

Neue Wege der medizinischen Versorgung im ländlichen Raum

Feldstudie im Landkreis Holzminden

LANDKREIS HOLZMINDEN

Neue Wege der medizinischen Versorgung im ländlichen Raum

Endbericht 12.10.2017

- 5 Vorwort**

- 7 Zusammenfassung**

- 13 Aufgabenstellung und Bestandsaufnahmen**
- 13 Methodisches Vorgehen**
 - Schritt 1 - Regionale Bestandsaufnahme**
 - Schritt 2 - Standortbezogene Bestandsaufnahme**
 - Kirchbrak, Polle, Stadtoldendorf
 - Mobile Diagnostik - Rollende Arztpraxis
 - Schritt 3 - Technische Bestandsaufnahme**

- 31 Erkenntnisse**

- 35 Impulsprojekte**
 - Vernetzen - Modellvorhaben Gesundheitsnetz
 - Vertreten - Modellprojekt Delegation
 - Verorten - Modellstandort MediZIMMER
 - Vermitteln - Modellanwendung Qualifikation
 - Telemedizinische Instrumente

- 60 Skalierung und Übertragbarkeit auf den ländlichen Raum**

- 61 Empfehlungen**
 - Empfehlung 1 | Gesundheitsnetz Holzminden - Die Ideen zusammenführen.
 - Empfehlung 2 | Den Landkreis aufstellen - Projektmanagement installieren.
 - Empfehlung 3 | Ansätze skalieren - Kriterien fixieren.
 - Empfehlung 4 | Die Projekte auf die Straße bringen - Modular denken.
 - Empfehlung 5 | Projekte verorten - Standorte einbinden, Akteure vernetzen.
 - Empfehlung 6 | Test und Evaluation - Die Umsetzung begleiten.
 - Empfehlung 7 | Nah und fern - Über die Grenzen blicken.
 - Empfehlung 8 | Bedürfnisse erfüllen - Die Nutzer sehen.
 - Empfehlung 9 | Modellprojekte aufstellen - Budgets abstimmen.
 - Empfehlung 10 | Kommunikation intensivieren - Auf allen Kanälen spielen.

- 67 Roadmap | Nächste Schritte**

- 69 Beteiligung und Öffentlichkeitsarbeit, Linkliste**

- 70 Impressum**

Vorwort

Im Frühjahr 2017 hat uns der Landkreis Holzminden mit einer Studie zur Entwicklung einer zukunftsfähigen Gesundheitsversorgung in der Region beauftragt. Man ist sich bewusst, dass angesichts einer doppelten demografischen Herausforderung dringender Handlungsbedarf besteht. „Das Projekt „Neue Wege der medizinischen Versorgung im ländlichen Raum“ ist deshalb in die Gesamtstrategie des Landkreises Holzminden eingebunden und ergänzt die Projekte „MoVerMo“¹ und „Gesundheitsregion“², die zeitgleich durchgeführt werden. Einerseits wird die Alterung des Landkreises eine Zunahme der anspruchsvollen Krankheitsbilder bedeuten, gleichzeitig werden sich im Landkreis Versorgungslücken auftun – Folge des anstehenden Ruhestands mehrerer niedergelassener Ärztinnen und Ärzte. Diese Lücken werden sich nur schwer schließen lassen. Demografischer Wandel, Fachkräftemangel im medizinischen und pflegerischen Bereich sowie Schnittstellenproblematiken zwischen den einzelnen Versorgungsbereichen stellen den Landkreis genauso wie viele Regionen in Niedersachsen vor die ganz pragmatische Herausforderung, schon in naher Zukunft eine wohnortnahe Gesundheitsversorgung sicherstellen zu müssen. Telemedizin und E-Health sind Optionen, die der Kreis aktiv aufgreifen wollte, um ausgehend von erprobten Ansätzen wie der mobilen Diagnostik, neue Wege in der Gesundheitsversorgung zu beschreiten. Unsere Aufgabe war es, Ideen für eine den dynamischen Entwicklungen im Gesundheitssektor entsprechende attraktive Gesundheitsversorgung im Landkreis zu finden, sowie geeignete Projekte und Instrumente zu identifizieren, die beispielhaft vor Ort erprobt werden können und die sich gegebenenfalls in andere Regionen übertragen lassen.

