf beispielsweise den Aufbau eines Weiterbildungsverbunds in Adenau oder einen Ausbau der Angebote in der Notarztausbildung.
- **Zuständigkeit/Übernahme von Verantwortung:** Gerade bei der Frage, wer sich um die Sicherung der ambulanten Versorgung zu kümmern hat, wird ein Dilemma der realen und empfundenen Zuständigkeiten deutlich. Die KV hat den Sicherstellungsauftrag inne und ist damit formal dafür zuständig, für eine angemessene ambulante ärztliche Versorgung zu sorgen. Dieser Auftrag bezieht sich jedoch auf einen anderen regionalen Zuschnitt (Sicherstellung der hausärztlichen Versorgung auf Mittelbereichsebene), als ihn Akteure aus der Region auf kleinräumiger Ebene im Blick haben. Niedergelassene Ärzte sehen dennoch die KV in der Pflicht und verweisen vielfach darauf, dass sie diese Aufgabe selbst nicht auch noch leisten können. Die Kommunen sind demgegenüber zumeist besorgt, dass Initiative von ihrer Seite einerseits als Einmischung empfunden werden könnte, andererseits ihre Kapazitäten und Fachkenntnisse nicht ausreichen, um sich mit dem Themenfeld zu beschäftigen. Somit bleibt unterm Strich keine Institution oder Personengruppe, die sich auf einer kleinräumigen Ebene für die Sicherung der Versorgung engagiert.
- **Kontinuität:** Mit dieser mangelnden Perspektive einer regionalen Zuständigkeit einher geht eine fehlende Kontinuität in der Bearbeitung des Themas „Sicherung der Versorgung“. Aus der Ärzteschaft heraus ist an dieser Stelle wenig zu erwarten. Aufgrund ihrer bestehenden Versorgungsaufträge sind die Interessenlagen individuell auf die eigene Praxisentwicklung bezogen. Die derzeitige Organisation und Vergütung in der ambulanten Versorgung in Deutschland hat nicht zum Ziel, dass die Leistungserbringer eine populationsorientierte „Public Health“-Perspektive einnehmen und Verantwortung für die Versorgung der Bevölkerung einer Region übernehmen. Aufgrund dieser Gemengelage sind Kommunen im Moment diejenigen lokalen bzw. regionalen Akteure, die das Thema schon aus Eigeninteresse heraus dauerhaft bearbeiten könnten und sollten.

Um die lokalen Gesundheitsakteure zu mobilisieren, zu vernetzen und in Partnerschaft mit der öffentlichen Hand Maßnahmen zu entwickeln, braucht es somit ein dauerhaftes und von politischer Seite aus getragenes Engagement. Die kommunale Seite ist hierbei derzeit noch zurückhaltend und sieht sich nicht in der Rolle, sich zu engagieren und Engagement bei anderen zu fördern und zu fordern. Dieses Selbstverständnis sollte sich ändern und eine aktive Rolle in der Entwicklung von Unterstützungsangeboten und Visionen zur Versorgungslandschaft der Zukunft eingenommen werden. Damit geht auch einher, dass langfristig eine Vision für die Versorgung in der Region entwickelt werden sollte.

Ansätze, die Inspiration für Maßnahmen geben sollen, werden in Kapitel 4 dargestellt. Erster Schritt ist jedoch zunächst die Entwicklung eines Kooperationsverhältnisses zwischen Kommunen und Gesundheitsakteuren, das die Entwicklung innovativer Lösungen ermöglicht. Die Schritte dazu werden in Kapitel 5 beschrieben.

4 Best Practice – Bausteine einer modernisierten Gesundheitsversorgung

Die räumlichen Strukturen und Betriebsformen in der ambulanten und stationären Gesundheitsversorgung befinden sich im Wandel. Von der Zentralisierung und Konzentration medizinischer Leistungen in Zentren sowie zunehmender fachlichen Spezialisierung der Leistungserbringer scheinen bisher vor allem die ländlichen Räume und hier insbesondere peripher gelegene, einwohnerschwache Gemeinden und Dörfer beeinträchtigt. In entlegeneren Regionen ist es eine große Herausforderung, die bestehenden Versorgungsstrukturen zu erhalten. Die Zahl der Ärzte wird aufgrund der Schwierigkeiten bei der Nachbesetzung freiwerdender Arztsitze abnehmen und die zurückzulegenden Distanzen zu den Versorgungsstandorten werden für die ohnehin alternde und damit verstärkt immobile Bevölkerung größer. Das Szenario für die Region Rhein-Eifel weicht dabei kaum von dem für andere ländlichen Regionen ab (vgl. Kapitel 2).

Jedoch gibt es ausreichend Beispiele aus verschiedenen Regionen Deutschlands, die zeigen, dass mit innovativen Modellen zukunftsweisende Versorgungsstrukturen aufgebaut werden können. Beim Management des Strukturwandels geht es im Kern darum, das Wechselspiel von zentralen Versorgungsstandorten (siehe Kapitel 4.2) und daran angedockten dezentralen Versorgungsstrategien zu organisieren (siehe Kapitel 4.3). Dies kann genau dann gelingen, wenn attraktive Arbeitsplätze für Nachwuchskräfte in Lokalen Gesundheitszentren geschaffen werden und damit verbunden z.B. neue Angebote für die Patientenmobilität entstehen. Größere Organisationseinheiten sind zudem finanziell in der Lage, Aufgaben an nichtärztliches Fachpersonal zu delegieren bzw. Aufgaben des Praxismanagements an Verwaltungsfachkräfte abzugeben. Telemedizin und digitale Lösungen können einen weiteren Beitrag bei diesen Entwicklungen leisten (siehe Kapitel 4.4). Grundlage für den Aufbau solcher Versorgungsstrukturen ist ein interkommunaler bzw. regionaler Dialog, denn innovative Modelle, die zugleich zentrale und dezentrale Elemente kombinieren, können nur gelingen, wenn die Versorgung über Gemeindegrenzen hinweg organisiert wird.

Einige ausgewählte Strategien und Modelle zur Sicherung und Weiterentwicklung der Gesundheitsversorgung aus anderen Regionen werden auf den folgenden Seiten skizziert. Die Sammlung der Praxisbeispiele zeigt auf, welche Optionen für eine nachhaltige Entwicklung der regionalen Gesundheitsversorgung bestehen. Sie dient zudem als Einstiegs- und Arbeitshilfe für den in Kapitel 5.2 konzipierten Gesundheitsdialog.¹⁰

¹⁰ Einen ausführlichen Überblick bestehender innovativer Konzepte, die zur Sicherstellung der medizinischen Versorgung beitragen, bietet die Homepage des IfA-Projekts InGe: www.innovative-gesundheitsmodelle.de

4.1 Gesundheitsdialog, Gesundheitsnetzwerke und Gesundheitsplanung

In der Region Rhein-Eifel zeigten die Gesundheitsakteure wenig Engagement, um neue Versorgungsmodellen zur Sicherstellung der Gesundheitsversorgung umzusetzen. Insofern bedarf die Organisation des Strukturwandels zuallererst eines neuen Aufgabenverständnisses der Kommunen. Aufgrund veränderter räumlicher Strukturen geht es nicht mehr allein um die Sicherung der kleinteilig und bislang lokal organisierten Versorgung in den einzelnen Gemeinden. Die Versorgung in ländlichen Regionen wird nur sichergestellt werden können, wenn dem Thema eine hohe Priorität eingeräumt wird und dabei die Regionen als Ganzes in den Blick genommen werden.

Den Städten und Gemeinden sowie den Landkreisen kommt daher eine neue Rolle zu. Der Aufbau zukunftsfähiger Versorgungsstrukturen liegt auf der Schnittstelle mit privaten bzw. ärztlichen Leistungen. Auch wenn die regionale bzw. kommunale Ebene bisher nicht mit formalen Zuständigkeiten ausgestattet ist, ist mindestens ihr flankierendes Engagement notwendig. Sie sind dazu angehalten, sich stärker in die Themen der Gesundheitsversorgung und -planung einzubringen und zugleich eine regionale Arbeitsteilung anzustreben.

Infolgedessen ist es notwendig, dass Kommunen einen Dialog aufbauen, kooperieren und die Gesundheitsversorgung als Gemeinschaftsaufgabe begreifen. Denn auf Dauer angelegte interkommunale Kooperationen sind besonders geeignet, um die Herausforderungen zu erkennen und mit den relevanten Akteuren konstruktive Lösungen zu entwickeln. In solchen Netzwerken können die Kommunen und die Akteure der gesundheitlichen und pflegerischen Versorgung sich gegenseitig bei der Bereitstellung von Infrastruktur und der Erbringung von Dienstleistungen unterstützen. In langfristig bestehenden Netzwerken lernen sich die Akteure gut kennen und es wird gegenseitiges Vertrauen aufgebaut, sodass Synergien entstehen, kurze Abstimmungswege geschaffen werden und nicht zuletzt sich die Transparenz bestehender Angebote erhöht. Wie dies gelingen kann, zeigen die nachfolgenden Praxisbeispiele. Das Demographie-Forum Havelland legt seinen Schwerpunkt durch die gemeinsame Organisation des Demographie-Fonds auf die Umsetzung gemeindeübergreifender Projekte. In der Gesundheitsregion von Landkreis und Stadt Osnabrück sowie im Schwarzwald-Baar-Kreis werden erfolgreich Gesundheitskonferenzen durchgeführt, aus denen regional- und themenspezifische Arbeitsgruppen und Projekte hervorgehen. Im Schwarzwald-Baar-Kreis wurden mit einem Pilotprojekt Überlegungen zu einer Neuorganisation der regionalen Versorgung vorangebracht.

Demographie-Forum Havelland

Der unmittelbar an Berlin angrenzende Landkreis Havelland im Land Brandenburg wird stark durch den demographischen Wandel geprägt. Aus diesem Grund hat der Landkreis von 2010 bis 2017 das Demographie-Projekt durchgeführt. Initiator war der Landkreis selbst, der im Projekt mit ausgewählten Gemeinden und den Havellandkliniken zusammenarbeitete. Das Projekt wurde von der Robert-Bosch-Stiftung gefördert. Seit 2018 besteht ein dauerhaftes, freiwilliges Bündnis des Landkreises mit allen Gemeinden und den Havellandkliniken. Das Nachfolge-Projekt Demographie-Forum wird nunmehr ohne externe Förderung finanziert.

Ziel ist es, den demographischen Wandel im Landkreis zu begleiten und zu organisieren. Durch die Kooperation sollen lokale Handlungsstrategien zu einem Gesamtkonzept gebündelt, in der Praxis erprobt, auf ihre Übertragbarkeit geprüft und bei Erfolg verbreitet werden. Herzstück des Projekts ist der Demographie-Fonds. Die Projektpartner zahlen jährlich in den Fonds ein. Die Mittel des Fonds werden an ausgewählte Projekte vergeben, um diese durch eine Anschubfinanzierung zu unterstützen.

Organisationsstruktur

Lenkungsausschuss: Wesentliche Aufgabe des Lenkungsausschusses ist die Erarbeitung konzeptioneller Grundlagen des Demographie-Forums. Außerdem berät er über Projektanträge und schüttet die Mittel des Fonds aus. Dafür tagt der Lenkungsausschuss zwei bis drei Mal jährlich. Die Projektpartner entsenden jeweils einen Vertreter in den mit politischen Akteuren besetzten Ausschuss. So kommen die jeweiligen Bürgermeister, der Landrat und der Geschäftsführer der Havellandkliniken zusammen.

Demographie-Referentin (Geschäftsstelle): Für die Koordination des Demographie-Forums wurde eine Demographie-Referentin eingesetzt. Sie bereitet die Sitzungen des Lenkungsausschusses organisatorisch und inhaltlich vor. Zudem unterstützt sie Antragsteller des Fonds bei der Erstellung von Projektskizzen.

Der Stellenumfang der Geschäftsstelle beträgt 50% (20 Wochenstunden). Als Ergebnis einer Zwischenevaluation wurde die Stelle aus den Strukturen der Wirtschaftsförderung herausgelöst und als Stabsstelle beim Landrat angeordnet. Dies war notwendig, um den „direkten Weg“ zum Landrat und kurze Abstimmungsprozesse zu ermöglichen.

Die Demographie-Referentin ist in der Verwaltung des Landkreises zentrale Ansprechperson für Fragestellungen zum demographischen Wandel. Im Umfang von weiteren 20 Wochenstunden unterstützt sie den Aufbau des Innovationsbündnisses Havelland, koordiniert und leitet den Arbeitskreis Demographie in der Kreisverwaltung und übernimmt Verantwortung für die allgemeine Netzbildung, Projektentwicklung, -umsetzung und -begleitung sowie die Strategieentwicklung im Bereich Demographie.

Themenbezogenen Arbeitsgruppen: Von 2010 bis 2017 wurde die inhaltliche Arbeit im Demographie-Projekt in themenbezogenen Arbeitsgruppen geleistet. Im Demographie-Forum wurden noch keine AGs eingerichtet. Wenn die Grundlagenarbeit abgeschlossen ist, ist zu erwarten, dass Arbeitsgruppen gegründet werden, um gemeinsam Projektideen zu qualifizieren und umzusetzen.

Assoziierte Gremien und Vorhaben

Arbeitskreis Demographie: Auf der Arbeitsebene hat der Landkreis einen internen Arbeitskreis für den Austausch zu demographischen Fragen eingerichtet. Er unterstützt das Demographie-Forum durch fachliche Expertisen.

Innovationsbündnis Havelland (Förderung durch die Helga Breuninger Stiftung): Ziel des Bündnisses ist es, ein Beteiligungsforum für engagierte Akteure aus Bürgerschaft, Politik und Wirtschaft zu schaffen. In drei Zukunftskonferenzen sowie in Bürger- und Salongesprächen wurden Themenschwerpunkte identifiziert, die in entsprechenden Projektgruppen weiter bearbeitet werden sollen, um Ideen und konkrete Projekte zu entwickeln. Diese können dann ggf. in das Demographie-Forum eingebracht werden. Für die weitere Arbeit des Bündnisses wird ein Verein gegründet.

Regionale Gesundheitskonferenz im Landkreis Havelland: Das Gesundheitsamt des Landkreises führt seit 2013 Gesundheitskonferenzen durch. Diese dienen als zentrale regionale Koordinations- und Kommunikationsplattform. Die Konferenz berät u.a. über Fragen der medizinischen Versorgung auf regionaler Ebene. Sie setzt sich aus regionalen Vertretern der medizinischen Versorgung, Kosten- und Leistungsträgern sowie Vertretern von Verbänden und Vereinen zusammen. Die Ergebnisse der Gesundheitskonferenzen führen zum Teil zu Projektideen, die in das Demographie-Forum und den Fonds eingebracht werden.

Vorgehensweise/Formate, Themen und Zielgruppen

Demographie-Fonds: Im Zentrum steht der Demographie-Fonds. In der Anfangsphase haben sich die Projektpartner in der Lenkungsgruppe über ihre Arbeits- und Fördergrundlagen verständigt und Handlungsfelder identifiziert bzw. Förderschwerpunkte definiert. Anschließend stand im Fokus, Projektideen zu qualifizieren (v.a. durch die Geschäftsstelle), um in der Lenkungsgruppe über Projektanträge zu beraten und zu entscheiden.

Zielgruppe der Aktivitäten sind zunächst nur die Gemeinden und die Havellandkliniken. Sie sind durch ihre Bürgermeister bzw. die Geschäftsführung im Lenkungsgremium vertreten und können Projektanträge einreichen.

Da von 2010 bis 2017 finanzielle Mittel durch die Förderung der Robert Bosch Stiftung zur Verfügung standen, war die Bereitschaft der ausgewählten Gemeinden an der Mitwirkung groß. Durch den Erfolg des Projekts in den ersten Jahren war die Ansprache neuer Projektpartner bei der Fortführung ab 2018 einfach.

Projekte: Von 2010 bis 2017 waren die Handlungsfelder des Demographie-Projekts Mobilität, Pflege und Gesundheit sowie Wohnen und Wohnumfeld. Es wurden ca. 50 Projekte in den drei Handlungsfeldern durchgeführt. Im Handlungsfeld Pflege und Gesundheit wurden die folgenden Projekte realisiert:

- Havelländische Gemeindeschwester „AGnES 2“
- Beteiligung der Kliniken am mobilen Bürgerservice der Stadt Nauen und deren Ortsteile
- Beratung im Projekt Havelländischer Gesundheitsdienstleister
- Info- und Schulungsserie im Bereich Gesundheit und Pflege
- Kraft- und Balance-Training, Sturzprävention, Bewegungssportpark für jedermann
- Ehrenamtliche Alltagsbegleiter, Fahrservice Falkensee
- Kofinanzierung der Datenanbindung einer Arztpraxis an die Hauptpraxis, Machbarkeitsstudie für Landambulatorium

Durch die Neuauflage des Projekts 2018 und die Erweiterung der Partner war es notwendig, eine neue Arbeitsgrundlage zu erarbeiten. Um eine gemeinsame Demographiestrategie zu entwickeln, identifizieren die Gemeinden derzeit ihren jeweiligen lokalen Handlungsanlass. Zukünftig soll verstärkt die gemeindeübergreifende Arbeitsweise im Fokus stehen. Daher werden derzeit ein gemeinsames Verständnis der Arbeit im Projekt geschaffen und Förderschwerpunkte definiert, die die Mittelvergabe aus dem Fonds organisieren. Dabei wird die externe Beratung durch das Bundesprojekt „Demographiewerkstatt“ durch die Kommunen in Anspruch genommen.

Beiträge zur Gesundheitsversorgung und -planung

Durch den etwas anders gelagerten Schwerpunkt liefert das Demographie-Forum nur begrenzt Beiträge zur regionalen Gesundheitsversorgung und -planung. Da ein Austausch mit der regionalen Gesundheitskonferenz stattfindet, konnten einzelne Projektideen aus der Konferenz eingebracht werden. Die Patientenfahrtdienste und Förderung der AGNES tragen zu einer verbesserten ärztlichen Versorgung bei.

Öffentlichkeitsarbeit

Es wird kaum Öffentlichkeitsarbeit betrieben.

Finanzierung

Geschäftsstelle: Die Geschäftsstelle umfasst einen Stellenumfang von 50 % (20 Wochenstunden). Die Stelle ist Teil des Stellenplans des Landkreises, der auch die Kosten trägt. Der Landkreis trägt zudem die Kosten für den Arbeitsplatz.

Die Geschäftsstelle verfügt über ein jährliches Budget von 5.000 €. Die Mittel können für die Durchführung der Sitzungen des Lenkungsausschusses sowie für Werbung und weitere Sachkosten in geringem Umfang genutzt werden. Die Kosten trägt der Landkreis.

Demographie-Fonds: Es wurde ein Demographie-Fonds eingerichtet, in den alle Akteure einzahlen. Der Fonds wird aus finanziellen Mitteln der kreisangehörigen Kommunen anteilig nach deren Einwohnerzahl gespeist. Die Projektpartner zahlen jährlich 90.000€ in den Fonds ein. Die Einzahlungen liegen zwischen ca. 2.000 € und ca. 20.000 € und betragen im Mittel ca. 6.000 €

Projektfinanzierung: Der Fonds bietet einzelnen Projekten eine Anschubfinanzierung. Die Förderung kann sich im Einzelfall auf bis zu 60.000 € belaufen. Es gibt diesbezüglich keine harten Vorgaben und Grenzwerte. Im Demographie-Forum werden die Projektanträge entschieden. Während vormals Projekte in den einzelnen Gemeinden in der Höhe der jeweiligen Einzahlungen gefördert wurden, wird nun ein stärker interkommunaler Ansatz verfolgt. Die Gelder werden für Projekte vergeben, die gemeindeübergreifend angelegt sind und einen stärkeren Fokus auf den gesamten Landkreis haben. Derzeit verständigen sich die Projektpartner über die zukünftigen Förderschwerpunkte und Kriterien der Projektförderung. Die Projekte sind angehalten, zusätzlich Drittmittel einzuwerben (z.B. durch die LEADER-Region) und einen eigenen Anteil zu leisten.

Förderung: Von 2010 bis 2017 wurde das Projekt zusätzlich von der Robert Bosch Stiftung gefördert. Neben der Förderung von Qualifizierungsmaßnahmen, Netzwerk- und Öffentlichkeitsarbeit stellte die Stiftung die Mittel für die Evaluation des Demographie-Projekts sowie für eine anteilige Finanzierung des Demographie-Referenten zur Verfügung. Zuvor hatte 2006 das Kompetenzzentrum Havelland den Otto-Mühlschlegel-Preis der Edith und Otto Mühlschlegel-Stiftung in der Robert Bosch Stiftung erhalten. Später beteiligte sich der Landkreis an dem von der Stiftung geförderten Programm „Den demographischen Wandel mitgestalten – Erfahrungswissen der Älteren nutzen“. Seit 2018 ist der Landkreis Teilnehmer im Bundesprojekt „Demographiewerkstatt Kommunen“. Hierdurch erhält er eine externe Beratung, v.a. bei der gemeinsamen Entwicklung der Demographiestrategie.

Exkurs: Gesundheitsregionen Niedersachsen

Regionale Unterschiede in der Verteilung von Erkrankungen sowie der Versorgungsqualität und den Versorgungsprozessen erfordern lokale Antworten auf die sozialen und gesundheitlichen Herausforderungen. Den Landkreisen, Städten und Gemeinden kommt dabei eine wichtige Rolle zu. Eine regional koordinierte und gesteuerte Gesundheitsversorgung, die alle Versorgungsbereiche (ambulant, stationär, Prävention, Gesundheitsförderung, Rehabilitation, Pflege) umfasst, kann diese Aufgabe wahrnehmen. Daher werden im Land Niedersachsen die Landkreise und kreisfreien Städte bei der Gestaltung des regionalen Gesundheitswesens unterstützt.

Das Projekt „Gesundheitsregionen Niedersachsen“ läuft seit 2014. Gemeinsam mit der Ärztekammer Niedersachsen, der AOK Niedersachsen, der Kassenärztlichen Vereinigung Niedersachsen, den Ersatzkassen, dem BKK Landesverband Mitte Niedersachsen sowie der IKK classic fördert die Landesregierung in zwei Förderschwerpunkten die Entwicklung von kommunalen Strukturen und innovativen Projekten, die eine bedarfsgerechte und möglichst wohnortnahe Gesundheitsversorgung zum Ziel haben.

Förderschwerpunkt 1: Strukturbildung und Umsetzung von regional wirkenden Versorgungsprojekten: Auf- und Ausbau neuer bzw. zusätzlicher kommunaler Strukturen

- Durchführung einer regelmäßigen regionalen Gesundheitskonferenz
- Aufbau einer regionalen Steuerungsgruppe, gesteuert durch die kommunale Verwaltungsspitze
- Einrichtung von Arbeitsgruppen zu den regionalen Themenschwerpunkten, die bereits bestehende Gremien und Strukturen vor Ort einbeziehen können
- Einsatz eines Koordinators, der die Arbeit in den Gesundheitsregionen vor Ort steuert

Förderschwerpunkt 2: Versorgungs- und/oder Kooperationsprojekte, die die spezifischen regionalen Bedürfnisse abdecken. Förderung von Projekten insbesondere aus folgenden Bereichen:

- Sektorenübergreifende Versorgung
- Nachwuchsgewinnung (medizinischer und pflegerischer Bereich)
- Gesundheitsförderung und Prävention
- Ansiedlung von Vertragsärzten
- Entlastung von Ärzten (z.B. durch Delegation)

Quelle: www.ms.niedersachsen.de/startseite/gesundheitspflege/gesundheitsregionen_niedersachsen

Gesundheitsregion von Landkreis und Stadt Osnabrück

Angeregt durch eine Mitarbeiterin, führt der gemeinsame Gesundheitsdienst von Landkreis und Stadt Osnabrück im Land Niedersachsen bereits seit 2003 einmal jährlich eine regionale Gesundheitskonferenz durch. Die Konferenzen hatten zu Beginn vor allem Themen der Gesundheitsförderung und Prävention auf der Tagesordnung. In den vergangenen Jahren war zunehmend die Gesundheitsversorgung von Bedeutung. Seit 2015 nehmen Landkreis und Stadt Osnabrück am Landesförderprogramm „Gesundheitsregionen Niedersachsen“ teil.

Mit der Gesundheitsregion sind die Ziele verbunden, die Akteure des regionalen Gesundheitswesens zu vernetzen und deren Austausch zu fördern, kommunale Strukturen für eine nachhaltige und flächendeckende gesundheitliche Versorgung zu entwickeln und gesundheitsförderliche und innovative Kooperationsprojekte durchzuführen, die v.a. eine wohnortnahe und bedarfsorientierte Versorgung sicherstellen.

Die jährlichen Konferenzen sind Impulsgeber für die weitere thematische Arbeit. Gesellschaftsrelevante Themen werden aufgegriffen und gemeinsam beleuchtet. Aus den Konferenzen gehen Netzwerke und Arbeitsgruppen hervor, die z.B. im Rahmen von Projekten gemeinsam arbeiten.

Organisationsstruktur

Regionale Steuerungsgruppe: Die regionale Steuerungsgruppe ist das zentrale Element der Gesundheitsregion. Sie hat vorwiegend beschließenden Charakter und verankert die Bemühungen der Gesundheitsregion im politischen Raum bzw. auf Führungsebene bei den beteiligten Partnern. Die relevanten Akteure des Gesundheitswesens vernetzten sich hier. Mitglieder sind der Landkreis und die Stadt Osnabrück, die Kassenärztliche Vereinigung, Vertreter der Ärzteschaft und Kliniken sowie von Krankenkassen, die Universität und Hochschule Osnabrück, Vertreter der Gemeinden sowie der Wohlfahrtsverbände (Diakonie und Caritas), das GewiNet und Living Lab.

Bei regelmäßigen Treffen werden Bedarfe und Defizite in der Gesundheitsversorgung identifiziert, um Ziele und Handlungsfelder zu bestimmen. Inhaltliche Impulse in das Gremium werden vor allem von den jeweiligen Vorständen (Landrat oder Oberbürgermeister) sowie von der Koordinierungsstelle gegeben. In der Folge werden neue Arbeitsgruppen und Netzwerke aufgebaut, um entsprechend Lösungsstrategien zu entwickeln.

Die Projektentwürfe der thematischen Netzwerke und Arbeitsgruppen werden ebenfalls in den Sitzungen der Steuerungsgruppe beraten und entschieden. Ggf. werden diese für das Landesförderprogramm vorgeschlagen oder zur weiteren Bearbeitung an die Koordinierungsstelle gegeben. Langfristig ist jedoch angedacht, dass aus diesem Gremium auch eine gemeinsame Projektfinanzierung entstehen soll. Bislang wurden von den Mitgliedern jedoch keine Mittel eingebracht.

Arbeitsgemeinschaften und Netzwerke: Die Arbeitsgemeinschaften und Netzwerke werden im Auftrag der Gesundheitskonferenzen gegründet. Sie leisten die operative Projektarbeit. Dabei werden sie von der Koordinierungsstelle unterstützt. Folgende Netzwerke und Arbeitsgemeinschaften wurden bisher gegründet:

- Netzwerk Adipositas
- Netzwerk MRE
- Netzwerk Pflege
- Netzwerk Schulverpflegung
- Netzwerk Selbstständigkeit im Alter und neue Wohnformen

- Arbeitsgemeinschaft Frühkindliche Ernährung
- Arbeitsgemeinschaft Kultursensible Pflege
- Arbeitsgemeinschaft Medizinische Versorgung
- Arbeitsgemeinschaft Telemedizin

Koordinierungsstelle: Die Organisation der Gesundheitsregion wird von einer eigens eingerichteten Koordinierungsstelle geleistet. Die Koordinierungsstelle ist mit zwei Gesundheitswissenschaftlerinnen mit einem Umfang von insgesamt 1,5 Personalstellen besetzt. Sie ist als Stabstelle beim gemeinsamen Gesundheitsdienst für Landkreis und Stadt Osnabrück eingeordnet und damit unmittelbar der Leitungsebene unterstellt. Hierdurch ergeben sich kurze Abstimmungswege. Die Mitarbeiterinnen tauschen sich jeweils einmal wöchentlich mit dem zuständigen Vorstandsmitglied des Landkreises sowie mit dem Leiter des Gesundheitsdienstes aus.

Die Aufgaben der Koordinierungsstelle umfassen die Koordination, Organisation und Betreuung der verschiedenen Gremien der Gesundheitsregion. Sie übernimmt die Kommunikation für die Steuerungsgruppe sowie für die themenspezifischen Arbeitsgruppen und Netzwerke. Ferner lädt sie zu Sitzungen ein und bereitet diese vor und nach. Eine wesentliche Aufgabe liegt auch darin, inhaltliche Impulse in die Gremien zu geben bzw. bei Bedarf weitere Mitglieder und Partner auszuwählen. Hierzu finden ggf. Absprachen mit dem Landrat und der Leitung des Gesundheitsdienstes statt.

Zudem ist die Koordinierungsstelle für die Planung und Durchführung der Gesundheitskonferenzen verantwortlich.

Die Projekte der Gesundheitsregion werden ebenfalls von der Koordinierungsstelle betreut. Diese koordiniert den gesamten Projektablauf, sucht Projektpartner, schreibt ggf. Projektanträge und betreut die Umsetzung inhaltlich.

Vorgehensweise/Formate, Themen und Zielgruppen

Die Arbeit findet zu den drei Themenschwerpunkten „Gesund aufwachsen“, „Gesund älter werden“ und „Medizinische und pflegerische Versorgung“ statt. Inhaltliche Impulse gehen vor allem vom Landrat bzw. der zuständigen Kreisrätin sowie der Koordinierungsstelle aus.

Gesundheitskonferenz: Seit 2003 finden in der Region jährlich Gesundheitskonferenzen statt. 2015 lautete das Leitthema der Konferenz „Gesundheitsversorgung vor Ort zukunftsgerecht gestalten“. Diese bildete den Auftakt für die Gesundheitsregion von Landkreis und Stadt Osnabrück. Die Konferenzen dienen dem Austausch der Akteure des Gesundheitswesens. Ergebnisse aus der Arbeit der regionalen Netzwerke werden präsentiert und neue Ideen entwickelt.

Die Zielgruppe der Gesundheitskonferenzen variiert je nach Themenstellung. Bei Veranstaltungen zur medizinischen und pflegerischen Versorgung werden explizit die Gesundheitsdienstleister eingeladen. Die Veranstaltungen sind vor allem auch für die Bürgermeister der Gemeinden von Interesse.

Weitere Veranstaltungen: Zu ausgewählten Gesundheitsthemen führen die Netzwerke und Projekte eigene Veranstaltungen durch. Diese adressieren ein Fachpublikum mit dem Ziel, neben dem inhaltlichen Austausch auch die spezifischen Akteure vernetzen.

Projekte: Konkrete Arbeit zur Gesundheitsförderung, Prävention und Gesundheitsversorgung wird mit eigenen Projekten geleistet. Diese werden von der Koordinierungsstelle gemeinsam mit Partnern durchgeführt.

Der Erfolg der Projekte hängt vorwiegend mit den Konstellationen der Projektpartner und deren Eigeninteressen zusammen. Erfolgreich umgesetzt werden z.B. die Projekte der Gesundheitsförderung TrinkWasser und Gesunde Stunde. Insbesondere auslaufende Projektförderungen stellen jedoch immer wieder eine große Hürde dar.

Einbindung Ärzteschaft: Die Ärzteschaft wird in der Steuerungsgruppe durch die KV vertreten. Zu den Gesundheitskonferenzen und anderen Veranstaltungen werden die Ärzte der Region eingeladen. Erfahrungsgemäß sind die Einladungen jedoch nur erfolgreich, wenn dauerhaft Kontakt- und Netzwerkpflege betrieben wird. Der persönliche Kontakt wird z.B. im Rahmen von Stammtischen gesucht. Auf die postalische Einladung der Ärzteschaft zu den Veranstaltungen folgt in der Regel eine telefonische Nachfassaktion.

AG Medizinische Versorgung: Die AG ging aus einer Gesundheitskonferenz hervor. Jedoch mündete die Zusammenarbeit nicht in eigenen Projekten oder Initiativen. Die AG hat nur sporadisch getagt und die Bereitschaft zur Teilnahme war gering. Bei Bürgermeisterkonferenzen wurde Werbung für die Teilnahme an der AG gemacht. Aufgrund der bereits bestehenden Unterversorgung in manchen Teilregionen war seitens der Gemeindevertreter das Interesse an der AG etwas größer. Die Teilnahmebereitschaft der Ärzteschaft war sehr gering. Einige der Themen dieser AG werden in anderen Projekten behandelt, in denen teilweise Kontakt zu Ärzten besteht.

Beiträge zur Gesundheitsversorgung und -planung

Bislang wurden Beiträge für die Gesundheitsversorgung vor allem im Rahmen von angeregten Projekten erbracht. An diese kann zukünftig weiter angeknüpft werden.

Förderung der VERAH/NäPa: Der Landkreis unterstützt mit jeweils 1.000 € die Weiterbildung von Medizinischen Fachangestellten zur VERAH/NäPa.

Hausarzt mit Telemedizin (HaT): Im Modellprojekt „Hausarzt mit Telemedizin“ werden fünf Hausarztpraxen mit telemedizinischem Equipment ausgestattet. Sie erhalten einen „Telerucksack“, der auch ein Tablet mit Internetanbindung beinhaltet. Zudem werden die VERAHs/NäPas der Praxen zu „TeleVERAHs“ fortgebildet, um mit den telemedizinischen Instrumenten selbstständig Hausbesuche durchführen zu können. Über das Tablet können die TeleVERAHs die erhobenen Befunde an die Praxis zu übermitteln. Bei Bedarf kann über eine gesicherte Videokonferenz-Schaltung Rücksprache gehalten werden.

eMedCare Emsland Osnabrück - digitale Brücke zwischen Hausarzt und Pflege: Projektziel ist es, die Schnittstelle zwischen ärztlicher und pflegerischer Versorgung von älteren Menschen mit Pflegebedarf besser zu gestalten. Hierfür werden Hausärzte und Pflegedienstleister besser vernetzt. Die beteiligten Akteure werden mit technischem Equipment ausgestattet, das eine datengestützte Kommunikation ermöglicht. Die Hausärzte können über die digitale Plattform eine Aufgabenliste für den Pflegedienst eingeben. Die Pflegefachkräfte erhalten einen Rucksack inklusive Tablet. Über das Tablet kann u.a. die Aufgabenliste geöffnet werden. Die Ergebnisse der Messungen werden auf ein gemeinsames Portal übertragen.

Bestandsaufnahme Gesundheitsversorgung: Als Grundlage für die Zusammenarbeit mit den Bürgermeistern der Gemeinden wurde der Status quo der hausärztlichen Versorgung erfasst. Die Ergebnisse wurden diskutiert, konkrete Projekte wurden hieraus nicht abgeleitet. Eine Fortschreibung der Bestandsaufnahme ist derzeit nicht geplant.

Öffentlichkeitsarbeit

Die Öffentlichkeitsarbeit erfolgt hauptsächlich über die eigens eingerichtete Homepage, die umfangreich über die Netzwerke, Arbeitsgruppen und Projekte informiert. Zudem pflegt die Koordinierungsstelle verschiedene E-Mail-Verteiler, die für Veranstaltungseinladungen genutzt werden. Vor allem die Projekte werden außerdem mit Flyern beworben.

Finanzierung

Die Gesundheitsregion wird vom Land Niedersachsen mit 26.000 € jährlich gefördert (13.000 € je Gesundheitsregion). Diese Mittel werden für Personalkosten der Koordinierungsstelle verwendet. Insgesamt belaufen sich die Personalkosten bei 1,5 Stellen auf 90.000 €. Den restlichen Anteil trägt der gemeinsame Gesundheitsdienst von Stadt und Landkreis Osnabrück.

Die Kosten für die Netzwerkarbeit trägt ebenfalls der Gesundheitsdienst. Diese Kosten variieren sehr stark. Für Projektkosten können Fördermittel beim Land beantragt werden. Die Steuerungsgruppe berät über Projekte und leitet deren Förderanträge ggf. an die Landesebene weiter.

Exkurs: Landesgesundheitsgesetz Baden-Württemberg – Kommunale Gesundheitskonferenzen

Mit dem Gesetz zur Stärkung der sektorenübergreifenden Zusammenarbeit und der Vernetzung aller Beteiligten des Gesundheitswesens in Baden-Württemberg werden die Land- und Stadtkreise mit Gesundheitsämtern dazu verpflichtet, in ihrem jeweiligen Zuständigkeitsbereich Kommunale Gesundheitskonferenzen einzurichten. Diese sind die zentrale Stelle für die **Beratung, Koordination und Vernetzung** in Fragen der Gesundheitsförderung und Prävention, der medizinischen Versorgung, der Pflege und der Rehabilitation. Aufgabenstellung der Kommunalen Gesundheitskonferenzen ist es, Ziele für diese Handlungsfelder zu entwickeln. Diesbezüglich erarbeiten sie u.a. Empfehlungen und tragen diese an die kommunalen Entscheidungsträger heran.

Die Leitung der Kommunalen Gesundheitskonferenzen liegt bei den obersten Entscheidungsträgern, also den Landräten bzw. den Oberbürgermeistern. Mitglieder der Kommunalen Gesundheitskonferenz sind delegierte Vertretungen der örtlichen Institutionen und Einrichtungen aus den Bereichen Gesundheitsförderung und Prävention, der medizinischen Versorgung, der Pflege, der Selbsthilfe, des Patientenschutzes, des kommunalen Behindertenbeauftragten, des kommunalen Suchtbeauftragten und weiteren relevante Institutionen des Sozialbereichs.

Für die Umsetzung der Kommunalen Gesundheitskonferenzen richten die Land- und Stadtkreise **Geschäftsstellen** ein. Diese sind beim jeweiligen Gesundheitsamt anzusiedeln.

Auf der Homepage des Landesgesundheitsamts Baden-Württemberg stehen ausführliche Informationen und Empfehlungen für den Aufbau der Kommunalen Gesundheitskonferenzen zur Verfügung.

Quelle: www.landesrecht-bw.de

Gesundheitsnetzwerk Schwarzwald-Baar

Bereits 2004 entstand im Arbeitskreis „Wirtschaft und Arbeit“ des Schwarzwald-Baar-Kreises die Idee für ein Gesundheitsnetzwerk. Das Netzwerk wurde im Folgenden als ein Projekt der Standortoffensive durch die Wirtschaftsförderungsgesellschaft umgesetzt. Der Landkreis verstärkte zunehmend sein Engagement und übernahm später die Federführung. 2009 wurden durch einen Beschluss des Kreistages der Aufbau des Gesundheitsnetzwerks ermöglicht und die konstituierende Sitzung des Netzwerkmanagements abgehalten. Nachdem der baden-württembergische Landtag 2015 das Landesgesundheitsgesetz verabschiedete (siehe Exkurs), wurden die bis dato aufgebauten Netzwerkstrukturen, Arbeitsgruppen und Projekte in die verpflichtend einzurichtende Kommunale Gesundheitskonferenz überführt.

Das Gesundheitsnetzwerk und die Kommunale Gesundheitskonferenz haben zum obersten Ziel, alle relevanten Akteure aus dem Bereich Gesundheit und Pflege zu vernetzen und die berufsübergreifende Zusammenarbeit im Gesundheitswesen zu etablieren. Gemeinsam sollen Lösungen und Handlungsmöglichkeiten entwickelt und umgesetzt werden, die den Gesundheitsstandort weiter stärken.

Alle Gesundheitsdienstleister aus dem Schwarzwald-Baar-Kreis können dem Netzwerk beitreten. Die Mitglieder können sich an der Umsetzung einzelner Maßnahmen beteiligen und ihr Fachwissen in die Arbeitsgruppen einbringen.

Mit seinen verschiedenen Formaten will das Netzwerk die zentrale Kontaktstelle in diesem Themenbereich sein. Es richtet sich mit Informationsangeboten an Bürgerinnen und Bürger. Nach innen gerichtet wird Netzwerkarbeit für die Entscheidungsträger, Anbieter und die Leistungserbringer im Gesundheitswesen geleistet.

Organisationsstruktur

Im Netzwerk sind alle Gesundheitsanbieter im Landkreis organisiert. Die Leitung des Gesundheitsnetzwerks liegt beim Landrat des Schwarzwald-Baar-Kreises. Verschiedene Organe leisten die unterschiedlichen Aufgaben auf der Entscheidungs- und Arbeitsebene.

Netzwerkmanagement: Das zentrale Gremium des Netzwerks tagt einmal jährlich. In diesen Sitzungen werden Grundsatzangelegenheiten des Netzwerks beraten und Entscheidungen über gemeinsame Ziele und Projekte getroffen. Es berät zudem die Verwaltung des Landkreises zu gesundheitspolitischen Fragestellungen und dient den Mitgliedern als Ideenplattform.

Mitglieder des Gremiums sind 22 Interessensvertreter, darunter die Kliniken, Apotheken, Kreisärzteschaft, Krankenkassen, Bildungs- und Forschungseinrichtungen, die Kassenärztliche Vereinigung und Kommunen.

Arbeitsgruppen: Auf der Arbeitsebene gibt es mehrere themenspezifische Gruppen, die konkrete Projekte umsetzen und betreuen. Die Arbeitsgruppen behandeln spezifische Aspekte der Gesundheitsförderung und Prävention für bestimmte Zielgruppen. Die Themen werden zum Teil durch das Landesgesetz vorgegeben. Die Sicherstellung der ambulanten Gesundheitsversorgung wird in der AG Medizinische Versorgung behandelt. Die AG Kooperation bereitet den Gesundheitskongress und das Forum gesund & vital vor.

Die Arbeitsgrundlage der Gruppen wird in AG-Papieren definiert. Diese werden von der Geschäftsstelle formuliert und vom Netzwerkmanagement beschlossen und als Arbeitsauftrag an die AGs weitergeleitet.

Geschäftsstelle: Beim Gesundheitsamt des Landratsamts Schwarzwald-Baar-Kreis wurde eine Geschäftsstelle eingerichtet, die das Netzwerk organisiert und koordiniert. Die Geschäftsstelle

hat zur Aufgabe, die Sitzungen des Netzwerkmanagements zu begleiten und die Arbeitsgruppen zu unterstützen. Sie verantwortet außerdem die Kommunikation und Öffentlichkeitsarbeit. Absprachen werden vorwiegend mit den Vorsitzenden des Netzwerkmanagements getroffen.

Vorgehensweise/Formate, Themen

Veranstaltungen: Jährlich findet ein Gesundheitskongress statt, der den Austausch zwischen den Gesundheitsakteuren fördern soll. Eingeladen werden Gesundheitsanbieter aus der Region sowie Vertreter aus Wirtschaft, Politik, Forschung und Lehre. Seit 2016 findet das Forum gesund & vital statt, bei dem die Gesundheitsangebote im Landkreis präsentiert werden. Die Veranstaltung richtet sich an die gesamte Öffentlichkeit.

Projekte: In sechs Arbeitsgruppen werden spezifische Themen der Gesundheitsförderung und Prävention, zielgruppenspezifische Themen sowie Fragen der Gesundheitsversorgung behandelt. Die Themen werden vom Landesgesundheitsgesetz vorgegeben. Die inhaltliche Spezifizierung erfolgt durch das Netzwerkmanagement.

Kontakt zur Ärzteschaft: Im Netzwerkmanagement wird die Ärzteschaft durch den Vorsitzenden der Kreisärzteschaft vertreten. In den Arbeitsgruppen sind Haus- und Fachärzte teilweise vertreten. Die Einbindung der Ärzteschaft ist grundlegend jedoch nicht einfach und erfolgt derzeit nur punktuell. Die Geschäftsstelle pflegt Kontakt zum Vorsitzenden der Kreisärzteschaft und kann hierüber bei konkreten Anliegen Ärzte ansprechen.

Zielgruppen

Allgemeine Öffentlichkeit: Informationen über die Gesundheitsangebote und -einrichtungen werden unterbreitet. Eine bessere Gesundheitsbildung der Bevölkerung soll durch Gesundheitsinformationen erreicht werden. Durch die Kooperation der Leistungserbringer verbessern sich die Gesundheitsversorgung und Behandlungsprozesse.

Kostenträger (Renten-, Kranken- und Pflegeversicherung): Durch das Netzwerk besteht für die Kostenträger ein zusätzlicher Zugang zu einer potenziellen Kundschaft. Von Vorteil sind zudem die Reduzierung von Kosten durch neue Gesundheitsangebote und Versorgungsketten sowie das Ausschöpfen von Synergieeffekten.

Leistungsanbieter: Das Netzwerk bietet eine Plattform für den gegenseitigen Wissens- und Erfahrungsaustausch sowie eine Möglichkeit, die eignen Angebote zu präsentieren. Dies schafft Markttransparenz.

Kommunale Einrichtungen: Die Bemühungen des Netzwerks führen letztlich zu einer verbesserten Versorgung und Gesundheitsaufklärung der Bevölkerung.

Beiträge zur Gesundheitsversorgung und -planung

Das Netzwerk verfasst Berichte zum Status quo der Gesundheitsversorgung im Landkreis. Zuletzt wurde ein Bericht zu den Schuleingangsuntersuchungen veröffentlicht. Die Berichte werden als Grundlage für die Arbeitsaufträge an AGs und die Konzeption von Projekten verwendet.

Mit der ambulanten Gesundheitsversorgung der Haus- und Fachärzte beschäftigt sich die AG Medizinische Versorgung. Zwischen 2015 und 2018 hat diese ein Modellprojekt des Landes umgesetzt. Dabei ging es um die Sicherstellung einer flächendeckenden (haus-)ärztlichen Versorgung und die Umsetzung von Konzepten und Maßnahmen sowie um die Erarbeitung von Vorschlägen für eine kleinräumige Bedarfsplanung. Aus dem Modellprojekt ging insbesondere die Empfehlung hervor, Lokale Gesundheitszentren zu gründen, um langfristig die Versorgung sicherzustellen. Der Vorschlag wurde aufgegriffen. Gemeinsam mit dem MEDI Baden-Württem-

berg e.V. wurden die Bemühungen um die Errichtung eines solchen Zentrums weiter vorangetrieben. Die Resonanz der Ärzteschaft ist derzeit noch zurückhaltend, das Projekt steht allerdings noch am Anfang.

Öffentlichkeitsarbeit

Das Gesundheitsnetzwerk unterhält eine umfangreiche Homepage. Auf dieser werden die Ziele und Aufgaben des Netzwerks sowie der Projekte dargestellt. Die Netzwerkmitglieder haben hier die Möglichkeit, ihre Angebote zu präsentieren. Des Weiteren wird über gesundheitsrelevante Veranstaltungen im Landkreis informiert.

Finanzierung

Die Geschäftsstelle umfasst 1,75 Personalstellen und vier Mitarbeiter. Die Kosten hierfür betragen 150.000 € jährlich. Für Projekte stehen in jedem Jahr etwa 25.000 € zur Verfügung. Die Projektpartner (z.B. Krankenkasse) übernehmen teilweise Anteile der Projektkosten. Das Budget für die laufenden Netzwerkaufgaben (Sitzung, Veranstaltungen, Werbemittel) beträgt etwa 10.000 € jährlich. Bis 2015 wurden die Kosten vollständig vom Landkreis getragen. Seit 2015 wird der Landkreis durch die Landesregierung unterstützt. Die Förderung beläuft sich auf jährlich 43.000 €.

4.2 Lokale Gesundheitszentren (LGZ)

Einige Beispiele zeigen, wie Lokale Gesundheitszentren erfolgreich zur Sicherung der Gesundheitsversorgung beitragen. In diesen Zentren werden attraktive Arbeitsbedingungen für junge Nachwuchsärzte geboten. Aufgrund von Skaleneffekten ist es in diesen Zentren betriebswirtschaftlich möglich, z.B. eine Tätigkeit im Angestelltenverhältnis auszuüben, Verwaltungskräfte für das Praxismanagement einzustellen oder ärztliche Aufgaben wie z.B. Hausbesuche an qualifiziertes Praxispersonal zu delegieren, um Ärzte zu entlasten. Zugleich wird die Versorgung am Standort und in der Fläche gewährleistet und in manchen Fällen sogar verbessert, z.B. durch zusätzliche Filialsprechstunden von Fachärzten.

Solche Gesundheitszentren können sowohl von Ärzten wie auch von Krankenhäusern, der KV oder Kommunen initiiert und in unterschiedlichen Rechtsformen getragen werden. Sie unterscheiden sich hinsichtlich ihrer Organisationsform und ihrer räumlichen Organisation: Lokale Gesundheitszentren können zentral an einem Standort ihre Leistungen anbieten oder sie sind dezentral organisiert und haben mehrere Standorte.

Tab. 8 Trägerschaft und räumliche Struktur guter Beispiele für Gesundheitszentren

Initiatoren/Träger	Standort/räumliche Organisation	
	zentral	dezentral
Ärzte	Gesundheitszentrum Büchenbeuren	Regiodocs, Ärztegemeinschaft Schladen
Krankenhaus		MVZ Mühlbachtal
Praxisnetz	Ärztegemeinschaft Liebenauer Feld	
Kommune	Gesundheitszentrum Einrich, Ärztezentrum Büsum	

4.2.1 Gesundheitszentren mit zentralem Standort

Ärztegemeinschaft Liebenauer Feld (eG)

Im Wormser Gesundheitsnetz WoGe sind 100 Ärzte verschiedener Fachrichtungen aus Worms und Umgebung zusammengeschlossen, mit dem Ziel, die wohnortnahe Gesundheitsversorgung sicherzustellen. Vor dem Hintergrund des Nachwuchskräftemangels bestehen Defizite insbesondere in der hausärztlichen und pädiatrischen Versorgung. Die typischen und als negativ bewerteten Rahmenbedingungen einer Niederlassung (u.a. unregelmäßige Arbeitszeiten, hoher Verwaltungsaufwand, finanzielle Risiken) verhinderten die Nachbesetzung von freiwerdenden Arzt-sitzen. 2015 wurde daher die Arztpraxis „Ärztegemeinschaft Liebenauer Feld“ eröffnet, in der eine hausärztliche und pädiatrische Praxis untergebracht sind. Die WoGe-Service GmbH (als hundertprozentige Tochter der WoGe) ist Dienstleisterin für die Ärzte und Mieterin der Praxisräume. Sie verantwortet die Ausstattung der Praxis (u.a. Wartebereich, Behandlungszimmer, technische Infrastruktur) und übernimmt das betriebswirtschaftliche Praxismanagement. Hierzu gehören z.B. die Personalakquise, Mitarbeitergespräche und die Abrechnung bzw. Expansion der Praxis. Außerdem kümmert sie sich um die Themen Datenschutz, Hygiene, Arbeitsschutz, Rahmenverträge mit Dienstleistern, Teilnahme an integrierten Versorgungsverträgen (etwa zu Herzinsuffizienz) oder Weiterbildungsanträge. Zwischenzeitlich konnte das Leistungsspektrum um die Fachbereiche Chirurgie, Diabetologie, Psychologie und Arbeitsmedizin erweitert werden.

Zu Beginn standen Praxisräume mit 200 m² zur Verfügung. Zwischenzeitlich wurde auf 485 m² erweitert. Die Organisationsform für diese Kooperation ist eine Praxisgemeinschaft. Formal betreiben die Ärzte die Praxis, während das Gesundheitsnetz WoGe die Dienstleistungen abseits der diagnostischen und therapeutischen Betreuung der Patienten leistet.

Abseits des Praxismanagements bietet das Wormser Gesundheitsnetz WoGe weitere Services an. Hierzu zählen Schulungen für Patienten (z.B. zum Thema Ernährung), zertifizierte Fortbildungen und Veranstaltungen für Ärzte wie z.B. Treffen zum Austausch der WoGe-Ärzte („Hausarzt trifft Facharzt“). Hinzukommend stehen in der Geschäftsstelle in Worms Besprechungs- und Schulungsräume zur Verfügung.¹¹

Gesundheitszentrum Einrich (AöR)

2014 kündigten zwei der drei niedergelassenen Hausärzte in Katzenelnbogen an, ihre Praxen beim Eintritt in das Rentenalter in naher Zukunft schließen zu müssen, weil sie keine Nachfolger gewinnen konnten. Da es sich um zwei stark frequentierte Praxen handelte und es im Planungsbereich Diez bereits mehrere nicht besetzte Arztsitze gab, wäre eine hausärztliche Unterversorgung in der Region die Folge gewesen. Daraufhin entschloss sich die Verbandsgemeinde unter Federführung des Bürgermeisters zum Handeln. In Kooperation mit den beiden Ärzten nahm man juristische Unterstützung in Anspruch. Eine Strukturanalyse kam zu dem Ergebnis, dass eine Zusammenführung der Praxen in einem MVZ am geeignetsten sei, da eine Neubesetzung der Praxen unwahrscheinlich und flexible Arbeitszeitmodelle nötig seien, um junge Ärzte zu gewinnen. Der Wert der Praxen wurde durch einen Gesundheitsökonom ermittelt und die betriebswirtschaftliche Machbarkeit durch eine Wirtschaftsprüfungsgesellschaft bestätigt. Zunächst ließ sich jedoch kein geeigneter Träger finden, woraufhin die Kommune die Trägerschaft selbst übernahm. Die Entscheidung hierzu wurde in Abstimmung mit den Ortsgemeinden Ende 2015 gefällt. Die beiden Praxen der ausscheidenden Ärzte wurden zu einem MVZ in kommunaler Trägerschaft zusammengeführt. Ein neuer Arzt und eine neue Ärztin wurden zunächst von Januar bis Februar

¹¹ www.aerztegemeinschaft-liebenauerfeld.de, www.aerztezeitung.de/Wirtschaft/Aerztenetz-ebnet-den-Weg-in-die-Niederlassung-245994.html, www.woge-worms.de, www.aerztezeitung.de/Politik/WoGe-Praxisnetz-entlastet-Aerzte-nicht-nur-bei-laestigen-Pflichten-348696.html

2016 als Sicherstellungsassistent/in eingesetzt und daraufhin im MVZ angestellt. Zudem arbeitete einer der ehemaligen Praxisinhaber für zwei Jahre ebenfalls im Angestelltenverhältnis, um den Patienten Versorgungskontinuität zu gewährleisten. Die Verbandsgemeinde als Träger der AÖR bietet den Ärzten flexible Arbeitszeitmodelle. Seit Oktober 2017 sind zwei Ärzte zu 100 %, eine Ärztin zu 50 % und zwei Ärzte zu 50 % im MVZ beschäftigt. Ein Großteil der Medizinischen Fachangestellten aus den beiden Praxen wurde übernommen.

Ärztezentrum Büsum (gGmbH)

Bis 2014 praktizierten in Büsum, Schleswig-Holstein fünf niedergelassene Hausärzte mit einem Altersdurchschnitt von 64 Jahren in Einzelpraxen. Da die Nachfolgersuche vergeblich blieb, baten vier der fünf Ärzte 2013 den Geschäftsführer der Westküstenkliniken um Unterstützung. In gemeinsamen Gesprächen schlug die KV Eigeneinrichtungen als mögliche Lösung für von Unterversorgung bedrohte bzw. betroffene Regionen vor, woraufhin eine kommunale Trägerschaft diskutiert wurde. Die politischen Akteure zeigten hierfür Bereitschaft. 2014 kaufte die Gemeinde die Immobilie, in der vorher fünf Hausärzte niedergelassen waren. Die Gemeinde ist Trägerin des Ärztezentums; Betreiber ist die Ärztegenossenschaft Nord eG, die auch die Geschäftsführung übernahm. Im Zentrum, das auf Kosten der Gemeinde modernisiert wurde, praktizieren vier Hausärzte sowie drei Weiterbildungsassistenten und acht MFAs. Zwei der älteren Ärzte wurden bereits durch Nachfolgerinnen abgelöst.

Das von der Gemeinde bereitgestellte Investitionsvolumen in Höhe von 1,6 Mio. € wird mit der Miete des Betreibers (Ärztegenossenschaft) refinanziert. Die Gemeinde erhielt zudem von der KV einen Zuschuss in Höhe von ca. 300.000 € aus dem Sicherstellungsfonds. Die erbrachten ärztlichen Leistungen werden von der gGmbH mit der KV im Kollektivvertrag abgerechnet, die Vergütung der angestellten Ärzte erfolgt im Rahmen der abgeschlossenen Arbeitsverträge mit der gGmbH. Seit dem Jahr 2018 weist die gGmbH ein ausgeglichenes Ergebnis aus (incl. Miete an die Gemeinde).

Gesundheitszentrum Büchenbeuren (GZB)

Aufgrund mangelnder Nachfolger wuchs die Gefahr altersbedingter Praxisschließungen in Büchenbeuren, Rheinland-Pfalz. Daher entschieden die Ärzte zweier Gemeinschaftspraxen und einer Einzelpraxis, sich unter einem Dach zusammenzuschließen, um die medizinische Versorgung in der Region zu sichern. Da keine der vorhandenen Praxen für eine räumliche Umstrukturierung in Frage kam, sollten die Praxisräumlichkeiten durch den Neubau eines Gesundheitszentrums so vergrößert werden, dass eventuelle Patientenzuflüsse aus anderen Praxen, die keinen Nachfolger finden, ebenfalls übernommen werden können.

Ein externer Investor hat unter Einbeziehung der Konzeptwünsche der Ärzte ein dreistöckiges Modellhaus in Holzständerbauweise errichtet. Die Finanzierung erfolgt durch Mietzahlung, die Einrichtung wurde durch Eigenkapitalmittel finanziert.

Neben der externen Abrechnung mit der KV wurde intern ein eigenes Vergütungssystem eingeführt: Jeder Arzt erhält einen monatlichen Grundabschlag sowie nach Abrechnung einen Zuschlag je nach geleisteten Arbeitsstunden, Patientenkontakten und nicht pauschalierten Leistungen (Hausbesuche/Gesprächstherapie/manuelle Medizin etc.).

4.3 Dezentrale und ergänzende Ansätze zur Sicherstellung der Versorgung in der Fläche

Im Vordergrund des Strukturwandels im Gesundheitswesen steht die räumliche wie auch organisatorische Zentralisierung der Versorgung. Zu erwarten ist, dass mittel- bis langfristig die bestehenden Hausarztpraxen „in der Fläche“ nicht mehr besetzt werden können. Stattdessen entstehen an ausgewählten Standorten Versorgungszentren, wie z.B. Lokale Gesundheitszentren (LGZ). In diesen LGZ bündeln sich verschiedene haus- und fachärztliche Angebote sowie weitere Gesundheitsdienstleistungen (z.B. Pflege, Apotheke, Gesundheitsberatung) (siehe Kapitel 4.2).

Übertragen auf die Region Rhein-Eifel ist zu erwarten, dass sich die medizinische Versorgung zunehmend auf die zentralen Standorte in Adenau und Mayen sowie die rheinnahen Standorte um Bad Breisig konzentrieren wird. Um im Sinne der patientenbezogenen Versorgung auch weiterhin eine flächendeckende Versorgung zu garantieren und die entstehenden Lücken zu schließen, müssen zusätzlich dezentrale Versorgungsleistungen aufgebaut werden. Dabei sind insbesondere die peripher gelegenen Teilregionen in den Blick zu nehmen. Für diese Gemeinden und Dörfer gilt es, angepasste Lösungsstrategien zu entwickeln und neue dezentrale Versorgungsmodelle zu erproben.

Innovative Ansätze werden bereits vielfach umgesetzt und können als Impuls für Projektideen herangezogen und hinsichtlich ihrer Übertragbarkeit geprüft werden. Die nachfolgend skizzierten Modelle eignen sich besonders für die Sicherstellung der Versorgung in der Fläche. Diese werden oftmals an die Lokalen Gesundheitszentren andockt und wurden teilweise im Kapitel 4.2 bereits benannt.