Es zeigte sich während der Arbeit vor Ort bei allen Akteuren die Überzeugung, dass Telemedizin und E-Health den direkten und unmittelbaren Austausch zwischen Patientin/Patient und medizinischer Vertrauensperson nicht ersetzen dürfen. Digitale Lösungsansätze, auch wenn sie vermutlich bei einer Gesundheitsversorgung des ländlichen Raums in Zukunft zur Überbrückung von Distanzen eine wichtige Rolle spielen, werden sicherlich nicht ausreichen, um die Schwierigkeiten aufzufangen, die entstehen, wenn überlastete Versorgungsstrukturen nur technisch auf die Bedürfnisse eines Umfelds reagieren, das berechnete Ansprüche an die Gestaltung eines psychosozialen Kontextes hat. Digitale Lösungsansätze werden und dürfen den unmittelba-

1 Mit dem Modellvorhaben „Langfristige Sicherung der Versorgung und Mobilität“ leistet das Bundesministerium für Verkehr und digitale Infrastruktur BMVI seit 2015 einen Beitrag dazu, gleichwertige Lebensverhältnisse in ländlichen Räumen zugewährleisten. An dem Projekt nehmen 18 Regionen teil <https://goo.gl/ChhjtW> gefunden 05.10.2017

2 Um die niedersächsischen Landkreise und kreisfreien Städte bei der Gestaltung des regionalen Gesundheitswesens zu unterstützen, wurde 2014 das Projekt „Gesundheitsregionen Niedersachsen“ ins Leben gerufen. Der Landkreis Holzminden ist eine von 35 Gesundheitsregionen in Niedersachsen; <https://goo.gl/wa9EA1> ; gefunden 05.10.2017

ren Bezug zwischen Patientin/Patient und Ärztin/Arzt oder Betreuerin/Betreuer nicht ersetzen.

Es geht uns, wenn wir uns mit neuen Wegen in der Gesundheitsversorgung im Landkreis Holzminden auseinandersetzen, deswegen nicht um eine Auflistung digitaler Werkzeuge, die sich im Landkreis implementieren lassen. Es geht uns um ihre Integration in Bestehendes, mit dem Ziel, das Versorgungsangebot zu erhalten und wo möglich zu verbessern, zu flexibilisieren und zu modernisieren. Die gezielte Überlagerung innovativer „analoger“ und „digitaler“ Ansätze soll ein Bild für die zukünftige Gesundheitsversorgung im Landkreis Holzminden werden.

Wir verstehen das Thema Gesundheit deswegen als Teil einer integrierten ländlichen Entwicklung. Gesundheit adressiert alle Metiers, alle Akteure und alle Bewohnerinnen/Bewohner im Landkreis. Sie hat damit das Potential, große Veränderungen anzustoßen. Die Betroffenheit, die das Nachdenken über die mögliche Zukunft der Gesundheitsversorgung im Landkreis auslöst, kann eine sehr starke Motivation zu fach- und bereichsübergreifendem Engagement sein. Eine mangelnde Gesundheitsversorgung stellt in dieser Hinsicht nicht nur ein unerhörtes Entwicklungsrisiko dar, sie bietet auch großes Entwicklungspotential. Es wurden Synergien sichtbar, die es in weiteren Schritten zu heben gilt. Es geht darum, gemeinsam kommunale Strukturen und innovative Projekte zu entwickeln, die eine bedarfsgerechte und möglichst wohnortnahe Gesundheitsversorgung zum Ziel haben. Die vorliegende Studie „neue Wege der medizinischen Versorgung im ländlichen Raum“ ist ein Projekt der integrierten ländlichen Entwicklung im Rahmen der Gesundheitsregion Holzminden.

Berlin / Holzminden 12.10.2017

Wilhelm Klauser

Zusammenfassung

Aufgabe

Mit dem Fokus auf innovative (tele)medizinische Ansätze zur Versorgung des ländlichen Raums positionierte sich der Landkreis im Februar 2017 mit der Ausschreibung einer Studie. Ziel war es, eine absehbare Umsetzung neuer (tele)medizinischer Konzepte durch regionale Akteure optimal vorzubereiten und Zusammenhänge hinsichtlich ihrer Bedeutung für die Entwicklung der Region zu erkennen. Ausgehend von Ansätzen der „mobilen Diagnostik“, wie sie beispielhaft im Landkreis Wolfenbüttel zwischen 2013 und 2014 erprobt wurden³, war zu untersuchen, inwieweit vergleichbare Konzepte auf den Landkreis Holzminden übertragen werden können, wo unter Umständen nachgebessert werden sollte, um den Ansatz erfolgreich zu übertragen. Während der Arbeit an der Studie wurde allerdings deutlich, dass sich die Entscheidung über Einsatz oder Implementierung der verfügbaren oder der perspektivisch noch entstehenden (tele)medizinischen oder mobilen diagnostischen Angebote seitens der Gesundheitsakteure durch Kommunen oder Landkreis nur unzureichend beeinflussen lässt. Ob ein Ansatz praktikabel ist, ob er von Patientinnen oder Patienten angenommen oder abgelehnt wird, ob er ökonomisch tragfähig ist und damit nachhaltig, wird nicht von ihnen entschieden.