4.3.1 Ansätze für eine dezentrale und mobile Gesundheitsversorgung

Zweigpraxen/Filialpraxen

Niedergelassenen Ärzten räumt die Zulassungsverordnung für Vertragsärzte unter bestimmten Voraussetzungen die Möglichkeit ein, ihre Tätigkeit auch außerhalb ihres Vertragsarztsitzes wahrzunehmen. Dazu muss nachgewiesen werden, dass durch den Betrieb der Zweigpraxis die Versorgung der Versicherten an weiteren Orten verbessert und die Versorgung der Versicherten am Ort des Vertragsarztsitzes nicht beeinträchtigt wird. Zweigpraxen können zur Versorgung von Orten beitragen, an denen der Betrieb einer vollen Praxis z.B. aus wirtschaftlichen Gründen nicht möglich ist. Zweigpraxen können sowohl von Haus- als auch von Fachärzten betrieben werden. Kommunen können beispielsweise durch die Bereitstellung bzw. Vermittlung geeigneter Räumlichkeiten die Gründung einer Zweigpraxis in Zusammenarbeit mit einem Arzt aus der Region fördern.

Filialpraxen der Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen-Anhalt: Die dünn besiedelten, ländlichen Regionen der Landkreise Stendal und Altmarkkreis Salzwedel sind von Unterversorgung im hausärztlichen Bereich betroffen. Die dort tätigen Hausärzte versorgen bereits überdurchschnittlich viele Patienten. Bei Eintritt in den Ruhestand von einzelnen Ärzten konnten Praxisstandorte zunehmend nicht wiederbesetzt und der weiterhin bestehende Versorgungsbedarf der Bevölkerung nicht durch die ggf. vor Ort noch tätigen Ärzte gedeckt werden. Vor diesem Hintergrund entwickelte die KVSA in Zusammenarbeit mit der AOK Sachsen-Anhalt und dem Ministerium für Gesundheit und Soziales das Konzept der Filialpraxen. 2008/2009 wurde die erste konzeptionelle Phase des Projekts zunächst im Rahmen des Bundeswettbewerbs „Gesundheitsregionen der Zukunft“ gefördert. Im Anschluss wurde der Aufbau von Filialpraxen in unterversorgten Regionen im Rahmen eines Modellvorhabens bis 2011 von den drei Projektpartnern (KV Sachsen-

Anhalt, AOK Sachsen-Anhalt und dem Land) weiter getragen. Seit 2012 wird das Projekt von der KVSA und der AOK Sachsen-Anhalt finanziert.

Die Standorte der Filialpraxen sind in Letzlingen, Schönhausen (Altmark), Kalbe (Milde), Rochau, Klötze, Salzwedel und Seehausen in den Landkreisen Stendal und Altmarkkreis Salzwedel im nördlichen Sachsen-Anhalt. Eine augenärztliche Filialpraxis befindet sich in Magdeburg. Niedergelassene Ärzte aus der Umgebung oder Ärzte im Ruhestand bzw. angestellte Ärzte erbringen die Sprechstunden in den Filialpraxen. Jede der vier Praxen wurde den Bedingungen vor Ort (z.B. vorhandene Räumlichkeiten) und den Bedürfnissen der behandelnden Mediziner (z.B. geeignete Praxissoftware) angepasst. Die gesamte Organisation der Filialpraxen (Personalplanung, Fortbildung, Abrechnung, Bestellungen etc.) wird im Vernetzten Versorgungszentrum (VVZ) der KV geleistet. Ausgebildete Filialpraxisassistentinnen (insbesondere VERAH) stellen die Konstante in den Filialpraxen dar. Den Ärzten können im Rahmen des Konzepts der Filialpraxen verschiedene Beschäftigungsverhältnisse (Vollzeit/Teilzeit/angestellt/selbständig) geboten werden.

Filialpraxen werden wie herkömmliche Vertragsarztpraxen abgerechnet. Aus den Einnahmen werden die Betriebskosten und die Honorare der Ärzte finanziert.

Zurzeit existieren sieben Filialpraxen. Das Vernetzte Versorgungszentrum wird von einer Mitarbeiterin der KV mit betriebswirtschaftlichem Hintergrund organisiert, die durch weitere Kollegen der KV unterstützt wird.

Rollende Praxen

DB Medibus/KV Hessen: Im Auftrag der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen ist seit 2018 in Regionen mit einer schlechten hausärztlichen Versorgung der Medibus als mobile Arztpraxis unterwegs. 28 Stunden pro Woche öffnet die mobile Praxis in fünf Gemeinden in den Landkreisen Werra-Meißner und Hersfeld-Rotenburg. Im Schnitt werden täglich 25 bis 30 Patienten behandelt, darunter Patienten mit akuten Beschwerden und chronischen Erkrankungen, wie z.B. Bluthochdruck, Diabetes oder Herzinsuffizienz. Zumeist handelt es sich dabei um ältere Patienten. Der Bus gewährleistet die Sicherstellung der Versorgung. Er kann niedergelassenen Ärzten bei Überlastung oder Abwesenheit Unterstützung bieten. Ein Vorteil des mobilen Angebots ist die schnelle Anpassung an Versorgungsprobleme und Patientenaufkommen. Seit Inbetriebnahme wurde der Fahrplan bereits geändert, um veränderte Bedarfe zu berücksichtigen. Die Einrichtung des Busses wird als Übergangslösung verstanden. Langfristig wird die Niederlassung von Ärzten angestrebt. Die Ärzte sind Angestellte der KV und tragen kein finanzielles Risiko. Sie werden durch zwei Medizinische Fachangestellte unterstützt. Der Bus ist mit der Ausrüstung einer klassischen hausärztlichen Praxis ausgestattet, inklusive EKG und einem kleinen Labor. Ist eine Weiterbehandlung bei einem Facharzt nötig, kann die Terminservicestelle der KV hinzugezogen werden. Die Patienten erhalten einen ausführlichen Behandlungsbericht für ihren Haus- oder weiterbehandelnden Facharzt. Für die Anfangsphase von 2018 bis 2020 stehen 600.000 € zur Verfügung. Die Kosten sind höher als für eine Hausarztpraxis vor Ort. Der Bus gehört der Bahn-Tochter DB Regio, die den Bus an die KV vermietet.

GeroMobil Uecker-Randow: Um die Frühdiagnose und Versorgung Demenzkranker in der Region verbessern zu können, entstand der Entwurf eines Konzepts für ein „GeroMobil“. Das GeroMobil fährt eine dem Anteil älterer Menschen im Ort entsprechend geplante, monatlich festgelegte Tour durch insgesamt 37 Ortschaften, dabei werden durchschnittlich fünf Orte an einem Tag erreicht. Die Haltepunkte werden über Internet, Schaukästen, Amtsblätter der Dörfer und über die Ortsgruppen der Volkssolidarität Uecker-Randow e.V. bekanntgemacht. An diesen Haltepunkten bieten eine hauptamtliche Krankenpflegerin mit Zusatzausbildung in Gerontopsychiat-

rie und vier ehrenamtliche Mitarbeiter Betroffenen, Angehörigen und Interessierten eine anonyme, kostenlose Beratung zum Thema Demenz sowie Frühdiagnostik-Tests an. Um Vertraulichkeit zu gewährleisten, ist das Mobil nicht von außen einsehbar, außerdem werden Hausbesuche angeboten. Betroffene können sich zu Ärzten, Kliniken oder anderen Dienstleistern weitervermitteln lassen. Im Januar 2018 ging das GeroMobil im Modellprojekt „Neustrukturierung der Beratungslandschaft im Landkreis Vorpommern-Greifswald“ auf und wurde um eine allgemeine soziale Beratung erweitert, die von knapp 400 Menschen im Jahr mobil genutzt wird.

Durch Hausbesuche werden laufend ca. 80 Patienten versorgt, zusätzlich wurde das GeroMobil 2015 von ca. 89 namentlich bekannten sowie von über 155 anonymen Interessenten besucht. Die Beratung durch die Krankenpflegerin wird von einem Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie (Chefarzt a.D. des AMEOS Klinikum) als Honorarkraft unterstützt. Eine Kooperation besteht mit dem AMEOS Klinikum Ueckermünde, dem Asklepios Klinikum Pasewalk, verschiedenen Pflegediensten, sechs stationären Pflegeeinrichtungen, der Selbsthilfegruppe pflegender Angehöriger, den Pflegestützpunkten des Landkreises, dem Ärztenetz „Haffnet“ sowie dem informellen gerontopsychiatrischen Netzwerk der Region. Zu diesem zählen außer den Pflegestützpunkten auch Fachärzte für Neurologie und Psychiatrie sowie eine Praxis für Altersmedizin in Ueckermünde.

Von 2012 bis 2014 wurde das Projekt zu 80 % aus Mitteln des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend und zu 20 % aus Eigenmitteln finanziert. Eine reduzierte Finanzierung nach Ablauf der Förderphase erfolgt durch das Ministerium für Arbeit, Gleichstellung und Soziales Mecklenburg-Vorpommern und weiter mit Eigenmitteln. Seit Januar 2018 wird das GeroMobil über das Modellprojekt „Neustrukturierung der Beratungslandschaft im Landkreis Vorpommern-Greifswald“ zu gleichen Teilen von Land und Kommune finanziert.

4.3.2 Delegationsmodelle und mobile Arztunterstützung

Beim Wechselspiel der zentralen und dezentralen Versorgungsstrukturen wird sich zukünftig die Zusammenarbeit zwischen den Leistungserbringern im Gesundheitswesen verändern. Dabei entstehen auch neue Berufsbilder und Zuständigkeiten. Nicht zuletzt werden auch neue Kommunikationsformen (Telemedizin) zum Einsatz kommen. Die Delegation ärztlicher Leistungen an nicht-ärztliches medizinisches Fachpersonal spielt dabei eine besondere Rolle. Durch die Umverteilung der Tätigkeiten innerhalb der Hausarztpraxis werden die Ärzte entlastet. Die praktizierenden Hausärzte können so die Versorgung eines größeren Patientenstammes und/oder einer größeren Region leisten.

Die weitergebildeten MFA entlasten den Arzt und managen die Schnittstelle zwischen der Praxis, den Patienten und den Pflegediensten. Sie übernehmen hausärztlich relevante Tätigkeiten wie Hausbesuche, Medikamenten-, Wund-, Impf- und Case Management. Vor allem chronisch Kranke haben so eine zusätzliche Ansprechperson.

Deutschlandweit gibt es verschiedene Ansätze, solche Delegationsmodelle umzusetzen. Sie unterscheiden sich vor allem hinsichtlich der Anforderungen an die zu erbringende Ausbildung, die Kostenübernahme und Einbindung in Praxisstrukturen. Die Ziele der verschiedenen Modelle unterscheiden sich inhaltlich nur geringfügig.

Integration in die hausärztlichen Leistungen

VERAH: 2008 hat der Deutsche Hausärzteverband (HÄV) mit seinem Fortbildungsinstitut ein Curriculum für Medizinische Fachangestellte (MFA) entwickelt, um diese zu **Versorgungsassistentinnen in der Hausarztpraxis** weiterzubilden. Im Fokus standen die spezifischen Versorgungserfordernisse der hausärztlichen Praxen. Sie werden für präventive und rehabilitative Maßnahmen

eingesetzt, erstellen Hilfspläne und führen Patientenschulungen durch. Außerdem übernehmen sie Hausbesuche, koordinieren die Schnittstellenübergänge (z.B. Krankenhaus und Pflege) und leisten soziale Beratung und Sterbebegleitung. Die VERAHs sind bei Hausärzten angestellt, ihre Leistungen können mit den Krankenkassen abgerechnet werden. Es gibt zwei Möglichkeiten, ihre Leistungen zu honorieren. Beim kollektivvertraglichen System erfolgt dies über den Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) der Kassenärztlichen Vereinigungen. Im Rahmen von Verträgen zur Hausarztzentrierten Versorgung (HzV), die zwischen dem Hausärzteverband und den Krankenkassen geschlossen werden, können die Praxen Honorarzuschläge erhalten.

NäPa (Nicht-ärztliche Praxisassistentin) und EVA (Entlastende Versorgungsassistentin): Die Bundesärztekammer hat mit der NäPa ein ähnlich gelagertes Fortbildungscurriculum für MFA aufgelegt. Diese Zusatzqualifikation kann auch von Pflegekräften erlangt werden. Die Qualifikation zur NäPa ist Voraussetzung für eine Abrechnung von arztentlastenden Leistungen über den Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM). Voraussetzung für die Abrechnung der Leistungen ist die Anerkennung der Unterversorgung. Die NäPas und EVAs sind ebenfalls beim Hausarzt angestellt.

Mittlerweile ist die gegenseitige Anerkennung von Fortbildungszeiten der beiden Qualifizierungssysteme möglich, sodass durch zusätzliche Fortbildungsmodule und Ergänzungsprüfungen die jeweils anderen Zertifikate erlangt werden können. Die Hausarztpraxen profitieren durch eine dauerhaft bessere Honorierung der Leistungen.

Hausarztübergreifende Delegation

Gemeindeschwestern: Unter anderem in Rheinland-Pfalz und in Hessen wird durch Förderprogramme der Einsatz von Gemeindeschwestern unterstützt. Das Modell der Gemeindeschwestern ist an der Schnittstelle der Leistungserbringer im Gesundheitswesen angesiedelt. Damit soll die Lücke zwischen medizinischer und psychosozialer Versorgung geschlossen werden. Für die Arbeit werden in den meisten Fällen Pflegefachpersonen in speziellen Fortbildungen qualifiziert. Die Leistungen sind vorwiegend präventiv und dienen der Gesundheitsförderung bzw. der Vermeidung der Pflegebedürftigkeit. Die Gemeindeschwestern führen präventive Hausbesuche durch und unterstützen und beraten ältere Menschen, die noch keinen attestierten Pflegebedarf nach SGB XI haben. Sie sind zentrale „Kümmerer“ und helfen bei der Alltagsgestaltung. Sie zielen darauf ab, Risiken zu erkennen und vor Stürzen, Mangelernährung sowie sozialer Isolation zu schützen. Ggf. können sie frühzeitig Hilfebedarf im Bereich der psychosozialen Betreuung und Hauswirtschaft erkennen und darüber hinaus auch medizinische Hilfsangebote organisieren. In Rheinland-Pfalz besucht die **Gemeindeschwester^{plus}** Menschen nach deren vorheriger Zustimmung zuhause und berät sie kostenlos und individuell. In Hessen können Hausärzte sowie die Kommunen Anträge auf Unterstützung durch eine **Gemeindeschwester 2.0** stellen. Sie kümmert sich um psychosoziale Belange älterer Menschen. So begutachtet sie die Versorgungssituation der Menschen und kann in enger Abstimmung mit den Betroffenen Unterstützungsleistungen anregen und koordinieren.

Die Gemeindeschwestern arbeiten übergreifend und sind somit nicht Teil einer Arztpraxis oder eines Pflegedienstes. Sie sind in der Regel bei den Kommunen oder an Pflegestützpunkten der Kranken- und Pflegekassen angestellt.

In den meisten Fällen wird auf das Angebot per Postwurfsendung aufmerksam gemacht. Die lokal ansässigen Ärzte sowie andere Gesundheitsdienstleister werden nochmals gesondert informiert. Ratsuchende, Angehörige oder Ärzte können dann Bedarfe anmelden.

Mitunter aufgrund der präventiven Arbeit auf der Schnittstelle, konnte bislang noch keine Regelfinanzierung für diese Versorgungsmodelle etabliert werden. In Rheinland-Pfalz werden die

Kosten derzeit vom Land und den Krankenkassenverbänden aufgebracht. Eine Beteiligung der Pflegekassen ist ebenso denkbar.

Psychosoziale Fachkraft auf dem Land (PauLA) der NOVO Odenwald in Hessen: Die PauLA besucht ältere, in ihrer Mobilität eingeschränkte oder weniger gesundheitskompetente Menschen, die noch zuhause leben und nicht pflegebedürftig sind. Ihre Arbeit wirkt präventiv. Ziel ist es, zu erwirken, dass die Menschen möglichst lange in ihren Häusern und Wohnungen verbleiben können und eine Pflegebedürftigkeit vermieden oder herausgezögert wird. Bei den Hausbesuchen wird versucht, den Menschen Sicherheit in der Bewegung sowie Lust am Bewegen zu vermitteln. Dazu hat die PauLA an Fortbildungen in Kinästhetik zur Mobilitätserhaltung und -förderung sowie in der Sturzprophylaxe teilgenommen. Zusätzlich ist es Aufgabe der PauLA, die existierenden Netzwerke und Unterstützungssysteme zu stärken.

LGS – Licher Gemeindeschwestern: In der Gemeinde Muschenheim gibt es keinen Hausarzt mehr, weshalb die medizinische Versorgung der Muschenheimer Senioren mit einem hohen mobilen und zeitlichen Aufwand verbunden war. Um die Versorgung trotz des fortschreitenden demographischen Wandels in der Region (hoher Altersdurchschnitt der Bevölkerung, Beginn der Entvölkerung) zu sichern, initiierte ein Arzt in seiner Eigenschaft als Muschenheimer Ortsvorsteher ein Pilotprojekt, um zwei Gemeindeschwestern zu etablieren. Eine wissenschaftliche Evaluation des Pilotprojekts erbrachte positive Ergebnisse, sodass ab 2014 in den Orten Eberstadt, Bettenhausen, Birklar und Kloster Arnsburg ebenfalls Gemeindeschwestern eingeführt und im Rahmen eines Modellprojekts evaluiert wurden.

Eine Krankenschwester und eine Medizinische Fachangestellte wurden zu Gemeindeschwestern fortgebildet und bieten dreimal wöchentlich eine Sprechstunde im Kommunikationszentrum der Gemeinde an. Auf Wunsch werden auch Hausbesuche durchgeführt. In enger Kooperation mit den Hausärzten der Patienten überwachen die Gemeindeschwestern den Gesundheitszustand und die Medikamenteneinnahme und dokumentieren die Befunde in einem vom Hausarzt ausgehändigten „Gesundheitscheckheft“. Abweichungen von den eingetragenen Zielwerten werden sofort an den Hausarzt übermittelt und ggf. ein Arztbesuch vereinbart. Außerdem werden durch die Gemeindeschwestern Fortbildungsveranstaltungen und Präventionsangebote organisiert.

Die Finanzierung des Projekts erfolgt durch einen Investor und durch den als gemeinnützig anerkannten Gemeindeförderverein Muschenheim e.V., der speziell zu diesem Zweck gegründet wurde und der sich aus Spenden der Bürger finanziert. Die Gemeindeschwestern sind bei diesem Verein als geringfügig Beschäftigte eingestellt. Die Räumlichkeiten werden durch die Kommune kostenfrei zur Verfügung gestellt. Ab 2017 wurde ca. ein Drittel der Kosten für drei Jahre durch die Stadt Lich kofinanziert.

Regionales Versorgungskonzept Lippe – Case Management: Gesundheitshelfer in Lippe: Im Kreis Lippe wurde von Klinikum und Ärztenetz ein sektorenübergreifendes Case-Management aufgebaut. Das „Case-Management am Küchentisch“ hat zum Ziel, die Pflegebedürftigkeit zu senken bzw. hinauszuzögern, indem rechtzeitig entsprechende Maßnahmen implementiert und koordiniert werden. Zudem sollen die Selbstständigkeit der Patienten möglichst lange erhalten bleiben und Krankenhauseinweisungen reduziert werden. Der Zugang zu diesem Versorgungsangebot erfolgt ausnahmslos über den medizinischen Bereich (Akutklinik, haus- oder fachärztliche Praxis). Insbesondere Hausärzte nutzen das Angebot für ihre Patienten. In einem ersten Hausbesuch erfassen die Gesundheitshelferinnen die gesamte Versorgungssituation, inklusive Medikation und Eigenmedikation. Die Durchführung Geriatrischer Assessments, das Erkennen von Sturzgefahren in der Wohnung, die Beratung zu Fragen bzgl. Krankheit und Präventionsmöglichkeiten sowie die Information über spezielle Seniorenangebote im Kreis Lippe und Informationen

bei sich abzeichnender Pflegebedürftigkeit runden den Hausbesuch ab. Gemeinsam mit den Patienten und ggf. deren Angehörigen wird ein Hilfeplan erarbeitet. Der Hausarzt erhält nach dem ersten Hausbesuch immer eine Rückmeldung, ansonsten bei sich abzeichnenden Veränderungen. Je nach Versorgungsproblematik erfolgt ein mehr oder weniger engmaschiges Monitoring durch die Gesundheitshelferinnen, die zudem in engem Kontakt mit Leistungserbringern, Kostenträgern und Beratungsdiensten stehen. Im Sommer 2014 erfolgte eine Ausdehnung des CM auf Pflegeheimbewohner. Ende 2016 wurde die Zielgruppe auf komplex erkrankte Erwachsene aller Altersstufen ausgeweitet. Die Gesundheitshelferinnen werden auch im Rahmen des Entlassmanagements tätig; sie koordinieren insbesondere die Zeit zwischen der Klinikentlassung und dem ersten Hausarztkontakt.

Lüneburger Alterslotsen: Das Projekt „Lüneburger Alterslotsen“ wird seit 2016 vom Land Niedersachsen, dem Landkreis Lüneburg und zwei Gesellschaften der Gesundheitsholding Lüneburg (Städtisches Klinikum Lüneburg sowie Psychiatrische Klinik Lüneburg) gefördert. Ziel ist es, älteren Menschen ein selbstständiges Leben zu Hause zu ermöglichen und Informationsbrüche aufgrund der Sektorentrennung zu vermeiden. Die Aufgabe der Alterslotsen besteht in der Beratung der Patienten und in der Koordination des Behandlungsnetzes.

Diakonische Gemeindemitarbeit Wittgenstein: Die Idee der Gemeindeschwester wird vom Diakonischen Werk Wittgenstein aufgegriffen und im Programm Diakonische Gemeindemitarbeit mit ehrenamtlichen Strukturen verknüpft. Die Hausbesuche werden von ehrenamtlichen Mitarbeitern geleistet und von einer hauptamtlichen Kraft koordiniert. Bei dieser erhalten die ehrenamtlichen Mitarbeiter auch Unterstützung und Beratung bei Fragestellungen. Wird bei Hausbesuchen weiterer Handlungsbedarf festgestellt, können diese Personen in andere Programme der Diakonischen Werks überführt oder die pflegerische Betreuung organisiert werden.

4.3.3 Angebote für die Patientenmobilität

Wenn die ärztlichen Versorgungseinrichtungen sich in den Zentren konzentrieren, kann die räumliche Distanz auch durch eigens eingerichtete Fahrdienste überwunden werden. Bereits seit längerem gibt es in vielen Regionen Deutschlands Bürgerbusse und Bürgerautos.

Bürgerbus Rheinland-Pfalz

Durch die Bereitstellung von Bürgerbussen kann die Mobilität für Personen ohne Fahrerlaubnis oder ältere Menschen verbessert werden. Alltagserledigungen wie Arztbesuche, Einkäufe oder Behördengänge innerhalb der Gemeinden können damit bequem getätigt werden. Bürgerbusse werden von ehrenamtlichen Fahrern gesteuert. Die Kommune stellt das Fahrzeug zur Verfügung und übernimmt die Versicherungskosten. Das Land Rheinland-Pfalz unterstützt die Einrichtung eines Bürgerbusses. Eine kostenfreie Beratung und eine finanzielle Hilfe stehen für die Startphase zur Verfügung.

Hol- und Bringdienst in der Gesundheitsregion^{plus} Coburg

Für den Weg zur Bereitschaftspraxis und zum kinder- und jugendärztlichen Bereitschaftsdienst haben Stadt und Landkreis Coburg einen Hol- und Bringdienst eingerichtet. Die Kosten pro Fahrt betragen pauschal 5 €. Die Fahrt mit dem Hol- und Bringdienst wird im Taxi quittiert und durch die Bereitschaftspraxis bestätigt. Der Hol- und Bringdienst ist im Rahmen des Modellvorhabens der Raumordnung (MORO) „Aktionsprogramm regionale Daseinsvorsorge im Arbeitskreis „Ärztliche Versorgung““ von den beteiligten Akteuren entwickelt worden. Das Projekt wurde anfangs durch das Bundesverkehrsministerium gefördert.

Ehrenamtliche Fahrdienste

Der Generationenbus in den Eder-Elsoff-Dörfern (NRW) konnte durch eine Finanzierung durch die Kirchengemeinde sowie die Eder-Elsoff-Initiative und durch private Spenden an den Start gehen. Die Unterhaltungskosten werden durch lokale Vereine der beteiligten Ortschaften getragen. Der Hol- und Bringdienst wird von ehrenamtlichen Mitarbeitern übernommen. Die Fahrdienste sollen vorwiegend älteren, behinderten und vereinsamten Menschen ermöglichen, die nächstgelegenen Zentren aufzusuchen. Vergleichbare Projekte gibt es unter dem Stichwort „Bürgerbus“ auch andernorts. Bei der Beschaffung der Busse werden unterschiedliche Modelle praktiziert. So kann ein Bus auch durch die Kommunen (ggf. gemeinsam mit Vereinen) angeschafft werden und außerhalb der Nutzungszeit als Bürgerbus auch durch die Vereine genutzt werden.

Exkurs: Ehrenamt für Gesundheit und Pflege

Einige der genannten Beispiele bauen auf ehrenamtlich erbrachten Leistungen auf. Dies hat zunächst zwei Gründe. Ehrenamtliche Tätigkeiten werden in Projekte integriert, wenn für einzelne Aufgaben oder Tätigkeitsbereiche keine ausreichende Finanzierung sichergestellt ist. Dies trifft z.B. auf die Fahrdienste der Bürgerbusse oder auf Hausbesuche zu. Zugleich eignen sich diese Tätigkeiten in ihrer Qualität und Anforderung für ein Ehrenamt sehr gut. Es bedarf keiner speziellen Fachkenntnisse, die Aufgaben können mit einem geringen Stundenumfang und von verschiedenen Personen erbracht werden und die Arbeitseinsätze sind flexibel planbar.

Die Beispiele zeigen jedoch auch, dass das Ehrenamt bzw. die Engagierten eine zuverlässige, professionelle Unterstützung brauchen. Für die allgemeine Abwicklung oder Einsatzplanung muss ein hauptamtlicher Ansprechpartner bereitgestellt werden.

4.4 Telemedizin

Ein vielfach diskutiertes Thema der Gesundheitsversorgung ist die Telemedizin. Hinter dem Oberbegriff verbergen sich eine Vielzahl von Konzepten und Anwendungsbereichen. Im Bewertungsausschuss haben der GKV-Spitzenverband und die Kassenärztliche Bundesvereinigung ein gemeinsames Verständnis von Telemedizin erarbeitet.¹² Demnach dient die Telemedizin vorrangig dazu, räumliche Distanzen zu überwinden. Telemedizinische Techniken werden dabei in allen Schritten der Versorgung angewendet. Präventive und diagnostische Maßnahmen sowie die Behandlung und Therapie der Patienten und die Nachsorge bzw. Rehabilitation und Weiterbehandlung werden gleichermaßen technikgestützt durchgeführt. Die Technologie wird eingesetzt, um Informationen zu messen, zu erfassen und zu übermitteln sowie um die Kommunikation und den Datentransfer zwischen den Leistungserbringern, insbesondere auf der Schnittstelle (Haus- und Fachärzte, Kliniken, nichtärztliches Fachpersonal und Pflegedienstleister) zu verbessern.

¹² Rahmenvereinbarung zwischen der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und dem GKV-Spitzenverband zur Überprüfung des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes zum Umfang der Erbringung ambulanter Leistungen durch Telemedizin mit Wirkung zum 01. Juli 2013

Dies umfasst auch die Delegation von ärztlichen Tätigkeiten an nichtärztliches Fachpersonal. Damit ist das Ziel verbunden, eine Verbesserung der Qualität, Wirtschaftlichkeit und Transparenz der medizinischen Versorgung zu erlangen, z.B. indem durch ein engmaschiges Monitoring notwendige medizinische Interventionen frühzeitiger und gezielter eingesetzt werden.

Für die Versorgungssicherung und Herstellung einer zukunftsorientierten Versorgungsstruktur in der ambulanten sowie stationären Gesundheitsversorgung in ländlichen Räumen bietet die Telemedizin viel Potenzial. Telemedizin ist ein wichtiges Querschnittsthema, das als Baustein in alle innovativen Versorgungskonzepte integriert wird. Die wesentlichen Anwendungsgebiete werden in den folgenden Abschnitten systematisiert und näher beschrieben.

4.4.1 Vernetzung der Leistungserbringer

Mittels digitaler Lösungen können sich die Leistungserbringer im Gesundheitswesen einfacher vernetzen. Hierdurch kann erreicht werden, dass die patientenbezogene Kommunikation vereinfacht und beschleunigt wird und ein schneller Datentransfer möglich ist. Dadurch werden die Versorgungsprozesse optimiert. Im Fokus steht der Austausch zwischen Haus- und Fachärzten sowie den Kliniken. Zusätzlich können auch die Pflegedienstleister integriert werden. Die Anwendungen unterstützen damit ganz wesentlich die in Kapiteln 4.2 und 4.3 beschriebenen dezentralen Modelle.

Ein vieldiskutiertes Beispiel ist der eArztbrief. Das E-Health-Gesetz sieht für diese Anwendung eine besondere Förderung vor. Für die Erprobung der Anwendung erhielten Ärzte eine besondere Vergütung. Weitreichender sind Konzepte, die andere Versorgungs- und Abstimmungsprozesse beschreiten. Beim Telekonsil beispielsweise können Hausärzte ausgewählte Fachärzte per Video hinzuziehen, um deren fachliche Einschätzung zu einem Sachverhalt zu erhalten. Bei der Telebefundung wird durch Fachärzte wiederum eine Befundung durch übermittelte Bilder geleistet. Dies wird z.B. in den Fachbereichen Dermatologie und Radiologie angewandt. Die elektronische Übermittlung von Befunden kann dann z.B. auch in ein spezifisch eingerichtetes Zentrum geschickt und dort durch Fachärzte beurteilt werden.