Gesundheit als Querschnittsthema

Ausgehend von dieser Erkenntnis mussten im Sinne der Umsetzungsrelevanz in der Ausarbeitung der Studie Handlungsansätze benannt werden, die es dem Landkreis und den Kommunen erlauben, den Aufbau innovativer Gesundheitslösungen im Sinne einer integrierten ländlichen Entwicklung im Kreis aktiv zu unterstützen und zu flankieren. Es ging nicht um Top-Down Lösungen, die robust implementiert werden. Der Erfolg im Aufbau neuer Ansätze hängt davon ab, dass viele Partner in der Region „neue Wege der medizinischen Versorgung im ländlichen Raum“ mittragen und unterstützen. Kommune und Landkreis bekommen zwar im Zuge ihres Auftrags zur örtlichen Gesundheitsplanung eine wichtige initiiierende, koordinierende und planende Funktion. Sie verfügen aber über keinen allumfassenden Machthebel, durch den die Veränderungsprozesse in Bewegung gesetzt werden können.

3 Von August 2013 bis Dezember 2014 ergänzte das Projekt „Rollende Arztpraxis“ der Initiative „Zukunftsregion Gesundheit“ die ländliche Gesundheitsversorgung im Landkreis Wolfenbüttel. Mobile Ärzte mit einem speziell ausgestatteten Fahrzeug suchten Patientinnen und Patienten in Gebieten mit verstärktem Hausärztebedarf auf. Die Zielgruppe der älteren und wenig mobilen Patientinnen und Patienten nahm das Angebot gut an und war mit der Behandlung zufrieden bis sehr zufrieden. Link: <https://goo.gl/VQKNjs>; gefunden 05.10.2017

„Letztlich lassen sich die Prozesse und die damit verbundene Organisationsentwicklung nur mit dem Willen aller Beteiligten umsetzen.“⁴

Gesundheit ist ein Querschnittsthema, das sowohl in der Politik, als auch in der Verwaltung oder bei den Bürgerinnen und Bürgern hohe Aufmerksamkeit genießt und deswegen eine große Hebelwirkung entfaltet. Um diese im Sinne einer integrierten regionalen Entwicklung zu aktivieren, muss in der Umsetzung berücksichtigt werden, dass es nicht um die abstrakte Idee einer „Gesundheit“ geht, sondern um viele „Gesundheiten“, die sich in unterschiedlichsten Teillösungen und Bedürfnissen abbilden. Der Landkreis muss akzeptieren, dass es keine allgemeingültige Lösung gibt, sondern eine Vielzahl möglicher Lösungsansätze, die auf verschiedene Anforderungen reagieren oder in unterschiedlichsten Situationen zum Einsatz kommen. Er muss daher den Aufbau- und Entwicklungsprozess unterstützen und nicht das einzelne Projekt. Die Studie betont die Bedeutung von Impulsprojekten, die den Aufbau und die kontinuierliche Entwicklung innovativer Ansätze anstoßen und die perspektivisch Teil einer Gesundheitsversorgung im Landkreis Holzminden werden können.

Impulsprojekte

Impulsprojekte zielen nicht nur auf eine Verbesserung der Patientenversorgung und -zufriedenheit, auf eine Erleichterung des Alltags der Medizinerinnen und Mediziner in der Fläche oder womöglich eine anzustrebende Effizienzsteigerung des Angebots, sondern auf eine übergreifende Verbesserung der Lebensqualität im Landkreis. Wir erkennen vier Impulsprojekte, die sich innerhalb überschaubarer Zeitfenster realisieren lassen und die für eine Umsetzung innovativer Ansätze wichtige Anstöße geben können.

Wesentlich für den Aufbau, den Betrieb und die Pflege einer innovativen Gesundheitsversorgung ist die Entwicklung eines entsprechenden Rahmens. Dieser Rahmen ist mit der „Gesundheitsregion Holzminden“ bereits angelegt und kann ausgebaut werden.