Die nachfolgenden Projekte setzten weitreichende Vernetzungsbestrebungen um:

NetzWerk GesundheitAktiv: 2017 startete in Hamburg-Eimsbüttel das Projekt NetzWerk GesundheitAktiv, das Akteure im Pflegebereich systematisch untereinander vernetzt. Zielgruppe sind vor allem die Menschen, die ambulant versorgt werden wollen, obwohl sie aufgrund ihrer gesundheitlichen Verfassung eigentlich stationäre Hilfe beanspruchen müssten. Für jeden Patient wird ein individueller Unterstützungsplan zusammengestellt und die daran beteiligten Akteure wie Heime, Hausärzte, Krankenkassen und Beschäftigte in Pflegestützpunkten mit ihren vernetzten Dienstleistungen untereinander koordiniert und vernetzt. Die Kommunikation und Interaktion mit den Netzwerkpartnern und mit den Angehörigen erfolgt über bereitgestellte Tablet-PCs, auf denen die Patienten auch Dienstleistungen wie Essen auf Rädern oder Pflegedienstleistungen bestellen können. Die Kommunikation mit den beteiligten Hausärzten erfolgt über Online-Videosprechstunden.

Mediland: Bei diesem Projekt in Bayern geht es um die Vernetzung über die Grenzen der Bereiche Arzt/Krankenhaus/Pflege hinaus. Im Projekt sind zwei Arztpraxen mit deren angestellten Versorgungsassistentinnen, das Klinikum Grafenau und ein Pflegewohnheim miteinander verbunden. Das Projekt wird von der Technischen Hochschule Deggendorf begleitet und gemeinsam mit dem Gemeindeverbund Spiegelau-Frauenau umgesetzt. Medizinische Daten werden – mit Zustimmung der Patienten – untereinander ausgetauscht und die Kommunikation zwischen

Ärzten und Pflegenden kann durch Videotelefonie erfolgen. Zusätzlich wird das Waldschmidt-Haus, eine Wanderhütte im Bayrischen Wald, an das Projekt angeschlossen. Dort sollen verletzte Wanderer telemedizinisch bei der ersten Hilfe unterstützt werden.

4.4.2 Technische Unterstützung für die Delegation ärztlicher Leistungen

Telemedizin in der Hausarztpraxis

Hausarzt mit Telemedizin (HaT) und Tele-VERAH: Mit dem Projekt „Hausarzt mit Telemedizin (HaT)“ wird in der Gesundheitsregion Osnabrück die Delegation von ausgewählten ärztlichen Tätigkeiten an weitergebildetes nicht-ärztliches Fachpersonal und Pflegedienste fokussiert. Digitale Lösungen sind wesentlicher Baustein dieser Versorgungskonzepte. Die medizinischen Versorgungsassistentinnen werden digital unterstützt und zu TeleVERAHs fortgebildet. In einem „Telerucksack“ werden Geräte, wie z.B. Blutdruckmessgeräte und ein Tablet, zur Verfügung gestellt, mit deren Hilfe die TeleVERAHs selbstständig Hausbesuche durchführen können. Die Hausärzte können bei Hausbesuchen ggf. zugeschaltet werden.

Telemedizin-Assistenz: Das Land Rheinland-Pfalz unterstützt Hausarztpraxen bei der Durchführung von Hausbesuchen. Dafür werden speziell ausgebildete Telemedizin-Assistentinnen und -Assistenten mit moderner Technik ausgestattet. Durch den Ansatz sollen Ärzte entlastet werden. Auch Patienten mit Mobilitätseinschränkungen können intensiv versorgt werden. Die Wege in die Praxis werden vermindert und die Patienten von Fachpersonal bei Hausbesuchen versorgt. Die technischen Geräte ermöglichen es, beim Hausbesuch die Gesundheitswerte digital zu erfassen und in die Praxis zu übermitteln. Ein Videotelefonat zwischen Patient und Arzt kann ggf. eingerichtet werden.

Telemedizin in der Notfallversorgung

LandRettung – Telenotarzt: In Gebieten mit längeren Anfahrtszeiten, in denen die durchschnittliche Hilfsfrist von 10 Minuten schwer einzuhalten ist, unterstützt der Telenotarzt den Rettungsdienst. Rettungskräfte sind oft vor dem Notarzt am Einsatzort, weil es mehr Rettungswachen als Notarztstandorte gibt. Wird in diesen Fällen eine schnelle Unterstützung durch einen Notarzt noch vor dessen Eintreffen benötigt, z.B. weil sich das Krankheitsbild bei einem Patienten akut verschlechtert, kann der Telenotarzt die Zeit bis zum Eintreffen eines Notarztes vor Ort überbrücken. Die Verlegung von Patienten zwischen Krankenhäusern kann ebenfalls durch den Telenotarzt begleitet werden, damit die Kapazitäten der „fahrenden“ Notärzte nicht gebunden werden.

In Greifswald wurde ein zentraler Telenotarztarbeitsplatz eingerichtet, der mit Notärzten der Universitätsmedizin Greifswald besetzt wird. Sechs Rettungswagen wurden mit der notwendigen Technik ausgestattet, darunter Videokameras und Mobilfunkeinheiten zur Übertragung von Videobildern und Vitaldaten (Puls, Blutdruck, EKG) des Patienten. Der Telenotarzt kann den Zustand des Patienten beurteilen und Therapieentscheidungen treffen.

4.4.3 eCare und Monitoring

Telemedizinische Instrumente können insbesondere bei der Überwachung bei chronischen Erkrankungen nützlich sein. Durch den Einsatz digitaler Anwendungen wird es den Patienten ermöglicht, in engem Kontakt mit der fachmedizinischen Betreuung zu stehen. Dafür ist es nicht notwendig, Arztpraxen aufzusuchen. Das Monitoring kann einfach in den Alltag integriert werden. Solche Konzepte schaffen vielfältige Möglichkeiten für das medizinische Fallmanagement.

Telemonitorings bieten sich insbesondere bei chronischen Patienten mit einer hohen Kompetenz im Umgang mit ihrer Erkrankung an. Ferndiagnosen und Telekonsil bzw. die Videokonsultation sind typische Bausteine.

Online-Sprechstunden werden zunehmend auch im hausärztlichen Bereich angeboten. Die Landesärztekammer Baden-Württemberg hat dafür 2016 eine Änderung der Berufsordnung vorgenommen. Es wurde eine EBM-Ziffer eingeführt, die seither die Abrechnung in der Regelversorgung erlaubt. Es wird erwartet, dass sich dieser Bereich der Telemedizin in den kommenden Jahren sehr positiv entwickeln wird, da sich die rechtlichen Rahmenbedingungen und die Einstellung der Ärzteschaft zum Fernbehandlungsverbot vermutlich wandeln.

Video- und Online-Sprechstunde: In einem Pilotprojekt testen der Berufsverband der Deutschen Dermatologen und die Techniker Krankenkasse (TK) mit den Mitgliedern des HNO-net in Nordrhein-Westfalen den Einsatz von Online-Video-Sprechstunden. Dabei wird die technische Dienstleistung von Patientus verwendet. Im Bereich der Kinder- und Jugendmedizin führt die Barmer GEK mit dem Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte ein Pilotprojekt durch, bei dem Online-Konsil bei jungen Patienten mit unklaren Krankheitsbildern angeboten wird. Online-Videosprechstunde bei Hausärzten bietet die private Axa Krankenversicherung gemeinsam mit dem Deutschen Hausärzteverband an.

MuM – Medizin und Mehr eG: 1995 schlossen sich insgesamt 44 niedergelassene Ärzte aus der Region Bünde, Kirchlegern und Rödinghausen in Nordrhein-Westfalen zusammen und gründeten die Vereinigung „Medizin und Mehr“. Klares Ziel der Interessengemeinschaft war es, die medizinische Gesundheitsversorgung durch Kooperation und Koordination zum Wohle der regionalen Bevölkerung zu gestalten. Seit dem ersten Juli 2014 ist die Region Bünde eine der insgesamt fünf ausgewählten Pilotregionen Nordrhein-Westfalens, in der die ärztliche Versorgung in Pflegeheimen nachhaltig verbessert werden soll. Im Rahmen des Projekts TELnet@NRW wurde die eVi®- elektronische Arztvisite und ein Konzept für die telemedizinische Versorgung entwickelt. Bei eVi® wird mittels einer Webcam eine direkte Verbindung mit Bild und Ton zwischen Arzt und Pflegekraft bzw. Pflegeheim hergestellt. Fragen zum Patienten werden direkt zwischen den Beteiligten geklärt sowie unklare Befunde und Medikationen per Kamera dargestellt. Das weitere Vorgehen bis zum nächsten Arztbesuch wird gemeinsam und verbindlich festgelegt. Darüber hinaus ist die Einrichtung eines „virtuellen Sprechzimmers“ möglich, in dem der Arzt zu bestimmten Zeiten erreichbar ist. Durch die regelmäßige Online-Konsultation durch niedergelassene Ärzte konnte bereits erreicht werden, dass Pflegeheimbewohner seltener ins Krankenhaus eingewiesen werden

Gesundheits-Apps: Eng verknüpft mit eCare und Monitoring-Lösungen sind Gesundheits-Apps. Als Instrument der Teletherapie gibt es sehr verschiedene Anwendungen, die die Versorgungsleistungen für spezifische Krankheitsbilder verbessern. Die Apps beinhalten in der Regel diagnostische Elemente und überwachen die therapeutischen Vorgehensweisen (Telemonitoring). Sie könne auch eingesetzt werden, um neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden zu erproben.

Exkurs: Ohne-Arzt-Praxis Spiegelberg, BW

Als Lösung für Gemeinden, in denen die ärztliche Versorgung nicht mehr sichergestellt werden kann, möchte TeleMedicon sogenannte „Ohne-Arzt-Praxen“ etablieren. In diesen Praxen sind lediglich medizinische Fachangestellte und Arztassistenten zugegen. Sie sind an verschiedene Ärzte über telemedizinische Verfahren angebunden. Die Untersuchungen finden durch diese medizinischen Fachangestellten statt. Bei Bedarf wird per Videotelefonat eine Verbindung mit verschiedenen Ärzten aufgebaut. Sollte es zu Komplikationen kommen, trifft der Arzt vor Ort ein.

Die unter dem Label TeleMedicon betriebenen Ohne-Arzt-Praxen sollen neben Videosprechstunden auch eine 12-Kanal-EKG-Übertragung, Tele-Otoskopie sowie ein digitales Stethoskop ermöglichen.

Initiator der Ohne-Arzt-Praxis war der Gründer des in Heidelberg ansässigen Unternehmens Philon-Med, Tobias Granter, der schon lange anstrebt, an der Eröffnung einer Ferndiagnosepraxis mitzuwirken. Finanziell unterstützt wird das Projekt durch das Bundesministerium für Ernährung und Landwirtschaft im Rahmen des Bundesprogrammes für Ländliche Entwicklung.

Innovativ ist die Idee der Ohne-Arzt-Praxis auf dem Gebiet der Ferndiagnosepraxis und Telemedizin. Dafür sind die eingesetzten technischen Geräte auf dem neuesten Stand. Zur Erweiterung sind weitere Projekte wie beispielsweise eine Vernetzung der Praxis mit diversen Fachärzten in der Region geplant. Innovativ ist auch die Organisation dieser Praxen als selbstständige Versorger, die zur Diagnose mit mehreren (Fach-)Ärzten der Region zusammenarbeiten sollen.

Quelle: www.ohnearztpraxis.de, www.sgp-insider.de/wie-sich-die-laendliche-versorgung-aufwerten-laesst, www.praktischerarzt.de/blog/ohne-arzt-praxis, www.e-health-com.de/details-news/mit-arzt-aber-nicht-vor-ort-erste-telepraxis-im-suedwesten, www.praktischerarzt.de/blog/ohne-arzt-praxis

5 Empfehlungen zur Sicherstellung der ärztlichen Versorgung in der Region Rhein-Eifel

5.1 Grundausrichtung einer Gesamtstrategie

Die Gesundheitsversorgung der Region Rhein-Eifel weist verschiedene Defizite und Risiken auf, sodass die Sicherstellung einer ausreichenden und qualitativ hochwertigen (haus-)ärztlichen Versorgung mittel- bis langfristig gefährdet ist (siehe Kapitel 2). Um die Attraktivität der Region für den ärztlichen Nachwuchs zu steigern, ist ein vorrangiges Ziel die Etablierung von innovativen Modellen der Gesundheitsversorgung mit Schwerpunkt auf dem ambulanten Bereich und einer sektorenübergreifenden Zusammenarbeit. Dazu bedarf es einer Weiterentwicklung der Gesundheitsversorgung und der Einleitung eines Strukturwandels, der von der traditionellen Einzel- oder Kleinpraxis mit maximal zwei bis drei Ärzten zu neuen Formen der Praxisorganisation führt und der gleichzeitig die spezifischen Voraussetzungen des ländlichen Raums sowie die besonderen Bedürfnisse einer alternden Bevölkerung berücksichtigt. In Kapitel 4 werden ausgewählte Modelle aus anderen Regionen dargestellt. Diese können als Inspiration für die weiteren Bemühungen in der Region Rhein-Eifel herangezogen und auf ihre Übertragbarkeit geprüft werden.

Im Rahmen der Laufzeit des Projekts „Erarbeitung eines Konzepts zur Sicherstellung der ärztlichen Versorgung in der Leader-Region Rhein-Eifel“ konnte das Ziel, die lokalen Gesundheitsakteure zur aktiven Mitarbeit an einem solchen Strukturwandel zu bewegen, trotz intensiver Bemühungen noch nicht erreicht werden (siehe Kapitel 3). Es wurde deutlich, dass der „gefühlte“ Handlungsdruck nur langsam zunimmt, da die Versorgungssituation von den lokalen Gesundheitsakteuren derzeit noch als gut und ausreichend eingeschätzt wird. Die im Rahmen des Projekts erhobenen Fakten zeigen jedoch ein anderes Bild. Die Analyseergebnisse deuten darauf hin, dass sehr wohl ein Handlungsdruck vorhanden ist, da die altersbedingte Schließung von Praxen insbesondere außerhalb der größeren Orte sehr schnell zu erheblichen Versorgungsdefiziten und einer enormen Überlastung der verbleibenden Ärzte führen kann.

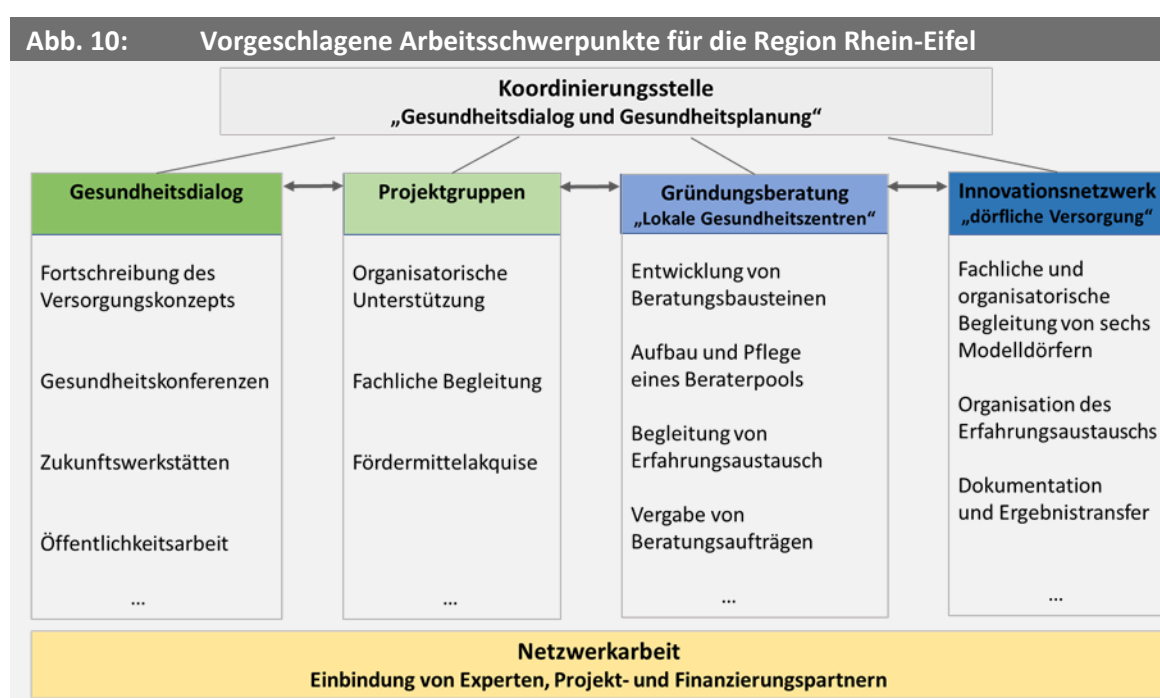
Gesundheitsdialog aufbauen und Engagement fördern

Die Region Rhein-Eifel ist folglich gut beraten, sich weiterhin aktiv um die dargestellte Thematik zu kümmern. Der Projektverlauf hat jedoch auch gezeigt, dass es diesbezüglich einen „längeren Atem“ und eine aktive politische Unterstützung braucht. Dementsprechend ist eine verstetigte Arbeit in diesem Themenfeld sinnvoll. Hierfür wiederum müssen entsprechende Strukturen für Organisation, Kooperation und Unterstützung aufgebaut werden, um eine gute Vernetzung der Gesundheitsakteure vor Ort untereinander und mit der lokalen Politik zu erreichen und gemeinsam Modelle zur Verbesserung der Versorgung umzusetzen (siehe hierzu Kapitel 4.1).

Im Mittelpunkt unserer Empfehlungen steht daher die Grundidee, dass ein intensivierter und dauerhaft eingerichteter Dialog der Gesundheitsakteure und der lokalen politischen Gremien den Boden für ein umsetzungsorientiertes Engagement in der Region bereitet. Als Forum dienen

jährlich stattfindende Gesundheitskonferenzen und Zukunftswerkstätten, die zur Vernetzung der Akteure beitragen. Konkrete Maßnahmen und Ideen zur Sicherstellung der Versorgung werden in zu gründenden Projektgruppen entwickelt und kooperativ umgesetzt. Um bereits mittelfristig erste Projekte zu implementieren, sollte ferner ein Innovationsverbund „Dörfliche Gesundheitsversorgung“ aufgebaut werden.

Das Engagement sollte in seiner Entstehung und Entfaltung durch entsprechende Unterstützungs- und Beratungsleistungen flankiert und stabilisiert werden. Das Management des Gesundheitsdialogs sollte daher auch inhaltliche Beratung für die Projekte liefern. Ferner sollte dort eine Gründungsberatung für Lokale Gesundheitszentren eingesetzt werden (siehe Abb. 10). Die hier nur kursorisch genannten Einzelthemen werden in Kapitel 5.4 ausführlicher in Form von Maßnahmensteckbriefen beschrieben.



5.2 Eckpunkte einer Strategie zur Sicherung der Gesundheitsversorgung

5.2.1 Gesundheitszentren - Strukturwandel organisieren

In der ambulanten und stationären Gesundheitsversorgung vollzieht sich derzeit ein Strukturwandel. Die Versorgungsstrukturen zentralisieren sich in räumlicher wie auch in organisatorischer Perspektive. An zentralen Standorten entstehen größere Versorgungszentren oder auch lokale Gesundheitszentren mit teilweise mehreren Praxen, in denen mehrere Ärzte, zum Teil auch unterschiedlicher Fachrichtungen, die Versorgung für größere räumliche Einzugsbereiche übernehmen.

Angetrieben wird dieser Strukturwandel nicht zuletzt durch den Fachkräftemangel. Junge Nachwuchsärzte haben veränderte Präferenzen und eine Niederlassung in ländlichen Regionen wird zunehmend unattraktiv. Dabei spielt auch das veränderte Berufsverständnis eine Rolle. Die klassische Einzelpraxis ist für viele Ärzte nicht mehr attraktiv. Neben dem Wunsch nach einer

ausgeglichen Work-Live-Balance, die die hohe Arbeitsbelastung in eigenen Praxen nicht gewährleistet, steht auch der Wunsch nach einer anderen Art der Berufsausübung. Junge Ärzte möchten im Team arbeiten und sich ggf. spezialisieren. Anstelle der eigenen Praxis tritt dann eher ein Angestelltenverhältnis oder die Beteiligung an größeren Praxisverbünden (siehe Exkurs in Kapitel 2). Die Region Rhein-Eifel ist mit ihrer kleinteiligen Praxisstruktur, in teils peripher gelegenen Gemeinden und Dörfern, auf diese Nachfrage nicht ausgerichtet. Bei der Nachbesetzung von freierwerdenden Arztpraxen wird es daher vermutlich zunehmend Schwierigkeiten geben. Folglich bestehen Handlungsbedarfe darin, die Versorgungsstrukturen zu modernisieren und attraktive Modelle umzusetzen.

5.2.2 Dezentrale Versorgungsstrukturen organisieren

Vom organisatorischen und räumlichen Konzentrationsprozess profitieren vor allem die Städte und die größeren Orte, während die Versorgung in entlegeneren Dörfern ausdünnert. Dies wird zumeist als Nachteil der ländlichen Regionen beim Wettbewerb um den medizinischen Nachwuchs begriffen. In der Praxis zeigt sich jedoch, dass adäquate Lösungen gefunden werden können. In Kenntnis und in Auseinandersetzung mit den räumlichen Gegebenheiten müssen Versorgungsmodelle entwickelt werden, die zentrale Versorgungsstandorte mit dezentralen Lösungen kombinieren. Insbesondere dem Aufbau von Gesundheitszentren kommt dabei eine besondere Rolle zu. Werden hieran innovative dezentrale Versorgungsmodelle angegliedert, kann die wohnortbezogene Versorgung auch in eher peripher gelegenen Dörfern gewährleistet werden. Beispiele solcher Modelle sind z.B. Fahrdienste, der Betrieb von Filialpraxen, mobile Praxisassistentinnen, Tages- und Kurzzeitpflege, ambulante Versorgungsbetten. Einige Ansätze sind in den Kapiteln 4.2 und 4.3 beschrieben. Durch die fortschreitende Digitalisierung und entsprechende eHealth-Konzepte erweitern sich die Möglichkeiten zur Umsetzung derartiger dezentraler Versorgungsstrukturen (siehe Kapitel 4.4).

5.2.3 Gesundheitsdialog aufbauen – Strukturwandel regionalpolitisch unterstützen

Gerne ziehen sich die kommunalen Verantwortungsträger auf die Position zurück, dass der fällige Strukturwandel im privatwirtschaftlich organisierten ambulanten Sektor keine öffentliche Aufgabe sein kann. Auch wird darauf verwiesen, dass der Gesetzgeber den KVen den sogenannten Sicherstellungsauftrag zugeordnet hat. Formal und ordnungspolitisch mag dies plausibel sein. Faktisch handelt es sich bei der Sicherstellung der ärztlichen Versorgung aber um einen wesentlichen Aspekt der Daseinsvorsorge, der den Kommunen und den Bürgermeistern spätestens dann „auf die Füße fällt“, wenn Versorgungsdefizite entstehen. Einerseits weil die Bürger nicht unbedingt zwischen den formalen Zuständigkeiten unterscheiden und ihren Unmut mit hoher Wahrscheinlichkeit gegenüber der Kommune kundtun. Andererseits weil eine lückenhafte Daseinsvorsorge und entsprechende Mängel in der Lebensqualität die Entwicklungsfähigkeit der Kommunen untergraben.

Dass der fällige Strukturwandel nicht von selbst in Gang kommt und insofern eine regionalpolitische Unterstützung bzw. Flankierung benötigt, hat verschiedene Gründe. Ganz entscheidend ist, dass die kurz vor der Praxisabgabe stehenden Ärzte in der Regel keine Bereitschaft mehr zeigen, ihre letzten Berufsjahre zum Aufbau neuer Partnerschaften und zur Integration ihrer Praxen in leistungsfähigere Verbünde zu nutzen. Dabei dürfte auch eine Rolle spielen, dass die Praxiswerte ohnehin gering sind und insofern keine große Bedeutung für die Alterssicherung haben. Dies haben auch die Bemühungen in der Region Rhein-Eifel gezeigt, die im Rahmen dieses Projekts nicht zu einem erfolgreichen Abschluss, im Sinne der Umsetzung innovativer Versorgungskonzepte unter Einbezug der Ärzteschaft, gekommen sind (siehe Kapitel 3). Das Risiko ist in der Folge hoch, dass Praxen geschlossen werden, ohne dass Nachfolger gefunden wurden.

Aber auch die jüngeren oder zum Teil in der Mitte des Berufslebens stehenden Ärzte sind eher selten aktive Treiber des notwendigen Strukturwandels. Sie sind mit ihrer Praxis und mit ihrer Patientenversorgung in der Regel soweit aus- oder sogar überlastet, dass darüber hinaus nur wenige Spielräume bestehen. Zudem kann man nicht erwarten, dass sich Ärzte in der Aufgabe sehen, über ihre in der Regel funktionierende Praxis hinaus ein zusätzliches Engagement für die Sicherung der Versorgung zu entwickeln. Auch die hierzu erforderlichen Kompetenzen und Kenntnisse (unternehmerisch, juristisch, organisatorisch) sind nicht selbstverständlich jedem Arzt gegeben. Als Argument ist ferner zu beachten, dass viele Lösungen für den ländlichen Raum privatwirtschaftlich nur eingeschränkt tragfähig sind und deswegen in Kooperation mit der öffentlichen Hand umgesetzt werden müssen (z.B. Fahrdienste, dezentrale Behandlungsräume, Gemeindeschwestern).

Vor diesem Hintergrund entsteht die Aufgabe, den notwendigen Strukturwandel der Gesundheitsversorgung von politischer Seite mit voran zu treiben und ihn gezielt zu unterstützen. Besonders wichtig ist es dabei, den Blick von den örtlichen Gegebenheiten zu lösen und stattdessen eine regionale Perspektive einzunehmen. Im Mittelpunkt sollte dabei ein Gesundheitsdialog stehen, der einerseits das Verständnis für die Handlungserfordernisse vertieft, geeignete Lösungen identifiziert und insbesondere die darauf bezogene Handlungsbereitschaft sowohl im politischen Raum als auch bei den Gesundheitsakteuren stärkt. Da aus dem Dialog heraus die Übergänge in die Umsetzung guter Lösungen gefunden werden müssen, ist auch eine tatkräftige Unterstützung der Umsetzungsaktivitäten vorzusehen (Beratungsleistungen, organisatorische Hilfestellungen wie Moderation etc.). Besonders wichtig dabei ist, dass die politischen Spitzen der Region dieses Thema erkennbar besetzen und insofern den Dialogprozess nicht nur erkennbar dauerhaft unterstützen, sondern ihm auch das erforderliche „Gewicht“ verleihen. Aus diesen Grundgedanken heraus sind die folgenden Maßnahmensteckbriefe konzipiert und formuliert.

5.3 Aufbau und Betrieb einer Koordinierungsstelle „Gesundheitsdialog und Gesundheitsplanung“ (Maßnahmensteckbrief I)

5.3.1 Inhalt des Vorhabens

Es wird die Einrichtung einer regionalen Koordinierungsstelle „Gesundheitsdialog und Gesundheitsplanung“ empfohlen, deren Hauptaufgabe es ist, alle relevanten Gesundheitsakteure einschließlich der beteiligten Kommunalpolitik für die Herausforderungen der Gesundheitsversorgung

1. zu sensibilisieren,
2. davon ausgehend ein umsetzungsorientiertes Engagement für Maßnahmen der Versorgungssicherung zu mobilisieren und
3. diese Maßnahmen unterstützend zu begleiten.

Dies verbindet sich insbesondere mit den folgenden Aufgaben:

- Laufende Weiterentwicklung eines gesundheitspolitischen Versorgungskonzepts für die Region Rhein-Eifel (Ausgangspunkt und Basis bildet das Projekt „Konzept zur Sicherstellung der ärztlichen Versorgung in der Region Rhein-Eifel“)
- Durchführung von fachöffentlichen Veranstaltungen (z.B. Gesundheitskonferenzen zu Themen mit regionaler Bedeutung, Gesundheitswerkstätten zu fachspezifischen oder

lokalen Einzelthemen) und sonstigen Maßnahmen der gesundheitspolitischen Öffentlichkeitsarbeit

- Aufbau und Pflege eines gesundheitspolitischen Partnernetzwerks (z.B. KV, Ärztekammern, Fachverbände, Krankenkassen, Stiftungen, übergeordnete Fachbehörden) zur Unterstützung der laufenden Arbeit der Koordinierungsstelle
- Fachliche und organisatorische Unterstützung bzw. Begleitung von umsetzungsorientierten Projektgruppen, die innovative Versorgungslösungen erarbeiten und umsetzen wollen
- Einwerbung von Fördermitteln für die geplanten bzw. entwickelten Maßnahmen
- Berichterstattung in den politischen Gremien der Region sowie bei sonstigen relevanten Partnerorganisationen

Die Arbeit der Koordinierungsstelle wird gesteuert und begleitet von einer Lenkungsgruppe, die sich aus Vertretern der beteiligten Kommunen zusammensetzt. Ergänzt wird die Lenkungsgruppe von ausgewählten Gesundheitsakteuren und ggf. weiteren regionalen Akteuren (z.B. Wirtschaftsverbänden). Personell zu besetzen ist die Koordinierungsstelle mit einem fachlich besonders qualifizierten Gesundheitsmanager. Hilfreiche Hinweise hierzu können den drei erfolgreichen Beispielen in Kapitel 4.1 entnommen werden.

5.3.2 Innovativer Charakter

Der mit der Arbeit der Koordinierungsstelle verbundene innovative Charakter kann folgendermaßen umschrieben werden:

- Die Koordinierungsstelle ist das organisatorische Rückgrat einer aktiven regionalen Gesundheitspolitik, die innovative Maßnahmen der Gesundheitsversorgung anregt und mit entwickelt. Damit leistet sie Beiträge dazu, dieses bislang kommunal kaum verankerte Politikfeld für die regionale Ebene zu erschließen. Dies wirkt einerseits in der Region selbst, kann zugleich aber auch als Anregung oder Vorbild für andere Regionen dienen.
- Die häufig vorhandene lokale Perspektive auf Probleme der gesundheitspolitischen Versorgungssicherung wird zugunsten einer regionalen Perspektive ergänzt, aus der heraus sich erweiterte Lösungsmöglichkeiten ergeben.
- Die Entwicklung und Umsetzung innovativer Lösungen setzt ein hohes Engagement der Gesundheitsakteure voraus, welches sie nicht zuletzt aufgrund der hohen Arbeitsbelastung allein in Eigeninitiative häufig nicht bewältigen können. Durch gezielte fachliche und organisatorische Unterstützung trägt die Koordinierungsstelle dazu bei, vorhandene Innovationspotenziale zu entfalten.
- Die Koordinierungsstelle vernetzt gesundheitspolitisch relevante Akteure aus unterschiedlichen Bereichen (ambulant, stationär, kommunal, zivilgesellschaftlich, patientenorientiert etc.) und fungiert damit als Scharnier einer sektoren- oder bereichsübergreifenden Zusammenarbeit.

5.3.3 Zielgruppen

Die primären Zielgruppen für die Arbeit der Koordinierungsstelle „Gesundheitsdialog und Gesundheitsplanung sind:

- Die Kommunen und die Lokalpolitik, die für Aufgaben der regionalen Gesundheitspolitik sensibilisiert und zugleich fachlich und organisatorisch unterstützt werden sollen,
- die unterschiedlichsten Gesundheitsakteure als Partner von innovativen Maßnahmen der Gesundheitsversorgung und
- die interessierte politische Öffentlichkeit sowie Betroffene, die über die Leitlinien der regionalen Gesundheitspolitik informiert sowie auf entsprechende Maßnahmen hingewiesen werden.

5.3.4 Partner

Die Arbeit der Koordinierungsstelle bzw. des entsprechenden regionalen Gesundheitsmanagements setzt umfassende fachliche Qualifikationen und Kenntnisse voraus. Um die Kenntnisse einerseits aktuell zu halten und andererseits zu erweitern, ist es eine wichtige Aufgabe, ein entsprechendes Partnernetzwerk aufzubauen, zu pflegen und in die laufende Arbeit einzubeziehen. Hierzu gehören: KV, Ärztekammern, Fachverbände, Krankenkassen, Stiftungen, übergeordnete Fachbehörden, Forschungseinrichtungen/Universitäten, Fachberater.

Im Sinne eines Erfahrungsaustauschs und Innovationstransfers wird es ferner angestrebt, durch laufende bilaterale Kontakte und Beteiligung in entsprechenden Netzwerken Partnerschaften zu anderen Gesundheitsregionen und Modellvorhaben aufzubauen. Solche Partnerschaften können sowohl auf der Ebene der regionalen Gesundheitspolitik angesiedelt oder auch als Projekt bzw. Maßnahmenpartnerschaften angelegt sein.

5.3.5 Erwartete Ergebnisse bei Abschluss des Vorhabens

Zusammengefasst werden folgende Wirkungen und Ergebnisse erwartet:

- Eine stärkere und breitere öffentliche, fachöffentliche und politische Sensibilisierung für die Herausforderungen und Aufgaben in der regionalen Gesundheitsversorgung, möglichst verbunden mit der Zustimmung zu den Grundlinien eines „regionalen gesundheitspolitischen Versorgungskonzepts“
- Intensivierung der Kontakte und der gegenseitigen Kenntnis der regionalen Gesundheitsakteure, insbesondere als Ausgangsbasis zur Maßnahmenentwicklung und zur Maßnahmenumsetzung
- Entwicklung und Umsetzung von innovativen Lösungen der Gesundheitsversorgung in konkreten Einzelfällen (fünf bis acht Projekte)
- Etablierung der Koordinierungsstelle als wichtiger Akteur der regionalen Gesundheitspolitik, auch um die Weiterarbeit nach dem Ende der Erstförderung zu sichern

5.3.6 Kostenschätzung

Die jährlichen Kosten für die beschriebenen Aufgaben der Koordinierungsstelle „Gesundheitsdialog und Gesundheitsplanung“ können vorläufig folgendermaßen abgeschätzt werden:

- Vollzeitstelle (Vollkosten inkl. Overheads): ca. 80.0000 € p.a.
- Veranstaltungen: ca. 30.000 € p.a. (Raummiete, Catering, Veranstaltungstechnik, Referentenhonorare etc.)
- Laufende Öffentlichkeitsarbeit (Herstellung von Flyern, Roll-Up etc.): ca. 10.000 € p.a.

- Verfügungsbudget i. W. zur Unterstützung der Projektarbeit (z.B. Beraterhonorare etc.): ca. 50.000 € p.a. (in den ersten beiden Jahren reduzierter Finanzrahmen)
- Einmalige Entwicklung und Aufsetzung von Corporate Design inkl. Logo- bzw. Markenentwicklung, Konzeption und Aufbau einer Homepage, Herstellung von Formatvorlagen für die Berichterstattung: ca. 15.000 €

5.4 Aufbau und Betrieb eines Beratungsangebotes „Lokale Gesundheitszentren“ (Maßnahmensteckbrief II)

5.4.1 Inhalt des Vorhabens

Ausgangspunkt des Vorhabens ist die Einschätzung, dass es künftig zu einem Strukturwandel in der ambulanten und insbesondere hausärztlichen Gesundheitsversorgung kommen wird. Dabei wird die bisherige Dominanz von Klein- und Einzelpraxen zugunsten der Gründung größerer Einheiten ergänzt, die sich unter dem Sammelbegriff „Lokale Gesundheitszentren (LGZ)“ zusammenfassen lassen.¹³ In der Region Rhein-Eifel soll dieser Strukturwandel aktiv begleitet und gefördert werden. Der Fokus ist darauf gerichtet, ländliche Einzel- und Kleinpraxen, für die kein Nachfolger gefunden werden kann, in größere, leistungsfähigere Einheiten zu überführen, indem primär privatwirtschaftliche Gründungsprozesse von derartigen LGZ aktiv unterstützt werden. Beispielhaft sind in Kapitel 4.2 erfolgreiche Modelle porträtiert.

Gegenstand des Vorhabens ist der Aufbau und Betrieb eines Beratungs- und Unterstützungsangebotes, mit dem der beschriebene Strukturwandel in der ambulanten Versorgung aktiv begleitet und befördert werden kann. Dies verbindet sich mit den folgenden Tätigkeiten:

- Aufbau einer regionalen Expertise zur Gründung und zum Betrieb lokaler Gesundheitszentren (Organisationsformen, Trägerschaftsformen, Wirtschaftlichkeit, Leistungsportfolio, Kooperationsstrukturen, Gründungsprozesse)
- Konzeption eines Beratungsangebotes für den Aufbau von Lokalen Gesundheitszentren; bestehend aus einer Initiierungsphase zur Klärung der Arbeitsziele sowie inhaltlicher Beratungsbausteine
- Aufbau und Pflege eines Beraterpools zur Unterstützung der Gründungsprozesse (Zulassungsrecht/Gesellschaftsrecht, Wirtschaftlichkeit/Finanzierung/Förderung/Steuern, Immobilienwirtschaft/Raumprogramm/Baufaufgaben...)
- Moderation und organisatorische Unterstützung der Gründungsprozesse
- Konzeption eines individuellen Projektdesigns für den jeweiligen Gründungsprozess; daraus abgeleitete Arbeitspakete bzw. Beratungsbausteine und deren Beauftragung
- Öffentlichkeits- und Netzwerkarbeit für das Beratungsangebot
- Fördermittelakquise für die geplanten bzw. entwickelten Maßnahmen
- Berichterstattung in den politischen Gremien der Region sowie bei sonstigen relevanten Partnerorganisationen

¹³ Der Begriff „Lokale Gesundheitszentrum“ wurde vom Sachverständigenrat Gesundheit in seinem Jahresgutachten 2014 eingeführt und als zentraler Grundbaustein zur Weiterentwicklung der regionalen Gesundheitsversorgung sowie Versorgungssicherung empfohlen.

Wichtig ist es, dass die Beratungsstelle bei solchen Gründungsprozessen eine bevölkerungsorientierte Perspektive einnimmt und die politischen Anforderungen an eine bedarfsgerechte Gesundheitsversorgung für die Region im Blick behält.

Die Beratungsstelle ist zunächst mit einer halben Stelle zu besetzen, die ihrerseits in einem engen inhaltlichen und organisatorischen Verbund zu der in Kapitel 2 beschriebenen Koordinierungsstelle umgesetzt werden kann. Es ist nicht beabsichtigt, dieses Beratungsangebot in vollem Umfang zu verstetigen bzw. dauerhaft vorzuhalten. Es geht primär darum, den fälligen Strukturwandel zu beschleunigen, sodass drohende Versorgungsdefizite frühzeitig mit neuen Lösungen beantwortet werden können und auf diesem Weg ein in der Region verankertes Erfahrungswissen generiert werden kann, das in der Folge auch ohne eine öffentliche Unterstützung weitergegeben werden kann.

5.4.2 Innovativer Charakter

Die aktive Förderung des wirtschaftlichen Strukturwandels mit dementsprechenden Gründungsprozessen ist normalerweise Gegenstand der Wirtschaftsförderung und richtet sich in der Regel an die „normale“ gewerbliche Wirtschaft aus Industrie und Dienstleistungsgewerbe. Oftmals verbindet sich dies mit Formen des Cluster- und Innovationsmanagements. Die Übertragung dieses Ansatzes in die regionale Gesundheitswirtschaft ist bislang noch nicht erprobt und insofern schon in dieser Hinsicht innovativ.

Eine besondere Herausforderung entsteht, da die Förderung des Strukturwandels zwar primär privatwirtschaftlich verankerte Gesundheitsakteure anspricht, zugleich aber unter dem Blickwinkel einer bedarfsgerechten regionalen Gesundheitsversorgung erfolgen soll (populationsorientierte Perspektive). Dies kann nur gelingen, wenn die Gründungsprozesse systematisch in enger Abstimmung mit den kommunalen Anforderungen abgeglichen werden. Da privatwirtschaftliche Gesundheitsakteure keine unwirtschaftlichen Leistungen anbieten werden (z.B. Betrieb einer Filiale an einem peripheren Standort) bedeutet dies zugleich, dass bei den Gründungsprozessen jeweils auch innovative Lösungen für eine kooperative Zusammenarbeit zwischen den privatwirtschaftlichen LGZ und den betroffenen Kommunen gefunden werden müssen.

Lokale Gesundheitszentren sind in Deutschland zwar auf dem Vormarsch, aber ohne dass sie bereits eine Selbstverständlichkeit geworden sind. Dies gilt sowohl für den politischen Raum als auch für die Gesundheitsakteure. Das regionale Beratungsangebot dient insofern auch der weiteren Verbreitung dieses innovativen Modells der Gesundheitsversorgung. Lokale Gesundheitszentren sind dabei sowohl als Antwort auf die veränderten Anforderungen des medizinischen Nachwuchses (Fachkräftesicherung) als auch als Antwort auf die spezifischen Versorgungsbedarfe einer alternden Gesellschaft zu verstehen. Da die Aufrechterhaltung der Daseinsvorsorge insbesondere in den ländlichen Räumen zu einem häufig diskutierten Problem geworden ist und LGZ gerade dort zur Versorgungssicherung beitragen können, liefern sie auch einen Beitrag zu Stabilisierung der Lebensqualität in den ländlichen Räumen.

5.4.3 Zielgruppen

Vordergründig richtet sich das Beratungsangebot an die (privatwirtschaftlichen) Gründer und potenziellen Betreiber von Arztpraxen und lokalen Gesundheitszentren. Dies können einzelne Ärzte, Kooperationen von Ärzten (Ärztegenossenschaften) oder auch Kliniken (inkl. Mischformen) sein. Als Kooperationspartner sind je nach Ausgestaltung sehr unterschiedliche Partner mit einzubeziehen (Kommunen, Immobilieneigentümer, andere Gesundheitsakteure, Mobili-

tätsdienstleister, zivilgesellschaftliche Gruppen mit Bezug zu Gesundheitsthemen wie nachbarschaftliche Netzwerke, Selbsthilfegruppen, Sportvereine mit gesundheitsfördernden Angeboten etc.).

Die neuen Formen der Gesundheitsversorgung sind jedoch kein Selbstzweck und nicht allein ein Akt der Wirtschaftsförderung. Die gemeinwohlorientierte Perspektive ergibt sich aus den Aufgaben der gesundheitlichen Versorgungssicherung. Insofern sollen die umgesetzten Lösungen vor allem zwei Zielgruppen bedienen. Sie sollen den Anforderungen des ärztlichen Nachwuchses entsprechende Arbeitsplätze anbieten und somit dafür sorgen, dass sich junge Ärzte für die Region Rhein-Eifel entscheiden. Dies dient letztlich der Versorgungssicherung in der Region. Insofern stellen selbstverständlich die Bewohner der Rhein-Eifel als potenzielle Patienten die Hauptzielgruppe dar.

5.4.4 Partner

Als unterstützende Partner für die einzelnen Gründungs- und Beratungsprozesse kommen folgende Berufsgruppen/Organisationen in Betracht:

- KV, Krankenkassen, Fachverbände und übergeordnete Behörden
- Externe Berater aus Medizinrecht, Steuerrecht, Finanzierung, Immobilienwirtschaft/Bauwesen/Planung, Moderation/Mediation
- Wissenschaftliche Einrichtungen zur fachlichen Begleitung und Evaluation der Vorhaben

5.4.5 Erwartete Ergebnisse bei Abschluss des Vorhabens

Es wird erwartet, dass ca. fünf Beratungsprozesse erfolgreich abgeschlossen werden können. Die auf diesem Wege etablierten Einrichtungen leisten in ihrem jeweiligen Kontext wichtige Beiträge zur Versorgungssicherung. Gleichzeitig fungieren sie als Vorbilder für nachfolgende Vorhaben innerhalb und außerhalb der Region.

5.4.6 Kostenschätzung

Die jährlichen Kosten für den Aufbau und Betrieb eines Beratungsangebotes „Lokale Gesundheitszentren“ können vorläufig folgendermaßen abgeschätzt werden:

- Halbe Stelle (Vollkosten inkl. Overheads): ca. 50.000 € p.a.
- Beraterhonorare: ca. 40.000 € pro Gründungsprozess
- Öffentlichkeitsarbeit: ca. 5.000 € p.a.
- Evaluation (lfd. und zum Abschluss): ca. 50.000 €

Zunächst wird davon ausgegangen, dass dieses Beratungsangebot im Verbund mit der Koordinierungsstelle eingerichtet wird und insofern in der Außendarstellung von deren Vorarbeiten profitiert. Sollte dies nicht der Fall sein, verbindet sich das mit weiteren Kostenpositionen (z.B. Konzeption und Einrichtung einer Homepage).

5.5 Projekt „Regionales Innovationsnetzwerk dörfliche Gesundheitsversorgung“ (Maßnahmensteckbrief III)

5.5.1 Inhalt des Vorhabens

Schon im Status quo ergeben sich Versorgungsdefizite bei älteren, weniger mobilen Menschen, insbesondere in dörflich peripheren Siedlungsstrukturen. Durch die Alterung der Gesellschaft und die Abwanderung potenziell helfender junger Familienangehöriger ist eine Verschärfung dieses Problems zu erwarten. Hinzu kommt der bereits laufende und zukünftig sich beschleunigende Strukturwandel in der Gesundheitsversorgung, der auch mit der Schließung ländlicher Arztpraxen in dörflich-peripheren Lagen einhergeht. Deswegen sieht das „Konzept zur Sicherung der gesundheitlichen Versorgung in der Rhein-Eifel“ vor, in einem gesonderten Maßnahmen- und Handlungsbereich dezentrale Lösungen zu adaptieren, die eine Sicherung der Versorgung in der Fläche gewährleisten.

In den vergangenen Jahren wurden in Deutschland vielfältige Lösungen zur Sicherung der Versorgung in der Fläche entwickelt. Hierzu zählen speziell z.B. ausgebildete, mobile Assistentinnen, die einen Teil der Hausbesuche übernehmen können.¹⁴ Zu diesem Bereich zählen auch mobile bzw. rollende Praxen (Arztbus) oder Fahrdienste für Patienten. Die Zusammenarbeit mit Nachbarschaftsnetzwerken oder anderen ehrenamtlichen Strukturen bietet ebenfalls Ansatzpunkte zur Verbesserung der Versorgungssituation. Schließlich wurden auch unterschiedliche Formen von dezentralen Sprechstunden/Liaisonsprechstunden und Filialpraxen eingeführt (ausgewählte Beispiele dezentraler Versorgungsmodelle sind in Kapitel 4.3 näher beschrieben).

Zur Adaption und Anpassung solcher Lösungen an den jeweiligen lokalen Bedarf ist ein Maßnahmen- und Innovationsverbund auf der Ebene der Ortsgemeinden geplant, an dem sich ca. sechs Ortsgemeinden als Modelldörfer (unterstützt von den jeweiligen Verbandsgemeinden) aus der Region Rhein-Eifel beteiligen können. Im Dialog mit den Ortsgemeinden wird der spezifische örtliche Bedarf analysiert und es werden gemeinsam Lösungen der dezentralen Versorgungssicherung erarbeitet. Der Verbund der Modelldörfer dient einerseits dem Erfahrungsaustausch untereinander sowie der Einbindung von unterstützenden Partnern. Zugleich entsteht aus dem Verbund heraus eine Maßnahmen- und Lösungsvielfalt, die als Bausteinsystem in anderen Dörfern der Region zur Anwendung kommen kann.

Das Vorhaben beinhaltet folgende Schritte:

- Informations- und Auswahlverfahren: In einem ca. halbjährigen Vorlauf werden die sechs Modelldörfer in der Region ausgewählt. Hierzu wird eine Informationsveranstaltung durchgeführt, zu der alle Ortsbürgermeister eingeladen werden. Die interessierten Ortsbürgermeister können zudem Veranstaltungen vor Ort „buchen“, um den Ortsgemeinderat und lokale Akteure zu informieren und einzubeziehen.
- Die Auswahl der Modelldörfer erfolgt durch einen Projektbeirat, dem Vertreter der beteiligten Kommunen angehören. Der Beirat wird durch gesonderte Fachexperten unterstützt (Wissenschaft, Verbände, Kranken- und Pflegekassen). Dieser Beirat begleitet in der Folge die weitere Arbeit im Innovationsnetzwerk.
- Bestandsaufnahme/Analyse: Eine erste Bestandsaufnahme erfolgt in enger Abstimmung mit den Modelldörfern. Die Bestandsaufnahme wird mit Hilfe verschiedener qualitativer

¹⁴ Hierfür existieren sehr unterschiedliche Namen, die teilweise auch mit konzeptionellen Besonderheiten einhergehen: PauLA (Hessen), VERAH, Schwester Agnes, Gemeindeschwester, Gemeindeschwester plus)

und quantitativer Methoden durchgeführt (z.B. Interviews mit Gesundheitsakteuren, Patienten-/Bevölkerungsbefragung mittels schriftlichen Fragebogens). Dadurch werden sowohl die bestehende Akteurs- und Engagementlandschaft als auch die Bedarfssituation und Defizite der Versorgung aus Sicht der Bevölkerung beleuchtet.

- **Recherche/Best Practice:** In der zweiten Phase haben die Vertreter der Modelldörfer Gelegenheit, sich auf verschiedenen Wegen über bereits existierende Lösungen zu informieren. Hierzu können Fachexperten oder Vertreter erfolgreicher Modellvorhaben aus anderen Regionen eingeladen werden. Ferner besteht die Möglichkeit, ausgewählte Vorhaben im Rahmen von Exkursionen zu besuchen. Auf der Basis der so erlangten Anschauung erarbeiten die Modelldörfer ein Anforderungsprofil für ihre jeweilige Region.
- **Konzepterstellung/Umsetzungsplanung:** Im Dialog mit den Modelldörfern und den für die Umsetzung benötigten weiteren Akteuren (örtliche Ärzte, Pflegedienste, Therapeuten, Vereine etc.) werden anschließend passgenaue lokale Lösungen konzipiert. Besonders wichtig ist es in diesem Zusammenhang, die Chancen für dauerhaft tragfähige „Geschäftsmodelle“ bzw. Finanzierungen auszuloten.
- **Erfahrungsaustausch/Ergebnistransfer:** Die Arbeit der Modelldörfer wird durch einen Erfahrungsaustausch begleitet, in den auch der oben genannte Beirat einbezogen wird. Ein frühzeitiger (Zwischen-)Ergebnistransfer dient dazu, andere potenziell interessierte Dörfer und die entsprechenden politischen Entscheidungsträger laufend zu informieren.
- **Dokumentation:** Die Projektleitung dokumentiert den Prozess, insbesondere um den Ergebnistransfer in andere Teile der Region zu gewährleisten und das während der Projektbearbeitung generierte umsetzungsorientierte Wissen für Folgeprojekte verfügbar zu machen.

Um das aus dem Projekt entstehende Erfahrungswissen für weitere Projekte in der Region zu halten, bietet es sich an, die Projektleitung mit einer halben Stelle in der Region anzusiedeln (im Verbund mit der oben beschriebenen Koordinierungsstelle). Denkbar ist auch eine Reduktion dieser Stelle und eine Arbeitsteilung mit einem externen Dienstleister.

5.5.2 Innovativer Charakter

Das Vorhaben zielt insbesondere darauf ab, die Schnittstelle zwischen öffentlichen, gesundheitswirtschaftlichen und zivilgesellschaftlichen Akteuren zu besetzen („trisektorale Kooperation“), um Lösungen für vielfach ungelöste Versorgungsfragen zu erarbeiten und umzusetzen. Vor allem das häufig propagierte Ziel, die Versorgung und soziale Einbindung hilfsbedürftiger Menschen in ihrem Zuhause zu gewährleisten, soll mit diesen Vorhaben bedient werden.

Zwar gibt es mittlerweile vielfältige in diese Richtung weisende Lösungen, die auch unter Fachexperten bekannt sind. Doch fehlt es insbesondere auf der betroffenen Ebene der Klein- und Ortsgemeinden an „Knowhow“ und Personalkapazitäten, die eine Adaptation dieser Lösungen ermöglichen. Der Verbund der Modelldörfer kann insofern als innovativer Ansatz zur Überwindung der damit verbundenen Restriktion aufgefasst werden.

5.5.3 Zielgruppen

Es werden Lösungen zur Versorgungssicherung der (älteren bzw. hilfsbedürftigen) Bevölkerung in infrastrukturell schlecht erschlossenen Dörfern erarbeitet. Insofern ist dies die Hauptzielgruppe. Um dieses Ziel zu erreichen, sind während der Projektbearbeitung zunächst die Ortsgemeinden mit ihren politischen Vertretern einzubeziehen. Da zeitgemäße Lösungen in der Regel

in Gestalt einer Kooperation unterschiedlicher Akteure zustande kommen, sind diese ebenfalls anzusprechen und in die Bearbeitung einzubeziehen. Hierzu gehören neben den Kommunen selbst lokale Gesundheitsdienstleister, Pflegeanbieter, Träger/Betreiber von Senioren- und Pflegeeinrichtungen, ehrenamtliche Netzwerke/Vereine usw. Ansprache und Einbezug erfolgen dabei lösungs- und maßnahmenorientiert und weniger mit dem Anspruch auf eine vollständige Beteiligung.

In der Projektbearbeitung stehen zunächst die sechs Modelldörfer mit ihren jeweiligen Akteuren im Mittelpunkt. Im Anschluss sollen die Erfahrungen und Lösungen auf weitere Orte übertragen werden.

5.5.4 Partner

Die Umsetzung des Projekts erfordert einerseits eine fachliche Begleitung, sodass in den beschriebenen Beirat entsprechende Experten einzubeziehen sind. Besonders wichtig ist es jedoch, Weichen in Richtung auf eine Regelfinanzierung zu stellen. Insofern sind als Partner insbesondere die Kranken- und Pflegekassen und die entsprechenden politischen Entscheidungsebenen des Landes einzubeziehen.

5.5.5 Erwartete Ergebnisse bei Abschluss des Vorhabens

Es wird erwartet, dass jedes Modelldorf eine Lösung für einen spezifischen lokalen Versorgungsbedarf erarbeitet. Hieraus entsteht ein Erfahrungswissen, dass auch in anderen Teilen der Region und ggf. darüber hinaus zur Anwendung gebracht werden kann.

Von den Lösungen wird erwartet, dass sie relevante Beiträge zur Sicherung einer dezentralen Gesundheitsversorgung liefern und insofern dazu beitragen, dass die Versorgung auch unter ungünstigen räumlichen Rahmenbedingungen soweit gesichert werden kann, dass ein Verbleib in der Wohnung häufiger möglich wird.

5.5.6 Kostenschätzung

Das beschriebene Projekt wird zunächst mit einer Laufzeit von drei Jahren geplant. Orientiert an den oben beschriebenen Bausteinen/Arbeitsschritten wird vorläufig der folgende Aufwand geschätzt:

- Einarbeitung und Auswahlverfahren: ca. 20.000 €
- Bestandsaufnahme in sechs Modelldörfern: ca. 120.000 €
- Recherche/Best Practice: ca. 60.000 €
- Erarbeitung von Lösungen im Dialog: ca. 120.000 €
- Veranstaltungen (Erfahrungsaustausch/Ergebnistransfer): ca. 40.000 €
- Dokumentation: ca. 20.000 €

In der Summe dieser zunächst groben vorläufigen Schätzung ergibt sich ein Kostensatz von 380.000 €, der zu ca. 80 % auf Personalmittel entfällt (ca. 300.000 €). Für die Arbeitsteilung und Aufteilung zwischen einer in der Region angesiedelten Projektstelle und einer externen Begleitung sind dabei verschiedene Lösungen denkbar.

5.6 Projekt „Digitale Fallkoordination im Überschneidungsbereich stationär/ambulant/häuslich“ (Maßnahmensteckbrief IV)

5.6.1 Inhalt des Vorhabens

Das Vorhaben zielt darauf ab, ein Kommunikationssystem für alle an der Versorgung Beteiligten Akteure zu schaffen. Dieses besteht im Kern aus einer sicheren Instant-Messaging-Anwendung, die von mobilen Endgeräten sowie von den Praxisrechnern aus genutzt werden kann.

Es sind vielfältige Situationen denkbar, in denen ein solch schneller Informationsaustausch für Patienten hilfreich wäre, wie z.B.

- Übermittlung von Befunden des Patienten, die vom Hausarzt beim Hausbesuch erhoben werden und zeitkritisch vom Pflegedienst umgesetzt werden müssen (z.B. zusätzliche Medikamenteneinnahme und erhöhte Pflegemaßnahmen bei einem akuten Infekt)
- Einschaltung weiterer Therapeuten (z.B. Physiotherapie bei Verschlechterung der Mobilität, nach Sturz, etc.), Austausch mit Hausarzt und Pflegedienst über Behandlungserfolg und ggf. weitere Maßnahmen
- Austausch von Hausarzt, Pflegedienst und Therapeuten (z.B. Ergo-/Physiotherapie) über Maßnahmen, damit Patient bei akuter Verschlechterung in der eigenen Wohnung verbleiben kann
- Austausch von Klinikärzten, Hausarzt, Pflegedienst vor Klinikentlassung zur Organisation der Versorgung in der Häuslichkeit
- Schnelle Rücksprache mit Klinikarzt zu Unklarheiten nach Entlassung

Das Messenger-System sollte die folgenden Funktionen bereitstellen:

- Patientenbezogene Kommunikation mit allen an der Versorgung Beteiligten als „Versorgungsnetzwerk“, dadurch schneller Überblick über alle an der Behandlung eines Patienten beteiligten Akteure
- „Gruppenchat“-Funktion für gemeinsame Besprechungen in individuell zusammengestellten Gruppen sowie als Nachricht an alle
- Direktnachrichten in Form von Text-, Foto-, Video- und Ton-Nachrichten
- Einfacher Zugang für neue Nutzer/Erweiterbarkeit des Netzwerks ohne Hürden (Nutzbarkeit per App/im Browser, keine komplizierten Lizenzen)
- Erfüllung der geltenden Anforderungen an Datenschutz und sichere Kommunikation zwischen Gesundheitsakteuren
- Unterteilung der patientenbezogenen Gruppen in Benutzer- bzw. Empfängerebenen zur Bewahrung von Anforderungen der Schweigepflicht (z.B. 1. Ring: Nur Ärzte. 2. Ring: Ärzte, Pflegepersonal, VERAH. 3. Ring: Ärzte, Pflegepersonal, VERAH, Apotheke).

Der Schwerpunkt liegt auf der Verbesserung der Versorgung für die Patienten durch die Optimierung der Kommunikation zwischen den Gesundheitsakteuren, nicht auf der Entwicklung neuer Softwarelösungen. Somit liegt das Kernziel des Projekts in einer umfassenden Implementierung des Kommunikationssystems und darin, dass die an der Erprobung beteiligten Akteure das System innerhalb der spezifischen Zielvereinbarung nutzen.

Für die Erprobung und Einführung sind folgende Schritte notwendig:

- Juristische Vorarbeiten
 - Datenschutzanforderungen an die Kommunikation, Trennung von Benutzerebenen (Wahrung der ärztlichen Schweigepflicht)
 - Entwicklung von Freigabeformularen für Patienten
 - Besondere Anforderungen in der sektorenübergreifenden Zusammenarbeit
 - Abrechnungswesen, insbesondere Erbringung von Leistungen zwischen unterschiedlichen Praxen (z.B. Blutabnahme bei VERAH-Hausbesuch für kooperierende Facharztpraxis)
- Zusammenstellen des Konsortiums, Abstimmung von Eckpunkten für die Entwicklung und Nutzung des Tools
 - Welche regelmäßigen Kommunikationsbedarfe gibt es über die hier skizzierten Beispiele hinaus?
 - Welche Aspekte der Nutzung müssen in einem gemeinsamen Regelwerk reglementiert werden? → z.B.: Unter welchen Umständen wird Kontakt aufgenommen? Wann nicht? Wie sind die Gruppenfunktionen zu nutzen? Was sind Inhalte, die eine Mitteilung an alle sinnvoll machen?
 - Gibt es regelmäßige Vorgänge, zu denen eine standardisierte Vorgehensweise in die Nutzung eingebracht werden kann (z.B. Abstimmung zwischen Pflegeheim und Hausarzt nach Entlassung des Patienten aus dem Krankenhaus zur Beschaffung von Rezepten für Medikamente/Hilfsmittel)
 - Wie wichtig ist den Beteiligten eine zentrale Bereitstellung von Patientendaten vor der Einführung der elektronischen Patientenakte? Ist die Beschaffung einer zusätzlichen Software nötig oder kann eine andere Vereinbarung getroffen werden?
 - Welche konkreten Patienten kommen für die Erprobungsphase in Frage?
- Sondierung geeigneter bestehender Hard- und Softwarelösungen zur Nutzung oder Weiterentwicklung/Adaption
- Einführung in einer Pilotregion (Raum Mayen), Erprobung und Evaluation über sechs Monate. Anpassen der Nutzungsordnung und Nachsteuern entsprechend der Erfahrungen. (1. Projektphase)
- Erweiterung des Projekts auf die gesamte LEADER-Region und Verstetigung (2. Projektphase)

Um die Umsetzung mit externer Expertise anzureichern, sollte das Projekt wissenschaftlich begleitet werden. Das beauftragte Institut sollte in der Vorbereitungs- und Erprobungsphase Impulse zur optimalen Nutzung der Kommunikationslösung im Sinne der oben beschriebenen Ansprüche geben. Zentrale Aufgabe ist es damit, ausgehend von im Umsetzungsprozess aufkommenden Bedarfen, Empfehlungen zur Projektsteuerung zu geben. Weiterhin unterstützt das Institut die inhaltliche Ausarbeitung sowie die Auswertung der Evaluation und liefert zum Abschluss der Erprobungsphase sowie zum Abschluss der zweiten Förderphase Empfehlungen zur weiteren Umsetzung und nach Bedarf zur Nachsteuerung des Projekts.

5.6.2 Innovativer Charakter

Hinter dem Vorhaben steht die Idee, die im stationären Sektor gegebenen Vorteile regelmäßiger Fallbesprechungen und kurzer Kommunikationswege zwischen allen an der Behandlung einzelner Patienten Beteiligten in den ambulanten Bereich zu übersetzen. So soll gewährleistet werden, dass jeder an der Versorgung Beteiligte (Haus-/Fachärzte, Therapeuten, Pflegedienst, Apotheke, etc.) die notwendigen Informationen zur Verfügung hat.

Im Pflegealltag treten regelmäßig Situationen auf, die zu (vermeidbaren) Klinikeinweisungen führen. So ist es oft sicherer (und damit angebracht), in unklaren Situationen eher einen Notruf zu tätigen, als langwierige Rückfragen an behandelnde Ärzte zu stellen. Andererseits werden ältere Patienten länger in der Klinik behalten, weil die ambulante Versorgung nicht gesichert ist. Wenn auch im ambulanten Bereich für Patienten mit komplexem Versorgungsbedarf ein engmaschiges Versorgungsnetzwerk mit der Möglichkeit schneller Kommunikation zur Verfügung stünde, wären manche stationäre Einweisungen vermeidbar.

5.6.3 Zielgruppen

Das Projekt soll zu einer Verbesserung der Versorgung von Geriatriepatienten beitragen. Bei dieser Patientengruppe sind Gesundheitsakteure oft verstärkt mit den Herausforderungen konfrontiert, einerseits eine durchgängige Versorgung zuhause bzw. im gewohnten Umfeld zu ermöglichen und unnötige Krankenhauseinweisungen zu vermeiden, andererseits die komplexen, oft durch altersbedingte Multimorbidität gekennzeichneten Fälle in ihren individuellen Facetten möglichst vollumfänglich zu verstehen und geeignete Versorgungsmaßnahmen einzuleiten. Unnötige Krankenhauseinweisungen kommen häufig durch die aus Mangel an Zeit und Informationen entstehende Schwierigkeit von Versorgungsakteuren zustande, komplexe Situationen zu bewerten und angemessen zu reagieren.

Zielgruppe für die aktive Nutzung des Systems sind damit alle an der Versorgung von Geriatriepatienten beteiligten Gesundheitsakteure. Dazu zählen im Kern die Haus- und Fachärzte sowie mobile und stationäre Pflegeanbieter. Im erweiterten Kreis zählen hierzu weiterhin weitere Leistungserbringer und Akteure wie Physio- und Ergotherapeuten, Logopäden und Apotheken.

5.6.4 Partner

Die Gruppe der Projektpartner wird im Projektverlauf von der Konzipierungs- über die Umsetzungsphase bis zur Verstetigung schrittweise erweitert:

- Startphase: Fördermittelakquise, Vorbereitung der Erweiterung des Konsortiums:
 - Landkreis Mayen-Koblenz
 - Projektgruppe aus Land.Digital 2017: GK St. Elisabeth Mayen, Hausärzte Dr. Fischbach, Dr. Maisant-Gehrke/Dr. Siepmann, Dr. Simon, Ambulanter Pflegedienst Caritas Verband Rhein-Mosel Ahr, St. Raphael Caritas Alten- und Behindertenhilfe – Altenzentrum St. Johannes Mayen, Apotheke im Hit Mayen
- Erprobungsphase: Möglichst breite Erweiterung der Gruppe um folgende Akteure in der Region Mayen:
 - Haus- und Fachärzte
 - Altenpflegedienste und Pflegeheime
 - Weitere Leistungserbringer: Physiotherapie, Ergotherapie, Logopädie
 - Apotheken

- Erweiterungs- und Verstetigungsphase: Erweiterung des Projekts auf die LEADER-Region unter Einbeziehung der oben genannten Akteure in der Gesamtregion.

5.6.5 Erwartete Ergebnisse bei Abschluss des Vorhabens

Im Ergebnis soll ein einfach zu bedienendes, patientenbezogenes Kommunikationssystem zunächst entwickelt und in einer Teilregion erprobt, dann in einem weiteren Schritt in der gesamten Region Rhein-Eifel eingeführt werden. Hierdurch soll eine Möglichkeit zur direkten, niedrigschwelligen und sektoren- sowie fächerübergreifenden Kommunikation geschaffen werden.

Als Ergebnis wird erwartet, dass der Zeitaufwand für fallbezogene Kommunikation gesenkt wird und dass zeitkritische Kommunikationsvorgänge schneller vollzogen werden. Dabei sollen einerseits die Versorgenden entlastet werden, andererseits Patienten besser versorgt und von unnötigen Arztbesuchen und Krankenhauseinweisungen bewahrt werden.

5.6.6 Kostenschätzung

Start- und Erprobungsphase (1. Förderphase):

- Personal: ¼ Stelle TVÖD VKA E11 für 1 Jahr (Projektkoordination): 11.000 €
- Juristische Beratung (Datenschutz-Anforderungen, Trennung der Benutzerebenen, Erstellung von Freigabeformularen für Patienten, Sektorenübergreifende Zusammenarbeit, Abrechnungswesen): 30.000 €
- Organisation, Moderation u. Nachbereitung des Gründungsworkshops: 3.000 €
- Softwarebeschaffung bzw. Lizenzierung/ggf. Entwicklung Kommunikationslösung für 15 Projektpartner: ca. 0 € bis 700 €/Jahr (Beispiel Siilo: Messengersoftware wird umsonst bereitgestellt, kostenpflichtiges Zusatzpaket Siilo.connect wird pro Nutzer berechnet; ob das Zusatzpaket benötigt wird, ist mit dem Anbieter zu klären. Ggf. ist zusätzlich die einmalige Entwicklung von zusätzlichen Softwaremodulen nötig)
- Softwarebeschaffung bzw. -Lizenzierung Datenaustausch (optional): ca. 10.000 €
- Beschaffung von 15 mobilen Endgeräten á 500 € für VERAHs, Pflegekräfte u.a.: 7.500 €
- Wissenschaftliche Begleitung: 15.000 €

Erweiterungs- und Verstetigungsphase (2. Förderphase):

- Personal: ¼ Stelle TVÖD VKA E11 für 1 Jahr (Projektkoordination, Evaluation): 11.000 €
- Organisation, Moderation und Nachbereitung Informationsveranstaltung: 5.000 €
- Softwarebeschaffung bzw. Lizenzierung für 45 Projektpartner: ca. 0 € bis 2.500 € (Genauen Bedarf/Kosten mit Anbieter sondieren, s.o.)
- Beschaffung von 30 mobilen Endgeräten á 500 €: 15.000 €
- Wissenschaftliche Begleitung: 5.000 €

Gesamtkosten ohne Softwarelizenzen: 102.500 €. Mit Softwarelizenzen: 115.700 €.

6 Anhänge

6.1 Anhang: Arbeitshilfe und Details zum Aufbau eines Gesundheitsdialogs

6.1.1 Erfolgsfaktoren

In der LEADER-Region Rhein-Eifel gibt es derzeit noch keine Zusammenarbeit der Kommunen zu Fragestellungen der Gesundheitsversorgung. Die Kommunen agieren weitestgehend eigenständig, um lokale Lösungsstrategien für ihre Dörfer und Gemeinden zu erarbeiten. Aufgrund der beschriebenen Zentralisierung der Versorgung im Gesundheitswesen genügt bei der Sicherstellung der Versorgung nicht mehr nur der Blick auf einzelne Dörfer und Gemeinden. Zukunftsfähige Strukturen der Gesundheitsversorgung sind sowohl eine sektorenübergreifende Aufgabe als auch das Ergebnis einer integrierten und regionalen Perspektive auf und Beschäftigung mit dem Thema.

Um schrittweise auf die Herausforderungen im Gesundheitswesen zu reagieren, empfiehlt es sich, interkommunale Kooperationsstrukturen aufzubauen. Die verschiedenen Akteure aus Politik und Verwaltung, Wirtschaft sowie Zivilgesellschaft müssen mit den Leistungserbringern in Gesundheit und Pflege zusammenarbeiten, um das Wechselspiel von zentralen Versorgungsstandorten und daran angedockten dezentralen Versorgungsstrategien zu organisieren. Im Vordergrund steht dabei zunächst der Dialog der Akteure, um langfristig stabile Kooperationen aufzubauen.

Erfolgreiche Kooperationen sind das Ergebnis jahrelanger und teils mühevoller Netzwerkarbeit. Um in der Region Rhein-Eifel im Bereich der Gesundheit zusammenzuarbeiten, muss zunächst der Grundstein für eine arbeitsfähige Netzwerkstruktur gelegt und eine Organisationsstruktur für ein Netzwerk angelegt werden. Aus den Erfahrungen anderer Netzwerke kann geschöpft und folgende Erfolgsfaktoren beim Aufbau des Netzwerks berücksichtigt werden:

- *Prominente Fürsprecher:* Insbesondere in der Anfangsphase, aber auch bei den nachfolgenden Prozessschritten bedarf es prominenter Fürsprecher des Gesundheitsdialogs und der Kooperation. Die aktive Beteiligung der Verwaltungsspitzen (Bürgermeister oder Landrat) ist maßgeblich für den Erfolg des Netzwerks. Durch ihre aktive Einbindung wird die politische Bedeutung des Themas „Gesundheit“ explizit zum Ausdruck gebracht und dem Netzwerk ein besonderes Gewicht verliehen, sodass weitere Akteure zur Teilnahme motiviert werden.
- *Überzeugungsarbeit und partizipative Vorgehensweise:* In der Anfangsphase ist bei der Ansprache von Akteuren Überzeugungsarbeit zu leisten. Aufgabe ist es zu vermitteln, dass die zukünftige Versorgung nur durch Kooperation und innovative Modelle sichergestellt werden kann und dass durch die Beteiligung am Netzwerk Synergien entstehen, die letztlich für alle vorteilhaft sind. Ratsam ist es, die ersten Schritte beim Netzwerkaufbau partizipativ zu gestalten.
- *Verankerung der Kooperation auf Leitungsebene:* Um die Bemühungen der Netzwerkarbeit auf höchster Ebene in der Region zu verankern, sollte ein Lenkungs- oder Steue-

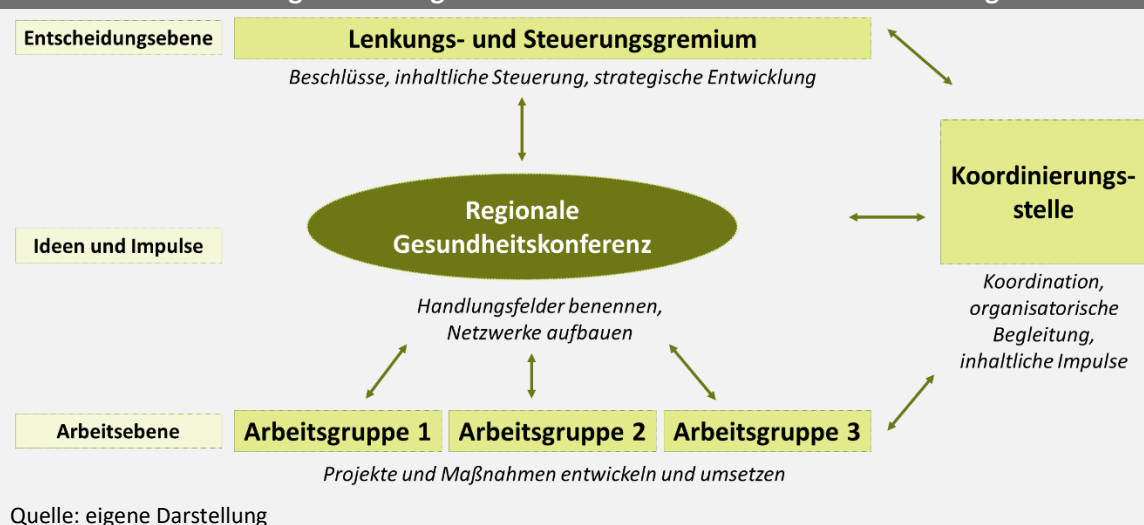
rungsgremium eingesetzt werden, das hochrangig mit den wichtigsten Entscheidungsträgern aus Politik, Verwaltung und der regionalen Gesundheitsversorgung besetzt wird. Die Ausrichtung und Inhalte der Netzwerkarbeit werden hier festgelegt und die Arbeit strategisch weiterentwickelt. Durch die enge kommunalpolitische Anbindung wird dem Netzwerk zusätzlich eine besondere Bedeutung zugetragen, wodurch eine höhere Durchsetzungskraft des Netzwerks ermöglicht werden kann.

- *Ideen-Input und Impulse:* Ziel der Netzwerkarbeit ist es, innovative Lösungsstrategien für die regionalen Herausforderungen in der Gesundheitsversorgung zu entwickeln, zu erproben und umzusetzen. Dieser kreative Prozess ist vor allem dann erfolgreich, wenn unterschiedliche Akteure zusammenkommen und sich austauschen. Die Gremien sollten daher vielseitig besetzt werden. Ferner bedarf es verschiedener Formate, in welchen die Akteure gemeinsam Ideen entwickeln und Impulse in die Netzwerkarbeit geben. Klassischerweise findet dieser offene Austausch im Rahmen von regionalen Gesundheitskonferenzen statt. Dennoch machen andere Netzwerke die Erfahrung, dass zusätzlich externe Impulse wichtig sind. Positive Beispiele aus anderen Regionen können herangezogen und ihre Übertragbarkeit diskutiert werden.
- *Kümmerer mit kurzen Abstimmungswegen:* Jedes Netzwerk bedarf einem Kümmerer, der die Koordination, Organisation und Kommunikation verantwortet. Damit dieser Funktionsträger arbeitsfähig ist, sollte diese Stelle möglichst nah bei den wesentlichen Entscheidungsträgern angeordnet sein. Es ist daher ratsam, eine Stabstelle für die Begleitung der Kooperation einzurichten.

6.1.2 Organisationsaufbau eines regionalen Gesundheitsnetzwerks

Die skizzierten Erfahrungen aus anderen Regionen zeigen, dass eine Arbeitsteilung zwischen der Leitungs- und Entscheidungsebene und der Arbeitsebene sinnvoll ist. Zusätzlich braucht es ein Management des Netzwerks. Die einzelnen Organe, ihre Funktion und Aufgaben werden nachfolgend beschrieben.

Abb. 11: Vorschlag für den organisatorischen Aufbau des Gesundheitsdialogs



Regionales Lenkungs- und Steuerungsgremium

Das Lenkungs- und Steuerungsgremium des Netzwerks ist die wichtigste Plattform zur Vernetzung der Gesundheitsakteure vor Ort. Das Gremium trägt dazu bei, die sektorenübergreifende

Kooperation sowie die Zusammenarbeit der Institutionen des regionalen Gesundheitswesens zu etablieren. Im Fokus steht der Austausch der kommunalen Vertreter mit den Gesundheitsakteuren, um in der Region Rhein-Eifel zukunftsfähige Versorgungsstrukturen aufzubauen.

Das Gremium setzt sich aus Vertretern der Gemeinden sowie der regionalen Institutionen und Einrichtungen des Gesundheitswesens auf Leitungsebene zusammen:

- Bürgermeister der Gemeinden
- Landräte, zuständige Kreisräte bzw. Leiter der Gesundheitsämter der Landkreise
- Vertreter der Krankenkassen
- Vertreter der Kassenärztlichen Vereinigung
- Leitungsebene der Krankenhäuser
- Vertreter aus dem Bereich der stationären und ambulanten Pflege
- Selbsthilfegruppen und weiteres Engagement im Bereich Gesundheit

Um arbeitsfähig zu sein, sollte eine geeignete Gruppengröße von ca. 15 Personen gewählt werden. Im weiteren Prozess können themenbezogenen Vertreter weiterer Institutionen hinzugezogen werden (z.B. Sachverständige usw.).

Das Gremium steuert die Arbeit und inhaltliche Ausrichtung sowie Weiterentwicklung des Netzwerks. Langfristig sollte das Ziel sein, das Gremium für konzeptionelle Fragestellungen hinsichtlich der regionalen Gesundheitsversorgung einzusetzen. Abstimmungen über die sektorenübergreifende Gesundheitsversorgung und Gesundheitsförderung für die Region sind in diesem Gremium zu treffen. Die zentralen Aufgaben des Lenkungs- und Steuerungsgremiums sind:

- Beratung über den Status quo der Gesundheitsversorgung in der Region Rhein-Eifel
- Monitoring der Gesundheitsversorgung in der Region
- Identifikation von Defiziten und zukünftigen Bedarfen
- Ableitung und Priorisierung von Handlungsanlässen
- Entwicklung von Lösungsstrategien und Projektideen
- Entscheidung über Themenschwerpunkte der Gesundheitskonferenzen

Im weiteren Verlauf der Netzwerkarbeit werden themenspezifische Arbeitsgruppen und Netzwerke entstehen. Diese leisten die konkrete Projektarbeit. Das Lenkungs- und Steuerungsgremium kann dann in die Beratung der Projektentwürfe einbezogen und für die Akquise von Projektpartnern und Fördermitteln genutzt werden.

Das Steuerungs- und Lenkungsgremium wird von einem Vorsitzenden geleitet, der die Sitzungen einberuft und moderiert. Dabei erhält er Unterstützung von der Koordinierungsstelle. Um die hohe Relevanz des Themas zum Ausdruck zu bringen und die relevanten Akteure zur Beteiligung zu motivieren, sollte der Vorsitzende eine kommunale Entscheidungs- und Leitungsfunktion innehaben.

Koordinierungsstelle für den regionalen Gesundheitsdialog und die Gesundheitsplanung

Für die erfolgreiche Netzwerkarbeit bedarf es einer Koordinierungskraft, die für die zentrale Organisation und Koordination der Aktivitäten verantwortlich ist. Dafür wird eine regionale Koordinierungsstelle „Gesundheitsdialog und Gesundheitsplanung“ eingerichtet, deren Hauptaufgaben es sind, alle relevanten Gesundheitsakteure einschließlich der beteiligten Kommunalpolitik für die Herausforderungen der Gesundheitsversorgung zu sensibilisieren, davon ausgehend ein umsetzungsorientiertes Engagement für Maßnahmen der Versorgungssicherung zu mobilisieren und diese Maßnahmen unterstützend zu begleiten.

Die Arbeit der Koordinierungsstelle wird gesteuert und begleitet von einer Lenkungsgruppe, die sich aus Vertretern der beteiligten Kommunen zusammensetzt. Personell zu besetzen ist die Koordinierungsstelle mit einer fachlich besonders qualifizierten Gesundheitsmanagerin bzw. einem Gesundheitsmanager. Die Stelle sollte möglichst nah an den wichtigen Entscheidungsträgern angedockt sein. Erfahrungsgemäß ist es ratsam, die Koordinierungsstelle als Stabsstelle beim Vorsitzenden des Lenkungs- und Steuerungsgremiums einzurichten. Um die weiteren Gemeinden der Region Rhein-Eifel eng einzubinden, sollten auch regelmäßige Abstimmungstermine der Koordinierungsstelle mit den jeweiligen Bürgermeistern stattfinden.

Das Tätigkeitsfeld der Koordinationsstelle umfasst ein breit gefächertes Spektrum an Aufgaben. Die zuständige Person muss Kompetenzen im Projekt- und Veranstaltungsmanagement, in der Netzwerkarbeit und in der Öffentlichkeitsarbeit aufweisen. Zusätzlich ist wichtig, dass die Person Kompetenzen im Bereich der Gesundheitsversorgung und -planung aufweist und das Verwaltungshandeln kennt. Insbesondere Absolventen aus dem Bereich Public Health, Gesundheitswissenschaften und Gesundheitsmanagement sind daher geeignet. Der Auswahl einer fachlich geeigneten Person kommt daher eine besondere Bedeutung zu.

Die Koordinierungsstelle leistet in den Anfangsjahren vor allem die folgenden Aufgaben:

- Laufende Weiterentwicklung eines gesundheitspolitischen Versorgungskonzepts für die Region Rhein-Eifel (Ausgangspunkt und Basis bildet das Projekt „Konzept zur Sicherstellung der ärztlichen Versorgung in der Region Rhein-Eifel“)
- Konzeptionelle Entwicklung der Netzwerkarbeit (Bearbeitung aktueller Themen im Bereich Gesundheit in der Region, Erstellung von Analysen der Gesundheitsversorgung und eines regionalen Gesundheitsversorgungskonzepts, Recherche zu innovativen Versorgungsmodellen)
- Durchführung von fachöffentlichen Veranstaltungen (z.B. Gesundheitskonferenzen zu Themen mit regionaler Bedeutung, Gesundheitswerkstätten zu fachspezifischen oder lokalen Einzelthemen) und sonstigen Maßnahmen der gesundheitspolitischen Öffentlichkeitsarbeit
- Begleitung und Koordination des Lenkungs- und Steuerungsgremiums (Unterstützung des Vorsitzenden und Kontaktpflege zu den Mitgliedern, inhaltliche und organisatorische Vor- und Nachbereitung der Sitzungen)
- Aufbau und Pflege eines gesundheitspolitischen Partnernetzwerks (z.B. KV, Ärztekammern, Fachverbände, Krankenkassen, Stiftungen, übergeordnete Fachbehörden) zur Unterstützung der laufenden Arbeit der Koordinierungsstelle
- Aufbau und Pflege der Kontakte zur regionalen Ärzteschaft und anderen Dienstleistern im Gesundheitswesen

- Fachliche und organisatorische Unterstützung bzw. Begleitung von umsetzungsorientierten Projektgruppen, die innovative Versorgungslösungen erarbeiten und umsetzen wollen
- Einwerbung von Fördermitteln für die geplanten bzw. entwickelten Maßnahmen
- Berichterstattung in den politischen Gremien der Region sowie bei sonstigen relevanten Partnerorganisationen
- Öffentlichkeitsarbeit (Einrichtung und Pflege eines Internetauftritts, Aufbau und Pflege von E-Mail-Verteilern, Erstellung von Flyern)

6.1.3 Formate der Netzwerkarbeit

Der Nutzen von Gesundheitsnetzwerken ist zunächst das Netzwerk selbst. In den Anfangsjahren steht im Fokus der Tätigkeiten, dass sich die regionalen Akteure austauschen und kennenlernen, Kenntnis und Verständnis der jeweiligen Aufgabengebiete schaffen und gegenseitiges Vertrauen aufbauen. Dies ist die Grundlage für eine spätere Zusammenarbeit in konkreten Projekten zur Gesundheitsversorgung oder einer gemeinsamen regionalen Gesundheitsplanung. Die Vernetzung der Gesundheitsakteure findet in verschiedenen Formaten statt, die unterschiedliche Akteure ansprechen.

Regionale Gesundheitskonferenz

Im Zentrum des Netzwerks steht die Regionale Gesundheitskonferenz. Einmal jährlich findet die Regionale Gesundheitskonferenz statt. Bei dieser öffentlichkeitswirksamen Veranstaltung treffen und vernetzen sich in regelmäßigen Abständen die relevanten Akteure aus der Gesundheitsbranche in der Region Rhein-Eifel. Die Einladung zur Konferenz richtet sich an alle Akteure aus dem Bereich Gesundheit, insbesondere sind dies:

- Vertreter der Krankenhäuser
- Haus- und Fachärzte sowie Kassenärztliche Vereinigung
- Weitere Gesundheitsdienstleister wie Apotheken, Hebammen
- Pflegeeinrichtungen und -dienstleister
- IHK und Wirtschaftsförderung
- Krankenkassen
- Wohlfahrtsverbände
- Selbsthilfegruppen und Zivilgesellschaft

Die Konferenzen haben jeweils einen Schwerpunkt, der für die Region bedeutsame Themen im Bereich der Gesundheit aufgreift. Das Thema wird durch Fachbeiträge ausgewählter Referenten beleuchtet und in Podiumsdiskussionen mit Beteiligungsmöglichkeit mit den Teilnehmern diskutiert. Sinnvoll ist es, wenn die erste Gesundheitskonferenz zum Thema „Ambulante Versorgung in ländlichen Räumen und innovative Modelle als Lösungsstrategien“ veranstaltet wird. In den nachfolgenden Jahren können – teils auch spezialisiertere – Themen, die die allgemeine Gesundheitsversorgung, -förderung und Prävention thematisieren, veranschlagt werden.

Die Konferenz verbindet sich mit dem Ziel, die Akteure aus dem Bereich der Gesundheitsdienstleistungen und -versorgung zu vernetzen. Zugleich dient sie auch dazu, den Status quo in der

Gesundheitsversorgung zu diskutieren, um bestehende Bedarfe und Herausforderungen im Bereich Gesundheit zu identifizieren und Handlungsanlässe abzuleiten. Im Rahmen der Konferenz sollen Ideen für mögliche Lösungsstrategien entwickelt werden. Ziel sollte sein, bei den Konferenzen themenbezogene Arbeitsgruppen zu gründen, die sich im Folgenden vertieft mit den regionalen Herausforderungen beschäftigen. Potenzielle Projektpartner können bei den Konferenzen akquiriert werden

Für die Koordinierungsstelle bietet sich im Rahmen der Konferenz die Möglichkeit, über die Bemühungen zur Sicherstellung der Versorgung zu informieren und beispielsweise Projekterfolge zu kommunizieren.

Weitere Veranstaltungen

Im Zuge der Netzwerk- und Projektarbeit können neben den Gesundheitskonferenzen weitere Veranstaltungen angeboten werden. Über das weiterführende Veranstaltungsangebot berät das Lenkungs- und Steuerungsgremium. Die Veranstaltungen können sich an verschiedene Zielgruppen richten. Insbesondere Formate, die die einzelnen Projekte betreffen, richten sich eher an ein spezifisches Fachpublikum. Veranstaltungen zu übergreifende Gesundheitsthemen, wie z.B. zur Pflege richten sich an eine breitere Öffentlichkeit. Die konkrete Planung ist in Abhängigkeit der Zielgruppe (z.B. Senioren, junge Mütter, Kinder und Jugendliche) zu gestaltet.

Austausch mit der Ärzteschaft

Bei der Organisation des Strukturwandels kommt den Kommunen eine neue Rolle bei der Sicherstellung der Gesundheitsversorgung zu. Der Aufbau zukunftsfähiger Versorgungsstrukturen liegt grundlegend auf der Schnittstelle privater bzw. ärztlicher Leistungen. Kommunen müssen mit ihrem Engagement die Prozesse flankieren. Dafür ist notwendig, im ständigen Austausch mit den Leistungserbringern im Gesundheitswesen zu stehen und sie bei der Neuorganisation der Versorgungsstrukturen zu unterstützen. Aufbau und Pflege des Kontakts mit den niedergelassenen Ärzten ist in den meisten Fällen nicht einfach. Der persönliche Kontakt spielt dabei eine große Rolle. Vertreter des Netzwerks müssen an regionalen Stammtischen der Ärzteschaft teilnehmen oder diese organisieren und die Ärzte persönlich zu den Veranstaltungen des Netzwerks einladen.

Öffentlichkeitsarbeit

Wesentlicher Bestandteil des Gesundheitsnetzwerks und Aufgabenfeld der Koordinierungsstelle ist die Öffentlichkeitsarbeit. Mit verschiedenen Formaten und auf verschiedenen Kanälen müssen die Fortschritte der Netzwerkarbeit und ihre Erfolge sichtbar gemacht werden:

- Flyer mit Einladung, Infos und Anmelde-möglichkeit zur Gesundheitskonferenzen und weiteren Veranstaltungen sowie zu Projekten
- Mitteilungen über die Netzwerkarbeit über Soziale Medien (Facebook, Twitter)
- Webseite des Gesundheitsnetzwerks mit Informationen zu Veranstaltungen, Arbeitsgruppen und Projekten
- Fortlaufende Pressearbeit mit regelmäßigen Berichten über die Aktivitäten des Netzwerks und über Projektfortschritte sowie Pressemitteilungen im Anschluss an die Gesundheitskonferenz
- Informationsveranstaltungen für Bürger mit Beteiligung politischer Entscheidungsträger

6.1.4 Finanzierung

Die Kosten des Gesundheitsnetzwerks setzen sich aus drei Bausteinen zusammen: Personalkosten für die Besetzung der Koordinierungsstelle, Sachkosten für die Begleitung der Netzwerkarbeit (z.B. Werbemittel, Caterings, Honorare für Referenten) und Projektkosten.

Für die Tätigkeiten ist zunächst eine Vollzeit-Stelle mit einer Wochenarbeitszeit von 39 Stunden einzuplanen. Die Gesamtpersonalkosten (Vollkosten inkl. Overhead) belaufen sich auf ca. 80.000 € p.a.

Für die Veranstaltungen des Netzwerks, darunter die jährliche Gesundheitskonferenz, sind ca. 30.000 € p.a. einzuplanen. Unter anderem die Raummiete, das Catering, Veranstaltungstechnik und Referentenhonorare werden hiermit abgedeckt.

Die laufende Öffentlichkeitsarbeit ist zunächst mit ca. 10.000 € p.a. einzupreisen. Dies umfasst z.B. die Herstellung von Flyern, Roll-Up etc. Die einmalige Entwicklung und Aufsetzung von Corporate Design inkl. Logo- bzw. Markenentwicklung, Konzeption und Aufbau einer Homepage sowie die Herstellung von Formatvorlagen für die Berichterstattung verursacht zu Beginn Kosten in Höhe von ca. 15.000 €.

Die Kosten für die Projektarbeit sind sehr variabel. Darunter zu fassen sind sowohl kleinteilige Projekte wie z.B. die finanzielle Unterstützung bei der Fortbildung zur VERAH, die nur geringe Kosten verursachen, bis hin zu groß angelegten Projekten im Bereich der Telemedizin, die ggf. Entwicklungskosten für Software und technische Ausstattung beinhalten. Für die Finanzierung solcher Projekte können sowohl geeignete Förderprogramme herangezogen werden oder die beteiligten Gemeinden leisten mit Partnern aus der Wirtschaft finanzielle Unterstützung. Als erfolgreich erwies sich die Einrichtung eines Verfügungsbudgets, das im Wesentlichen finanzielle Mittel für die Unterstützung der Projektarbeit (z.B. Beraterhonorare etc.) bereitstellt. Der Umfang beträgt ca. 50.000 € p.a. (in den ersten beiden Jahren reduzierter Finanzrahmen).

6.1.5 Vorbereitung und erste Schritte zum Aufbau des Netzwerks

Interkommunale Arbeitsgruppe

Der Aufbau der Netzwerk- und Organisationsstrukturen bzw. die Einrichtung der oben beschriebenen Organe bedarf einiger Vorarbeiten. In der Vorbereitungsphase werden politischen Entscheidungsträger, Vertreter der kommunalen Verwaltung auf Führungs- und Arbeitsebene und die Akteure im Gesundheitswesen als Partner für die Kooperation gewonnen. Um diese Aufgaben in enger Abstimmung zwischen den Gemeinden der Region zu leisten, sollte eine interkommunale Arbeitsgruppe gegründet werden. Diese AG ist zunächst mit jeweils einem Vertreter der Gemeinden auf Leitungsebene (möglichst Bürgermeister) und einem Vertreter auf Arbeitsebene (z.B. aus dem Gesundheitsamt) zu besetzen. Die AG erarbeitet eine erste Projektskizze des Gesundheitsnetzwerks, entwickelt ein gemeinsames Verständnis des Netzwerks und verständigt sich über die Ziele der Kooperation.

Folgende Frage sollten zu Beginn diskutiert werden:

Organisation des Netzwerks:

- Wie wollen wir vorgehen? Wie wird die Arbeitsteilung in der Aufbauphase gestaltet?
- Wer übernimmt die Federführung im Aufbau? Über welche Kommune werden gemeinsame Prozesse (z.B. Antragstellung für Fördermittel, Ausschreibung einer Personalstelle) koordiniert?

- Welche Kommune übernimmt die Federführung für das Netzwerk? Bei welcher Kommune und an welcher Stelle in der Kommunalverwaltung ist die Koordinierungsstelle angesiedelt? Welcher Stellenumfang ist vorgesehen? Welche Qualifikationsanforderungen sind notwendig, um die anfallenden Aufgaben zu bewältigen?
- Welche finanziellen und personellen Ressourcen müssen von den Gemeinden für die Begleitung des Netzwerks eingebracht werden?
- Welche Akteure sollen in der Steuerungsgruppe vertreten sein, um den Prozess voranzutreiben? Welche Kontakte bestehen bereits?
- Wie kann eine erste vorläufige Zeitplanung aussehen?

Bestandsaufnahme und inhaltliche Ausrichtung des Netzwerks:

- Welche Handlungsbedarfe bestehen in Bezug auf das Thema „Gesundheitsversorgung“ in unserer Region?
- Welche gesundheitsbezogenen Aktivitäten (z.B. Projekte, Netzwerke, Arbeitsgruppen) bestehen auf kommunaler Ebene bereits?
- Welche Handlungsfelder hat die Kommune selbst besetzt (Öffentlicher Gesundheitsdienst, Krankenhäuser in kommunaler Trägerschaft, Gesundheitsberichterstattung u. ä.)?
- Wie können diese Aktivitäten für das weitere Vorgehen im Projekt nutzbar gemacht werden?
- Welcher Nutzen ist mit der Beteiligung an dem Projekt verbunden?

Diese Aspekte sollten im Rahmen von zwei bis drei möglichst eng getakteten Arbeitstreffen binnen eines halben bis dreiviertel Jahres bearbeitet werden. Als Abschluss sollten eine klare Arbeitsaufteilung und Zuordnung der Zuständigkeiten vorliegen. Weitere Erfolgsfaktoren sind stichpunktartig auf der nachfolgenden Seite gelistet.

Federführung des Netzwerks

Wie eingangs thematisiert, ist das oberste Ziel der Gesundheitsnetzwerke die regional verankerte und kooperativ organisierte Gesundheitsversorgung und -planung. Die Anzahl und Zusammensetzung der Mitglieder der Netzwerke ist daher maßgeblich für den Erfolg der Kooperation. Andernorts erfolgreich umgesetzte Netzwerke sind folglich üblicherweise auf der Ebene der Landkreise angesiedelt. Das Engagement geht häufig von den Landräten aus, die in ihren Landkreisen das Thema auf die Agenda bringen und den Austausch und die Kooperation der Bürgermeister der Gemeinden fördern. Die zentralen Organe der Netzwerke sind organisatorisch in die Gesundheitsämter der Landkreise eingebunden.

Zu der LEADER-Projektregion Rhein-Eifel haben sich vier Verbandsgemeinden und eine Stadt zusammengeschlossen. Die Region erstreckt sich über zwei Landkreise. Die Erfahrungen aus anderen Regionen können daher nicht im räumlichen Zuschnitt der Region Rhein-Eifel übernommen werden. Eine an die Region angepasste Lösung wäre es, wenn eine der Verbandsgemeinden oder die Stadt Mayen in einem ersten Schritt federführend für die Region die Verantwortung für das Netzwerk übernimmt. In der Kommune, die sich für den Aufbau des Netzwerks verantwortlich zeigt, ist die Koordinierungsstelle anzusiedeln. Langfristig könnte das Netzwerk um weitere Gemeinden erweitert oder der Landkreis stärker eingebunden werden.

Bevor die im Folgenden beschriebenen weiteren Schritte für den Netzwerkaufbau umgesetzt werden können, ist zu klären, wer die Zuständigkeit und Verantwortung für das Netzwerk übernimmt.

Koordinierungsstelle einsetzen

Bei der verantwortlichen Kommune müssen Personalkapazitäten für die Koordination des Netzwerks geschaffen werden. Es ist möglichst schnell zu prüfen, in welchem Umfang Fördergelder für den weiteren Aufbau des Netzwerks zur Verfügung stehen. Besondere Bedeutung hat hierbei die Personalstelle für die Koordinierungsstelle. Hierfür könnten zunächst bestehende Kapazitäten innerhalb der Verwaltung genutzt und dann eine Personalstelle geschaffen und ausgeschrieben werden.

Erfolgsfaktoren für die Netzwerkarbeit

- Klares Bekenntnis der Leitungsebene und eindeutiger politischer Wille
- Verbindliche Absprachen
- Klare Aufgaben- und Zielstellungen
- Gemeinsames Grundverständnis
- Klare Zuständigkeiten/Geschäftsordnung
- Frühzeitige Einbindung zentraler Akteure und bestehender Strukturen
- Vorhandene Netzwerke/Bestehende Kooperationsbeziehungen
- Schnittstellen und Synergien zu anderen Ämtern
- Partizipation aller Beteiligten
- Gut funktionierende Öffentlichkeitsarbeit
- Regelmäßiger Austausch über Themen und Prozesse und umfassende Information aller Beteiligten
- Regelmäßige Information der politischen Gremien
- Sichtbare Ergebnisse
- Spürbare Umsetzung der erarbeiteten Handlungsempfehlungen
- Nutzen des Projekts hervorheben

Quelle: UNIVERSITÄTSKLINIKUM HEIDELBERG (2016): Qualitätsentwicklung Kommunalen Gesundheitskonferenzen in Baden-Württemberg. Empfehlungen zur Weiterentwicklung.

Konstituierende Sitzung des Lenkungs- und Steuerungsgremiums

Sobald eine geregelte Kooperationsstruktur aufgebaut und Verantwortungen verteilt sind, nimmt die Arbeitsgruppe die Funktion des Lenkungs- und Steuerungsgremiums ein. Weitere Mitglieder sind dann frühzeitig in das Gremium einzubinden. Das Lenkungs- und Steuerungsgremium nimmt fortan die Funktion ein, die zuständige Koordinierungsstelle mit dem Aufbau des Netzwerks zu beauftragen und den Entwicklungsfortschritt zu kontrollieren. Da in den ersten Jahren die Grundlage für die Kooperation geschaffen wird, ist es ratsam, dass das Gremium zweimal jährlich tagt. Sobald sich die Arbeitsabläufe routinisiert haben, kann der Turnus zu einmal jährlich verringert werden.

Eine der ersten Aufgabe der Koordinierungsstelle wird es sein, mit der bereits bestehenden Arbeitsgruppe eine erste konstituierende Sitzung des Steuerungs- und Lenkungsgremiums einzuberufen. Vorab müssen gemeinsam mit dem Vorsitzenden des Gremiums eine Tagesordnung sowie Termine abgestimmt, geeignete Räumlichkeiten gesucht sowie weitere zukünftige Mitglieder des Gremiums ausgewählt und eingeladen werden. Dabei soll die große Bedeutung des Netzwerks und der zukünftigen Arbeit im Lenkungs- und Steuerungsgremium betont werden.

Bei dem ersten Treffen wird es inhaltlich darum gehen, einen einheitlichen Informationsstand über das Netzwerk, dessen Ziele und die Rahmenbedingungen zu schaffen. Die Vorarbeiten und das Konzept für die Kooperationsstruktur sollten vorgestellt werden und ein Austausch über die Rolle des regionalen Steuerungsgremiums angeregt werden, damit gemeinsam ein abgestimmtes Verständnis davon entwickelt wird, welche Aufgaben das Gremium im weiteren Prozess verantwortet.

Ferner sind organisatorische Fragen zu klären. Hierzu zählt die Entscheidungen über den Rhythmus der gemeinsamen Treffen, ihre Dauer und Dokumentation. Außerdem ist abzustimmen, mit welchem Entscheidungsmodus zukünftig gearbeitet wird, welche internen Kommunikationskanäle verwendet werden sollen und wie die Arbeitsverteilung innerhalb der Steuerungsgruppe und die Kooperation mit den später noch zu bildenden Arbeitsgruppen gestaltet werden soll.

Vorbereitung und Durchführung der ersten Gesundheitskonferenz

Um auf den Beginn der Netzwerkarbeit aufmerksam zu machen und weitere Akteure anzusprechen, sollte möglichst schnell eine erste regionale Gesundheitskonferenz veranstaltet werden. Das regionale Lenkungs- und Steuerungsgremium bereitet die erste regionale Gesundheitskonferenz vor. Sie nutzt das Format, um die breite Öffentlichkeit über das Vorhaben zu informieren. Die Konferenz dient als öffentliche Auftaktveranstaltung und Werbung für das Netzwerk. Außerdem werden der gemeinsame Austausch befördert sowie Ideen und Anregungen für die weitere Arbeit im Netzwerk gesammelt. Zudem kann die Gesundheitskonferenz für die Gewinnung von Arbeitsgruppenmitgliedern hilfreich sein.

Bei dieser ersten Veranstaltung wird es inhaltlich darum gehen, das Netzwerk, seine Mitglieder, Ziele und Planungen vorzustellen. Es bietet sich an, das Thema „Ambulante Versorgung in ländlichen Räumen und innovative Modelle als Lösungsstrategien“ im Schwerpunkt zu beleuchten. So lässt sich der Gründungsanlass des Netzwerks aufzeigen.

6.2 Anhang: Ausführliche Projektbeschreibung „Digitale Fallkoordinierung im Überschneidungsbereich stationär/ambulant/häuslich“

6.2.1 Hintergrund

Die gesundheitliche und pflegerische Versorgung insbesondere von älteren Menschen stellt eine kontinuierlich wachsende Aufgabe dar. Das gilt für Gesamtdeutschland, v.a. jedoch für die bezüglich der Sicherung der medizinischen und pflegerischen Versorgung in besonderem Maße geforderten ländlichen Regionen. Einerseits steigt in Zeiten einer alternden Gesellschaft gemessen an der Gesamtbevölkerung der Anteil der älteren Menschen. Die geburtenstarken Jahrgänge der in der Nachkriegszeit geborenen „Baby-Boomer“ kommen in das Rentenalter, wodurch in den kommenden Jahren ein großer Bedarf bei der Betreuung älterer Menschen entsteht. Andererseits werden die Menschen immer älter, sodass die Zahl der hochaltrigen Personen überproportional ansteigt. Selbst in ländlichen Regionen mit einer eigentlich schrumpfenden Bevölkerung bleibt somit i. d. R. der Versorgungsbedarf mindestens konstant und die typischen altersbedingten Erkrankungen und die durch Multimorbidität entstehende Komplexität der individuellen Fälle nehmen eine immer stärkere Rolle in der Versorgung ein.

Gleichzeitig verändert sich die Struktur der medizinischen Versorgung. Insbesondere im hausärztlichen Bereich besteht ein Mangel an jungen Ärzten, die bereit wären, bestehende Landarztpraxen zu übernehmen. Die Ansprüche, die diese (zunehmend weiblichen) Nachwuchsmediziner an ihre Arbeitsbedingungen stellen (Arbeit als Angestellter, Teamarbeit, Spezialisierung, flexible Arbeitszeiten etc.), sind mit der bisherigen klassischen Landarztrolle nicht kompatibel. Die mangelnde Nachbesetzung traditioneller ländlicher Einzelpraxen führt tendenziell zu einer fortschreitenden Zentralisierung der hausärztlichen Versorgung in größeren Orten. Damit einher gehen eine schlechtere Erreichbarkeit ärztlicher Versorgung für Patienten sowie längere Anfahrtswege für Hausbesuche. In anderen Bausteinen des vorgelegten Konzepts werden Ansätze empfohlen, die eine Reaktion auf die Veränderungen im ärztlichen Bereich ermöglichen. Auch dann, wenn diese Ansätze beherzigt werden, bleibt die Herausforderung, an dieser Stelle die Versorgung von Geriatriepatienten so effizient wie möglich zu gestalten; gerade Hausärzte sind die zentralen Ansprechpartner für die betroffenen Patienten und alle an der Versorgung beteiligten Akteure.

Ebenfalls verändern sich die Strukturen, in denen pflegebedürftige Menschen betreut werden. Der Betreuung und Pflege zuhause kommt eine immer wichtigere Rolle zu. Viele ältere Menschen möchten sich nicht in die Kurz- oder Langzeitpflege einer stationären Einrichtung begeben, sondern möglichst lange in ihrem gewohnten Umfeld bleiben. Die Pflege wird zumeist durch Angehörige, mobile Pflegedienste oder private 24-Stunden-Pflegekräfte geleistet.

Trotz dezentral verteilter Patienten und einer vielfältigen Struktur von Leistungserbringern muss eine vernetzte, engmaschige Versorgung gewährleistet werden. Die Herausforderungen werden durch die Arbeitsteilung verschärft, die aufgrund der fortschreitenden Spezialisierung der Versorgungsakteure insbesondere bei chronisch kranken, multimorbiden und palliativ zu versorgenden älteren Patienten die Zahl der beteiligten Akteure erhöht, was zu einem erhöhten Abstimmungsbedarf führt. Im Kontext des hier vorgeschlagenen Projekts wurden die Kommunikationsbedarfe analysiert und ein Ansatz entwickelt, der an den zentralen Schnittstellen die Kommunikation zwischen den Versorgungsakteuren vereinfacht.

Zielsetzung und Ansatz

Ziel des Projekts ist eine Optimierung der Versorgung von geriatrischen und Palliativpatienten durch eine bessere Kommunikation und Vernetzung der an der Versorgung beteiligten Gesundheitsakteure. Dazu sollen Optimierungspotenziale in der mit der Patientenversorgung verbundenen Kommunikation zwischen den Akteuren identifiziert und durch digitale Anwendungen mobilisiert werden. Nach Möglichkeit sollen hierzu bestehende Softwareprodukte eingesetzt werden. Soweit möglich sollte daher – nicht zuletzt aus Zeit- und Kostengründen – von umfangreichen Neuentwicklungen abgesehen werden. Die Herausforderung liegt dabei darin, einen gemeinsamen Modus für die Nutzung der Produkte zu entwickeln, der zu einer echten Verbesserung der Patientenversorgung führt.

Zu den relevanten Versorgungsakteuren gehören Krankenhaus, Haus- und Fachärzte und Pflegeakteure ebenso wie Physio- und Ergotherapeuten, Apotheken und nicht zuletzt pflegende Angehörige. Besonders auf der Ebene von Krankenhaus und ärztlichen sowie pflegerischen Akteuren kann ein vernünftiger Datenstrom die Versorgung von Patienten mit komplexem Versorgungsaufwand verbessern, indem zeitkritische Abstimmungen zügig und ohne großen Aufwand vorgenommen werden können. Dadurch werden möglicherweise unnötige Krankenhauseinweisungen oder Wiederaufnahmen nach Entlassung verhindert. Ärzte könnten von Hausbesuchen entlastet werden, indem z.B. eine Wundkontrolle durch nichtärztliche Fachkräfte (MFA, Pflegekraft) vorgenommen wird, die bei Bedarf Bildmaterial an den verantwortlichen Arzt weiterleiten. Leistungen, die von mehreren Ärzten benötigt werden, könnten direkt miterhoben und elektronisch kommuniziert werden.

In dieser Kommunikation ist es hilfreich, nicht nur über Patienten zu kommunizieren, sondern relevanten und berechtigten Akteuren auch Zugriff auf Patientendaten zu gewähren. Dies soll bis 2021 durch die Einführung der elektronischen Patientenakte (ePA) flächendeckend ermöglicht werden. Bei einer zügigen Umsetzung des hier skizzierten Projekts wird diese Infrastruktur jedoch noch nicht zur Verfügung stehen, sodass eine Übergangslösung für die Erprobungsphase des „Sozialen Versorgungsnetzwerks“ in Betracht gezogen werden sollte.

Zielgruppe

Als Zielgruppe auf Patientenseite wurden die durch besonderen Betreuungs- und Koordinationsaufwand gekennzeichneten Gruppen der Geriatrie- und Palliativpatienten benannt. Insbesondere in der Versorgung von Geriatriepatienten sind Gesundheitsakteure oft mit den Herausforderungen konfrontiert, einerseits eine durchgängige Versorgung zuhause bzw. im gewohnten Umfeld zu ermöglichen und unnötige Krankenhauseinweisungen zu vermeiden, andererseits die komplexen, oft durch altersbedingte Multimorbidität gekennzeichneten Fälle in ihren individuellen Facetten möglichst vollumfänglich zu verstehen und geeignete Versorgungsmaßnahmen einzuleiten. Unnötige Krankenhauseinweisungen kommen häufig durch die aus Mangel an Zeit und Informationen entstehende Schwierigkeit von Versorgungsakteuren zustande, komplexe Situationen zu bewerten und angemessen zu reagieren.

Ferner besteht für diese Patientengruppe bei Entlassung aus der stationären Betreuung die Gefahr, bei Rückkehr in die eigene Häuslichkeit in eine defizitäre Versorgung zu fallen. So sind Angehörige häufig überfordert oder können gar nicht vor Ort an der Versorgung teilhaben, während Sozialdienst, Pflegedienste und Hausärzte jeweils keinen vollständigen Zugriff auf die relevanten Informationen über die Patienten haben.

6.2.2 Regionale Anbindung

Projektgruppe Land.Digital 2017

Ausgangspunkt des Teilprojekts ist eine Gruppe von kooperationswilligen Akteuren, die sich zu einem Projektantrag im Programm „BULE – Land.Digital 2017“ formiert hatte. Ziel des damals vorgeschlagenen Projekts war es, eine Telemedizin-Infrastruktur zur Verbesserung der Kommunikation zwischen niedergelassenen Ärzten, Pflegeanbietern und Krankenhäusern aufzubauen.

Im Projektantrag für Land.Digital 2017 wurde von der Einführung umfassender Telemedizin-Lösungen ausgegangen, ohne jedoch den Nutzen für die Versorgung der Patienten ausreichend zu konkretisieren. So konnte der Antrag den tatsächlichen Bedarf für neue Lösungen nicht ausreichend klar darlegen. Mit der im Rahmen des damaligen Projektantrags geschaffenen Kerngruppe von interessierten Ärzten, Pflegediensten und Pflegeheimen sowie Apotheken und dem GK Mayen-Koblenz besteht allerdings weiterhin eine handlungswillige und handlungsfähige Gruppe von verschiedensten Gesundheitsakteuren, die bereit sind, innovative Kommunikationswege zu erproben, um dadurch die Versorgung der Patienten in der Region zu verbessern.

Anbindung an das Gesamtprojekt

Der Projektbaustein „Soziales Versorgungsnetzwerk“ wird, anders als die weiteren Bausteine des Konzepts zur Sicherstellung der ärztlichen Versorgung, nicht für die gesamte Region Rhein-Eifel empfohlen, sondern zunächst in einem Teilgebiet erprobt. Da für dieses Thema bereits ein handlungswilliges regionales Konsortium besteht, sollte diese bereits etablierte Kooperationsstruktur genutzt und ggf. ausgebaut werden. Insbesondere vor dem Hintergrund, dass sich in der Bearbeitung des Gesamtprojekts die Kooperationsanbahnung mit den Gesundheitsakteuren zäh gestaltet hat, ist es empfehlenswert, die Arbeit in einem bereits bestehenden, am Thema interessierten Konsortium einzuleiten.

Der Erfolg des Projekts in der Pilotregion kann es erleichtern, das entwickelte Konzept bei Akteuren in der Gesamtregion bekannt zu machen und gute Argumente zu liefern, um sie in einem weiteren Projekt- und Förderabschnitt in die Erweiterung der bereits erprobten und optimierten Prozesse einzubinden.

6.2.3 Kontext

In den letzten Jahren sind verschiedene Innovationen in die Gesundheitsversorgung eingebracht worden, die bei der Versorgung von Geriatriepatienten an den Schnittstellen zwischen Pflege im eigenen Zuhause, (haus-)ärztlicher und stationärer Versorgung relevant sind. Davon ausgehend werden Ansatzpunkte identifiziert, an denen eine weitere Verbesserung ansetzen kann. Hierzu werden im Folgenden ausgewählte relevante Innovationen benannt und die Auswirkungen auf die davon betroffenen Kommunikationspfade skizziert.

Die Einführung eines verpflichtenden Entlassmanagements und der elektronischen Patientenakte haben unmittelbare Implikationen für das hier skizzierte Projekt. Um das Projekt in diesen Kontext einzuordnen, werden diese Entwicklungen im Folgenden kurz ausgeführt.

Entlassmanagement

Kommunikations- und Datenaustauschbedarf zwischen Krankenhaus und niedergelassenen Haus- und in geringerem Maße Fachärzten besteht insbesondere bei Krankenhausentlassung und dem Übergang in die ambulante Versorgung.

Durch das seit Oktober 2017 verpflichtend eingeführte Entlassmanagement ist ein sofortiger Hausarztbesuch nach der Entlassung nicht mehr nötig, da Krankenhausärzte mit Entlassrezepten für bis zu eine Woche Arznei- und Hilfsmittel verordnen können. Diese Übergangszeit nimmt Patienten und Hausarztpraxen den Druck, zur Übergabe der Versorgung am Entlasstag einen Termin finden zu müssen (insbesondere bei Entlassung zum Wochenende problematisch). Somit ist der unmittelbare Zugang zu Arznei- und Hilfsmitteln für Patienten vereinfacht.

Ebenfalls sind im Rahmenvertrag Entlassmanagement die Erstellung von Entlassplänen für Patienten mit komplexem Versorgungsbedarf sowie die Sicherstellung eines koordinierten Übergangs in die weitere pflegerische Betreuung gefordert. Hierbei sind in erster Linie die Krankenhäuser in der Pflicht, die notwendigen Kontakte zu Pflegenden aufzunehmen.

Weiterhin sind die für den zu erstellenden Entlassplan relevanten Patientendaten innerhalb des Krankenhauses allen zuständigen Mitarbeitern zugänglich zu machen. Mit Abschluss des Entlassmanagementprozesses verbleiben diese Daten im Krankenhaus. Weiterbehandelnde Haus- und Fachärzte erhalten lediglich einen Entlassbrief. Dieser erlaubt bestenfalls eine reibungslose Weiterbehandlung. Aus der Praxis wird jedoch berichtet, dass diese Dokumente in einigen Fällen verspätet geliefert werden, knapp formuliert und ohne Kenntnis weiterer Daten über den Patienten mitunter schwer zu deuten sein können.

Elektronische Patientenakte

Die Digitalisierung ist längst in den verschiedenen Bereichen der medizinischen und pflegerischen Versorgung angekommen. Handschriftliche Karteikartensysteme sind in einem Großteil der Praxen durch elektronische Patientenakten abgelöst worden, während Krankenhäuser über intern vernetzte Krankenhausinformationssysteme verfügen. Patienten sind währenddessen schon lange daran gewöhnt, sich mit der elektronischen Gesundheitskarte in Arztpraxen anzumelden. Mit dem Terminservice- und Versorgungsgesetz (TSVG) ist die bis Januar 2021 durch die Krankenversicherungen einzuführende elektronische Patientenakte (ePA) als Funktionsbestandteil der Gesundheitskarte hinzugekommen.

Durch die ePA wird die technische Infrastruktur für einen verbesserten Datenaustausch zwischen niedergelassenen und an Krankenhäusern tätigen Ärzten ermöglicht. Das ist einerseits relevant in Notfällen, in denen kurzfristiger Informationsbedarf seitens des Krankenhauses entsteht (Notfalldatensatz): Beispielhaft ist es für Kardiologen bei der Akutversorgung eines eingelieferten, dem Krankenhaus noch unbekannten Notfallpatienten mit Herzinfarkt wichtig zu wissen, ob bereits Bypässe gelegt wurden. Weiterhin ist es in der alltäglichen Versorgung wertvoll, statt einer oft ungenauen Auskunft der Patienten Zugriff auf Befunde, Diagnosen, Impfungen, Therapiemaßnahmen, Behandlungsberichte und einen elektronischen Medikationsplan zu erhalten. Ferner soll die ePA auch elektronische Arztbriefe ermöglichen.

Mit der ePA steht bei Einführung somit prinzipiell eine flächendeckend eingeführte Infrastruktur zum Austausch sensibler Patientendaten zur Verfügung. Diese kann jedoch freilich die Kommunikation zwischen Ärzten nicht ersetzen. Die für eine koordinierte Versorgung zentralen Abstimmungsprozesse zwischen den Behandlern müssen daher anders organisiert werden.

Da die ePA frühestens 2021 eingeführt wird, sollte zum Austausch relevanter Patientendaten für das hier skizzierte Projekt eine anschlussfähige Übergangslösung gefunden werden.

6.2.4 Soziales Versorgungsnetzwerk

Bedarfsbegründung

Ein zentraler Punkt, an dem eine Optimierung der Kommunikation zwischen allen an der Versorgung beteiligten Akteuren zu einer Verbesserung für die Patienten beitragen kann, ist die langfristige Betreuung von komplexen Fällen in Altenpflegeheimen sowie in noch größerem Maße im eigenen Zuhause.

Während eines stationären Krankenhausaufenthalts befinden sich Geriatrie- und Palliativpatienten in einem engmaschigen Versorgungsnetz. Regelmäßige Fallbesprechungen garantieren eine dauerhaft enge Betreuung und gewährleisten, dass jeder an der Versorgung Beteiligte die notwendigen Informationen zur Verfügung hat. Bei der Betreuung in Pflegeheimen und insbesondere in der eigenen Häuslichkeit ist die Kommunikation und der Austausch von patientenrelevanten Informationen zwischen den ambulanten Behandlern (Haus-/Fachärzte, Therapeuten, Pflegedienst, Apotheke, etc.) hingegen deutlich schwieriger und zeitaufwändiger als in der Klinik. In der Regel wird der Kontakt zu den wichtigsten Behandlern v.a. durch Pflegepersonal und pflegende Angehörige, in geringerem Maße auch durch den behandelnden Hausarzt hergestellt.

Im Alltag führen relativ häufig Situationen zu (vermeidbaren) Klinikeinweisungen, in denen die Versorgung der Patienten nicht sichergestellt ist, bei denen also nicht in erster Linie eine medizinische Indikation für eine stationäre Behandlung vorliegt. Umgekehrt werden ältere Patienten länger in der Klinik behalten, weil die ambulante Versorgung nicht gesichert ist. Wenn auch im ambulanten Bereich für diese Patientengruppen mit komplexem Versorgungsbedarf ein in engem Austausch stehendes Versorgungsnetzwerk zur Verfügung stünde, wären viele stationäre Einweisungen vermeidbar.

Entscheidend für eine solche Vernetzung ist die Etablierung eines Verfahrens bzw. die Nutzung eines Tools, das den für den jeweiligen Patienten relevanten Behandlern den Austausch von wichtigen Informationen über den Patienten ähnlich schnell und unaufwändig wie im Kliniksetting erlaubt.

Es sind vielfältige Situationen denkbar, in denen ein solch schneller Informationsaustausch für Patienten hilfreich wäre, wie z.B.

- Übermittlung von Befunden des Patienten, die von dem Hausarzt beim Hausbesuch erhoben werden und zeitkritisch vom Pflegedienst umgesetzt werden müssen (z.B. zusätzliche Medikamenteneinnahme und erhöhte Pflegemaßnahmen bei einem akuten Infekt)
- Einschaltung weiterer Therapeuten (z.B. Physiotherapie bei Verschlechterung der Mobilität, nach Sturz, etc.), Austausch mit Hausarzt und Pflegedienst über Behandlungserfolg und ggf. weitere Maßnahmen
- Austausch von Hausarzt, Pflegedienst und Therapeuten (z.B. Ergo-/Physiotherapie) über Maßnahmen, damit Patient bei akuter Verschlechterung in der eigenen Wohnung verbleiben kann
- Austausch von Klinikärzten, Hausarzt, Pflegedienst vor Klinikentlassung zur Organisation der Versorgung in der Häuslichkeit
- Schnelle Rücksprache mit Klinikärzten zu Unklarheiten nach Entlassung

Fallbeispiel

Eine alleinlebende 82-jährige Frau mit Pflegegrad 2 wird durch einen mobilen Pflegedienst zuhause versorgt. Sie leidet seit 30 Jahren an Diabetes mellitus und hat eine Schilddrüsenerkrankung, eine kompensierte Herzinsuffizienz nach zwei Herzinfarkten und eine chronische Niereninsuffizienz, weiterhin weist sie erste Anzeichen einer Demenzerkrankung auf. Nach der Amputation des linken Fußes kam es zu Komplikationen bei der Wundheilung, durch die schließlich das Bein am Oberschenkel amputiert werden musste. Damit ist sie auf den Rollstuhl angewiesen, kann jedoch noch kurz aufstehen, um z.B. Schränke zu erreichen. An der Behandlung sind neben dem Hausarzt Fachärzte verschiedener Fachrichtungen (u.a. Kardiologie, Endokrinologie, Nephrologie) beteiligt. Angehörige kümmern sich zu Hause um die Frau, dennoch ist sie stets an der Grenze, eine stationäre Betreuung zu benötigen.

Die Multimorbidität und die daraus resultierende komplexe, von verschiedenen Ärzten verordnete und kontrollierte Medikation können zu komplexen Wechselwirkungen führen. Fällt der Pflegekraft morgens eine Unregelmäßigkeit auf, gilt es, diese rasch zu klären. Hat die Patientin beispielsweise einen deutlich erhöhten Blutdruck, bleibt nicht viel Zeit, entweder Rücksprache mit Hausarzt oder Kardiologen zu halten (reicht nach der Anpassung der Dosierung eines Medikaments eine erneute Umstellung oder ist stationäre Beobachtung notwendig?). Ist eine schnelle Kommunikation gegeben, kann womöglich eine (in der Situation völlig gerechtfertigte) Alarmierung des Notdienstes durch die Pflegekraft abgewendet werden, wenn der behandelnde Arzt eine schnelle Einschätzung abgibt. Gerade für die Patientin mit Anzeichen einer Demenzerkrankung ist es wichtig, desorientierende Ortswechsel wie die Einweisung in ein Krankenhaus zu minimieren, um eine Verschlechterung der Demenz zu vermeiden. Besteht also die Möglichkeit, Unregelmäßigkeiten in einer schnellen Abfrage mit den an der Betreuung beteiligten Akteuren zu klären, muss es nicht zur vorschnellen Einweisung kommen, sondern zur Verbesserung der laufenden Behandlung.

Eine weitere Herausforderung liegt darin, der Patientin den Verbleib in der eigenen Wohnung zu ermöglichen, gleichzeitig aber laufend zu beobachten, ob dies in der gegebenen Konstellation möglich ist. Schaffen es die pflegenden Angehörigen tatsächlich, die Tätigkeit der ambulanten Pflege so zu ergänzen, dass ein würdiges Leben möglich bleibt? Gibt es Anzeichen von Überforderung oder gar Verwahrlosung, die eine neue Beurteilung des Pflegegrads und/oder die Aufnahme in die stationäre Pflege erfordern? Nach den pflegenden Angehörigen stehen die Pflegekräfte und nachgeordnet der Hausarzt am nächsten mit der Patientin in Kontakt. Fällt bei einem Vor-Ort-Termin dem Hausarzt ein besorgniserregender Zustand der Patientin auf, kann eine schnelle Rücksprache mit dem Pflegedienst die Entscheidung unterstützen, ob das Gespräch mit der Patientin und den Angehörigen bezüglich der Veränderung der Pflegesituation gesucht werden sollte.

Hintergrund

In der Projektgruppe wurde zunächst die Idee einer multiprofessionellen Video-Fallbesprechung formuliert. Gegen die Realisierung eines solchen Formats sprechen die zeitlichen Anforderungen an die beteiligten Ärzte und sonstigen Gesundheitsakteure und die Herausforderung, mit allen Beteiligten einen regelmäßigen Termin zu finden. Um einen mit umfassenden Fallbesprechungen vergleichbaren Mehrwert zu erzeugen, muss eine Gruppe von Hausärzten, Fachärzten, Pflegevertretern und ggf. weiteren Akteuren zusammengebracht werden. Es ist anzunehmen, dass

es wenigen dieser Akteure möglich sein wird, im notwendigen Maß zusätzliche regelmäßige und zeitaufwändige Termine wahrzunehmen.

Dennoch besteht das Potenzial, die an der Versorgung beteiligten Akteure durch eine Kommunikationsplattform zu vernetzen und dadurch die Situation der Patienten zu verbessern. Die hier vorgeschlagene Lösung besteht im Kern aus einem Angebot im Sinne eines Instant Messaging Dienstes (z.B. WhatsApp), in dem das „Versorgungsnetzwerk“ der Patienten vertreten ist. Ausgangspunkt der Kommunikation ist der jeweils relevante Patient, sodass jede Kommunikation klar fallbezogen stattfindet. Für die einzelnen Patienten werden dazu „Versorgungsnetzwerke“ eingerichtet, in denen nur die für die Betreuung dieses spezifischen Patienten relevanten Gesundheitsakteure zusammengeschlossen sind. Das „Versorgungsnetzwerk“ eines Patienten bietet einen schnellen Überblick über alle Beteiligten. Durch einen Blick in das Netzwerk sieht jeder an der Betreuung des Patienten beteiligte Akteur sofort, wer die Ansprechpartner in den anderen Fachrichtungen sind.

Ziel dabei ist es, die akteursübergreifende Kommunikation bei komplexen Fällen zu vereinfachen. Einerseits können zwischen einzelnen Anwendern Nachrichten versendet werden, beispielsweise bei einer direkten Frage von Haus- an Facharzt oder an die zuständigen Pflegekräfte. Andererseits können über die patientenbezogenen „Gruppen“ umfassendere Fragen bearbeitet und Hinweise an die anderen mit der Behandlung befassten Akteure übermittelt werden. Die genauen Kommunikationsfälle, in denen eine Nachricht „an alle“ versendet wird, müssen in der weiteren Entwicklungsphase klar festgelegt werden. Ansonsten besteht das Risiko einer Überlastung der Beteiligten mit nicht relevanten Nachrichten.

Leistungsspektrum

Das Messenger-System sollte die folgenden Funktionen bereitstellen:

- Patientenbezogene Kommunikation mit allen an der Versorgung Beteiligten als „Versorgungsnetzwerk“, dadurch schneller Überblick über alle an der Behandlung eines Patienten beteiligten Akteure
- „Gruppenchat“-Funktion für gemeinsame Besprechungen in individuell zusammengestellten Gruppen sowie als Nachricht an alle
- Direktnachrichten in Form von Text-, Foto-, Video- und Ton-Nachrichten
- Einfacher Zugang für neue Nutzer/Erweiterbarkeit des Netzwerks ohne Hürden (Nutzbarkeit per App/im Browser, keine komplizierten Lizenzen)
- Erfüllung der geltenden Anforderungen an Datenschutz und sichere Kommunikation zwischen Gesundheitsakteuren
- Unterteilung der patientenbezogenen Gruppen in Benutzer- bzw. Empfängerebenen zur Bewahrung von Anforderungen der Schweigepflicht (z.B. 1. Ring: Nur Ärzte. 2. Ring: Ärzte, Pflegepersonal, VERAH. 3. Ring: Ärzte, Pflegepersonal, VERAH, Apotheke).

Der Schwerpunkt liegt auf der Verbesserung der Versorgung für die Patienten durch die Optimierung der Kommunikation zwischen den Gesundheitsakteuren, nicht auf der Entwicklung neuer Softwarelösungen. Somit liegt das Kernziel des Projekts in einer umfassenden Implementierung des Kommunikationssystems und darin, dass die an der Erprobung beteiligten Akteure das System innerhalb der spezifischen Zielvereinbarung nutzen.

Nutzerkreis

In unterschiedlichen Berechtigungszirkeln sollten folgende Akteure einbezogen werden:

- Hausärzte
- Geriatrierelevante Facharztgruppen (Rheumatologie, Nephrologie, Psychiatrie, Onkologie etc.)
- Pflegedienste/Pflegeheime
- Weitere Leistungserbringer: Physiotherapie, Logopädie, Ergotherapie
- Apotheken
- Patient/Patientennahe Betreuer

Bereitstellung von Patientendaten

Die Bereitstellung von Befunden, Medikationsplänen und ähnlichem ist ein wichtiger Bestandteil der Kommunikation im medizinischen Feld und damit auch eine wichtige Ergänzung zum Kommunikationsansatz des „Sozialen Versorgungsnetzwerks“: Neben der Kommunikation über z.B. die Befunde von Patienten ist es naheliegend, diese Befunde auch gleich allen relevanten Akteuren zur Verfügung zu stellen. Die Möglichkeit, an einem zentralen Ort auf umfassende Patienteninformationen zugreifen zu können, wäre also eine wertvolle Ergänzung der Kommunikationsfunktion des Sozialen Versorgungsnetzwerks. Die Herausforderung liegt bislang einerseits darin, dass die von privatwirtschaftlichen Anbietern auf dem Markt verfügbaren Softwarelösungen nicht oder nur bedingt standardisiert und miteinander kompatibel sind und der Markt damit fragmentiert ist. Andererseits kann eine Softwarelösung nur dann sinnvoll angewendet werden, wenn eine ausreichende Zahl von Nutzern in einem zusammenhängenden Gebiet sie nutzt.

Durch die im Terminservice- und Versorgungsgesetz (TSVG) für 2021 geforderte elektronische Patientenakte (ePA) wird die hierfür notwendige Infrastruktur in absehbarer Zukunft flächendeckend eingeführt (s.o.: Elektronische Patientenakte).

Sofern das Projekt so kurzfristig umgesetzt wird, dass es der Einführung der ePA zuvorkommt, wäre eine pragmatische Lösung zu prüfen. Sofern das gewählte Softwaresystem die Bereitstellung von Patientendaten erlaubt, sollte diese Funktionalität für die Übergangszeit zusätzlich genutzt werden. Erlaubt die Software dies nicht, sollte für den Übergang die Beschaffung einer zusätzlichen Software für den Übergang in Betracht gezogen werden (z.B. comdoxx-integrated). Da das Krankenhaus St. Elisabeth Mayen an der Gruppe beteiligt ist, kann weiterhin sondiert und juristisch geprüft werden, ob über die Möglichkeit eine Anbindung der Praxen an das Klinikinformationssystem die Möglichkeit besteht, Daten bereitzustellen.

In jedem Fall sollte jedoch die Nutzung der ePA als zukünftiger de-facto-Standard angestrebt werden.

6.2.5 Schritte zur Umsetzung/Vorgehensweise

Um das Projekt in die Umsetzung zu bringen, sind folgende Schritte vorzunehmen:

Juristische Vorarbeiten

Zu Beginn des Prozesses sollten einige Eckpunkte des „Sozialen Versorgungsnetzwerks“ juristisch geprüft werden, sodass bereits im Vorfeld der Umsetzung bestimmte Parameter geklärt sind. Im Zentrum dieser Prüfung sollten folgende Punkte stehen:

- Datenschutz-Anforderungen in der Kommunikation, genaue Trennung der Benutzerebenen: Bei den auf dem Markt gängigen Kommunikationslösungen ist davon auszugehen, dass sie die Standards für eine sichere Kommunikation im Gesundheitsbereich erfüllen. Eine vertiefte Prüfung sollte mit Blick auf die Kommunikation zwischen kooperierenden eigenständigen Praxen/Anbietern klären, ob zusätzliche Anforderungen entstehen.
- Freigabeformulare für Patienten: Eine patientenbezogene Vernetzung wird nur möglich sein, wenn die betreffenden Patienten ihre Erlaubnis dazu erteilen. Hierzu müssen Formulare/Verträge entwickelt werden, die den kooperierenden Partnern die notwendigen Berechtigungen einräumen (z.B. teilweise Entbindung von der Schweigepflicht).
- Sektorenübergreifende Zusammenarbeit: Aufgrund der strikten Trennung zwischen dem ambulantem und dem stationären Sektor wird zu prüfen sein, ob bei einer sektorenübergreifenden Vernetzung besondere Anforderungen bestehen.
- Abrechnungswesen: Eine engere Zusammenarbeit birgt die Möglichkeit, dass Praxen Leistungen erbringen, die nicht im Rahmen der eigenen Tätigkeit stehen, sondern der Arbeit anderer Praxen dienen. Beispielhaft kann eine Blutabnahme durch eine VERAH für eine kooperierende Facharztpraxis vorgenommen werden.

Zusammenstellen des Konsortiums und Gründungsworkshop

Aus der Entwicklungsphase des vorangegangenen Projektantrags für Land.Digital 2017 besteht bereits eine Kerngruppe, mit der die erste Phase des Projekts auf den Weg gebracht werden kann. In einem ersten Schritt sollte diese Gruppe erweitert werden, indem alle Gesundheitsakteure aus der Region Mayen angesprochen und zur Mitwirkung in der Erprobungsphase eingeladen werden. Hierzu zählen insbesondere Haus- und Fachärzte, stationäre und ambulante Pflegeanbieter und weitere Leistungserbringer (Ergotherapie, Physiotherapie, Logopädie etc.). Ziel dabei ist es, eine möglichst große und fachlich breit aufgestellte Gruppe für die Erprobungsphase zu gewinnen. Hierzu sollten die einzelnen Akteure möglichst persönlich angesprochen werden, um bei interessierten Personen direkt individuelle Fragen zu klären. Bei der persönlichen Ansprache sollte weiterhin auf die bestehenden Kontakte der Kern-Projektgruppe zurückgegriffen werden.

Im Anschluss sollte mit der erweiterten Teilnehmergruppe ein Workshop durchgeführt werden. Dabei geht es darum, erste Abstimmungen unter den kooperationswilligen Gesundheitsakteuren vorzunehmen und das Konzept des „Sozialen Versorgungsnetzwerks“ weiter auf die Bedürfnisse der Akteure vor Ort anzupassen. Dabei sind vor allem folgende Kernfragen zu klären:

- Welche regelmäßigen Kommunikationsbedarfe gibt es über die hier skizzierten Beispiele hinaus?
- Welche Aspekte der Nutzung müssen in einem gemeinsamen Regelwerk reglementiert werden? → z.B.: Unter welchen Umständen wird Kontakt aufgenommen? Wann nicht? Wie sind die Gruppenfunktionen zu nutzen? Was sind Inhalte, die eine Mitteilung an alle sinnvoll machen?

- Gibt es regelmäßige Vorgänge, zu denen eine standardisierte Vorgehensweise in die Nutzung eingebracht werden kann (z.B. Abstimmung zwischen Pflegeheim und Hausarzt nach Entlassung des Patienten aus dem Krankenhaus zur Beschaffung von Rezepten für Medikamente/Hilfsmittel)
- Wie wichtig ist den Beteiligten eine zentrale Bereitstellung von Patientendaten vor der Einführung der elektronischen Patientenakte? Ist die Beschaffung einer zusätzlichen Software nötig oder kann eine andere Vereinbarung getroffen werden?
- Welche konkreten Patienten kommen für die Erprobungsphase in Frage?

Im Ergebnis werden einerseits die „Spielregeln“ für die Kommunikation im Netzwerk vereinbart, andererseits möglicherweise aufkommende zusätzliche Anforderungen formuliert, die bei der Softwareauswahl bzw. Entwicklung berücksichtigt werden müssen.

Sondierung von Hard- und Softwarelösungen

Die Neuentwicklung einer Kommunikationslösung wird voraussichtlich nicht notwendig sein. Auf dem Markt existieren bereits Angebote, die einen Großteil des geforderten Funktionsumfangs bieten.

Direkt zu Beginn des Prozesses gilt es zu sondieren, welches System – ggf. mit geringfügigen Modifikationen – am besten für den angestrebten Zweck geeignet ist. Hierzu muss frühzeitig der Kontakt zu den Anbietern von Kommunikationssoftware aufgenommen werden. Dabei gilt ebenfalls zu klären, welche Softwarelösung bereits in ihrer Standardausführung die geforderten Funktionen bietet bzw. wie viel zusätzlicher Entwicklungsaufwand nötig wäre, um die Anwendung entsprechend zu erweitern. Hiervon hängt maßgeblich ab, wie hoch die Startkosten für das Projekt ausfallen.

Abhängig von der Entscheidung für oder wider einer separaten Lösung zur Bereitstellung von Patientendaten im Vorfeld der Einführung der elektronischen Patientenakte wird die damit einhergehende Funktionalität (sichere Lösung zur dauerhaften Bereitstellung von Medikationsplan, Diagnosen, Befunden etc.) mit abzufragen sein.

Mögliche Anbieter für die Software sind:

- MediOne: MediOne bietet einen Instant Messaging Dienst in Anlehnung an gängige Produkte (z.B. WhatsApp) an. Der Fokus liegt hierbei auf der Authentifizierung der Nutzer und der sicheren Übermittlung von Daten, das System bietet allerdings auch eine zentrale Ablage für Dokumente. Die Nutzung der Basisversion ist kostenlos. Derzeit nicht vorgesehen ist die patientenorientierte Kommunikation. Hier wäre mit den Entwicklern zu klären, ob eine Implementierung möglich wäre. Derzeit ist die Software darauf ausgelegt, dass sich Institutionen intern vernetzen.
- Siilo: Siilo ist ebenfalls ein sicherer Instant Messaging Dienst, der darüber hinaus auch ein Datenarchiv und vielfältige weitere Funktionen bietet. Hervorzuheben ist die Organisation der Teilnehmer als Netzwerk und die umfangreiche Gruppen-Funktionalität. Hierdurch scheint Siilo ohne große Anpassungen für die hier skizzierten Zwecke nutzbar zu sein. Die Nutzung der Basisanwendung ist für Ärzte kostenfrei; es ist jedoch zu klären, ob für den hier skizzierten Anwendungsfall Kosten anfallen oder ob kostenpflichtige Softwaremodule aktiviert werden müssen.

Sollte sich herausstellen, dass die gängigen Anbieter die Anforderungen nicht erfüllen können oder wollen, kann die Möglichkeit einer Eigenentwicklung in Betracht gezogen werden. In dem

Fall müssten Entwickler angesprochen werden, die die für ein Soziales Versorgungsnetzwerk nötige Software mit allen datenschutzrechtlichen Anforderungen umsetzen können.

Neben der Software müssen für mobile Akteure (z.B. VERAHs, ambulante Pflegekräfte) mobile Endgeräte angeschafft werden, sofern sie nicht bereits über Arbeits-Smartphones verfügen. Auch hier gilt es zu sondieren, welche Anforderungen die notwendigen Apps an die Hardware stellen und welche Modelle gewählt werden sollen.

Einführung, Erprobung und Evaluation

Nachdem die Voraussetzungen für die Einführung geschaffen sind, kann die Software beschafft und eingeführt werden. Gleichzeitig müssen die Patienten benannt werden, mit denen eine Erprobung stattfindet. Die Patienten müssen für die Teilnahme an der Erprobungsphase gewonnen werden. Hierzu müssen sie persönlich angesprochen und mit einem Informationsblatt über die angestrebten Verbesserungen durch das Projekt aufgeklärt werden. Im Anschluss unterzeichnen sie die im Vorfeld entwickelten Einverständniserklärungen und sonstige juristisch notwendigen Dokumente.

Die Nutzung der Software wird zunächst über einen Zeitraum von sechs Monaten erprobt. Dabei wird sie laufend evaluiert. Hierzu sind durch alle Teilnehmer in regelmäßigen Abständen (z.B. alle zwei Monate) standardisierte Evaluationsbögen auszufüllen, die von einer zentralen Stelle (idealerweise eine Koordinationsstelle Gesundheit, wird in weiterem Projektsteckbrief beschrieben) ausgewertet werden. Darin sind insbesondere folgende Punkte abzufragen:

- Hat die Lösung zur Verbesserung der Versorgung der Patienten beigetragen? In welchen spezifischen Fällen/Situationen?
- Gibt es Fälle, in denen eine Krankenhauseinweisung aufgrund des Systems nicht stattgefunden hat?
- Ist das System anwenderfreundlich genug, um dauerhaft eingesetzt zu werden? Was wäre zu ändern?
- Gab es als besonders wertvoll oder als unnötig empfundene Kommunikation? In welcher Situation?
- Wie bewerten Patienten/pflegende Angehörige das System? Welche Akteure sollten zusätzlich eingebunden werden?

Bei der Auswertung ist demnach laufend zu prüfen, ob es Anreize zur guten Nutzung oder Nachsteuerbedarf bei den „Spielregeln“ gibt. Ergänzend können Einzelgespräche geführt werden, in denen persönliche Erfahrungen, die Integration der Anwendung in den Workflow in der Praxis etc. abgefragt werden. Die Ergebnisse sollten regelmäßig an die Erprobungsgruppe zurückgespielt werden.

Je nach Ergebnis kann es notwendig sein, eine Sitzung mit allen Beteiligten einzuberufen, um aufkommende Abstimmungsbedarfe zu klären. Zum Ende der Erprobungsphase sollte eine Abschlussevaluation vorgelegt werden, die noch einmal kritisch mögliche Verbesserungspotenziale prüft. Mit Blick auf eine anstehende Ausweitung des Projekts ist hier auch noch einmal zu hinterfragen, ob die fachliche Zusammenstellung der Gruppe sich bewährt hat, ob einzelne Fachrichtungen fehlen oder keinen Mehrwert in der Versorgung ihrer Patienten feststellen können. Nach Bedarf sind entsprechende Anpassungen an dem Projekt vorzunehmen. Ebenfalls ist zu prüfen, ob die Ausweitung auf zusätzliche Patientengruppen erfolgsversprechend ist.

Möglicherweise kann es sinnvoll sein, die Erprobungsphase – ggf. mit beschlossenen und eingeführten Änderungen – vor einer Ausweitung des Projekts zu verlängern.

Erweiterung und Verstetigung (2. Förderphase)

Bei einer positiven Bewertung der Erprobungsphase durch die Projektpartner kann die Ausweitung des Projekts auf die gesamte LEADER-Region angestrebt werden. Dies wäre Bestandteil einer zweiten Förderphase.

Die größte Herausforderung bei der Erweiterung ist es, möglichst viele Gesundheitsakteure für die Mitwirkung zu gewinnen und somit eine hohe Abdeckung zu erreichen. Wie auch bei der Erprobung funktioniert das System immer besser, je mehr an der Versorgung der Patienten beteiligte Gesundheitsakteure mitwirken. So wird bei den Kollegen ausgehend von den Ergebnissen und persönlichen Erfahrungen aus der Erprobungsphase für die Teilnahme am weiteren Projekt zu werben sein.

Auftakt hierzu sollte eine gebietsweite Informationsveranstaltung sein, auf der die Beteiligten über ihre Erfahrungen und von den erlebten Vorteilen bei der Versorgung multimorbider älterer Patienten berichten. Für die Veranstaltung muss bei allen in der LEADER-Region tätigen Gesundheitsakteuren (Krankenhäuser, Haus- und Fachärzte, weitere Leistungserbringer) geworben und eingeladen werden. Die Veranstaltung kann im Rahmen des Programms einer einzurichtenden Koordinationsstelle Gesundheit durchgeführt werden (weiterer Projektsteckbrief, s.o.).

Darüber hinaus müssen wiederum alle Beteiligten ihre Netzwerke aktivieren, um eine möglichst große Reichweite zu erzeugen. So wird auch in Ärztegremien, an den Krankenhäusern und auf Fachveranstaltungen für die Mitwirkung zu werben sein.

Wissenschaftliche Begleitung

Um die Umsetzung mit externer Expertise anzureichern, sollte das Projekt wissenschaftlich begleitet werden. Das beauftragte Institut sollte in der Vorbereitungs- und Erprobungsphase Impulse zur optimalen Nutzung der Kommunikationslösung im Sinne der oben beschriebenen Ansprüche geben. Zentrale Aufgabe ist es damit, ausgehend von im Umsetzungsprozess aufkommenden Bedarfen Empfehlungen zur Projektsteuerung zu geben. Weiterhin unterstützt das Institut die inhaltliche Ausarbeitung sowie die Auswertung der Evaluation und liefert zum Abschluss der Erprobungsphase sowie zum Abschluss der zweiten Förderphase Empfehlungen zur weiteren Umsetzung und nach Bedarf zur Nachsteuerung des Projekts.

Partner

Die Gruppe der Projektpartner wird im Projektverlauf von der Konzipierungs- über die Umsetzungsphase bis zur Verstetigung schrittweise erweitert:

- Startphase: Fördermittelakquise, Vorbereitung der Erweiterung des Konsortiums:
 - Landkreis Mayen-Koblenz
 - Projektgruppe aus Land.Digital 2017: GK St. Elisabeth Mayen, Hausärzte Dr. Fischbach, Dr. Maisant-Gehrke/Dr. Siepmann, Dr. Simon, Ambulanter Pflegedienst Caritas Verband Rhein-Mosel Ahr, St. Raphael Caritas Alten- und Behindertenhilfe – Altenzentrum St. Johannes Mayen, Apotheke im Hit Mayen
- Erprobungsphase: Möglichst breite Erweiterung der Gruppe um folgende Akteure in der Region Mayen:

- Haus- und Fachärzte
 - Altenpflegedienste und Pflegeheime
 - Weitere Leistungserbringer: Physiotherapie, Ergotherapie, Logopädie
 - Apotheken
- Erweiterungs- und Verstetigungsphase: Erweiterung des Projekts auf die LEADER-Region unter Einbeziehung der oben genannten Akteure in der Gesamtregion.

Kostenkalkulation und Zeitplan

Start- und Erprobungsphase (1. Förderphase):

- Personal: ¼ Stelle TVÖD VKA E11 für 1 Jahr (Projektkoordination): 11.000 €
- Juristische Beratung (Datenschutz-Anforderungen, Trennung der Benutzerebenen, Erstellung von Freigabeformularen für Patienten, Sektorenübergreifende Zusammenarbeit, Abrechnungswesen): 30.000 €
- Organisation, Moderation u. Nachbereitung des Gründungsworkshops: 3.000 €
- Softwarebeschaffung bzw. Lizenzierung/ggf. Entwicklung Kommunikationslösung für 15 Projektpartner: ca. 0 € bis 700 €/Jahr (Beispiel Siilo: Messengersoftware wird umsonst bereitgestellt, kostenpflichtiges Zusatzpaket Siilo.connect wird pro Nutzer berechnet; ob das Zusatzpaket benötigt wird, ist mit dem Anbieter zu klären. Ggf. ist zusätzlich die einmalige Entwicklung von zusätzlichen Softwaremodulen nötig)
- Softwarebeschaffung bzw. -Lizenzierung Datenaustausch (optional): ca. 10.000 €
- Beschaffung von 15 mobilen Endgeräten á 500 € für VERAHs, Pflegekräfte u.a.: 7.500 €
- Wissenschaftliche Begleitung: 15.000 €

Erweiterungs- und Verstetigungsphase (2. Förderphase):

- Personal: ¼ Stelle TVÖD VKA E11 für 1 Jahr (Projektkoordination, Evaluation): 11.000 €
- Organisation, Moderation und Nachbereitung Informationsveranstaltung: 5.000 €
- Softwarebeschaffung bzw. Lizenzierung für 45 Projektpartner: ca. 0 € bis 2.500 € (Genauen Bedarf/Kosten mit Anbieter sondieren, s.o.)
- Beschaffung von 30 mobilen Endgeräten á 500 €: 15.000 €
- Wissenschaftliche Begleitung: 5.000 €

Gesamtkosten ohne Softwarelizenzen: 102.500 €. Mit Softwarelizenzen: 115.700 €.

1. Projektjahr / 1. Förderphase												2. Projektjahr / 2. Förderphase											
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Gründung und Vorarbeiten																							
Erprobungsphase												Verstetigungsphase											
Evaluation												Erweiterung											
Wissenschaftliche Begleitung																							
																							
Gründungsworkshop												Informationsveranstaltung											