1. Vernetzen: Modellvorhaben Gesundheitsnetz

Die Verwaltung muss als neutraler Moderator und Koordinator innovativer Ansätze von Anfang an in den Entwicklungsprozess eingebunden werden. Sie kann eine abgestimmte Entwicklung maßgeblich steuern. Sie wird insbesondere in der Vernetzung und Vermittlung eine wesentliche Rolle spielen. Sie braucht dafür einen Auftrag und Budgets. Sie ist die neutrale Instanz, die verhindern kann, dass durch die dynamische Entwicklung der Gesundheitsversorgung – einerseits Rückbau der analogen

⁴ Gesundheitsregionen Niedersachsen, Leitfaden S.7; Hrsg.: Landesvereinigung für Gesundheit und Akademie für Sozialmedizin Niedersachsen e. V., 2014; Link: <https://goo.gl/ZUUS5k>; gefunden 05.10.2017

Angebote, andererseits telemedizinische Aufrüstung – soziales und räumliches Ungleichgewicht entsteht.

In der Arbeit vor Ort wurde in den Workshops immer wieder der psychosoziale Aspekt der medizinischen Versorgung betont. Diese Haltung beschreibt allgemeine Verlustängste, die im ländlichen Raum angesichts einer umfassenden Erosion der noch verbliebenen Daseinsversorgung empfunden werden und die durch entsprechende Maßnahmen aufgefangen werden müssen und aufgefangen werden können. Neue Wege der medizinischen Versorgung im Landkreis Holzminden müssen deshalb, über die technisch/digitale Machbarkeit einer neuen Gesundheitsversorgung für den ländlichen Raum hinaus, die Ansprüche seitens der Dorfbewohner nach räumlichen und organisatorischen Schnittstellen und Übergabestellen reflektieren, den Wunsch nach Nähe. Diese Aspekte berücksichtigen die weiteren Impulsprojekte, die im Rahmen der Studie vorgeschlagen werden.

2. Vertreten: Modellprojekt Delegation

Der Bedarf nach einer Bezugsperson kann durch die Delegation ärztlicher Leistungen an entsprechend ausgebildete Unterstützerinnen und Unterstützer aufgenommen werden. Das Modell ist nicht neu, sondern unter dem Begriff der „Dorfschwester“ bereits viele Jahre erprobt. Eine telemedizinische Ausbildung und Ausrüstung erlauben es, eine medizinische Grundversorgung wieder näher an die Bewohnerinnen und Bewohner des ländlichen Raums heranzuführen. Die Übertragung des Ansatzes auch in den Bereich Pflege und in die fachärztliche Versorgung kann sehr wirkungsvoll sein.

3. Verorten: Modellstandort MediZIMMER

Den psychosozialen Aspekt der medizinischen Versorgung reflektiert auch der Wunsch nach einem klar definierten Bezugsraum, in dem eine medizinische Versorgung stattfinden kann. Gesundheitsversorgung braucht einen Ort. Wir meinen, dass die „Dorfschwester 2.0“ in Zukunft eine eigene Schwesternpraxis hat, einen festen Standort im Dorf. Diesen Standort nennen wir MediZIMMER. Er kann im Rahmen eines Pilotprojekts in drei oder vier Standorten im Landkreis eingerichtet werden. (z.B. Kirchbrak; Heinade – Hellental –Merxhausen; Golmbach – Warbsen – Lütgenade; Bremke – Heyen – Dohnsen).

4. Vermitteln: Modellanwendung Qualifizierung

Bewohnerinnen und Bewohner aber auch die Anwender im Landkreis müssen in der Lage sein, mit dem neuen (tele)medizinischen Angebot umzugehen, die Veränderungen in der Versorgung zu verstehen und sich darauf einzustellen. Diese Qualifizierungsaufgabe muss einen Standort bekommen. Er kann ein Schaufenster für den

Landkreis und Bestandteil der Gesundheitsregion Holzminden werden. Wir meinen, dass dieser Standort in Stadtoldendorf entstehen kann. Dort gibt es Räume, Akteure und v.a. die Nähe zum nördlichen Teil des Kreisgebiets, der von der Problematik der Erosion in der Gesundheitsversorgung bereits heute besonders betroffen ist.

Die Impulsprojekte können durch den gezielten Einsatz von telemedizinischen Instrumenten unterstützt werden, deren Ziel die Vernetzung der unterschiedlichen Versorgungsangebote im Landkreis ist. Ihre Implementierung ist im Wesentlichen den Versorgern anheimgestellt. Wir meinen aber, dass bereits jetzt auf die Kompatibilität der Instrumente geachtet werden sollte, um die offensichtliche Schnittstellenproblematik zwischen unterschiedlichen Systemen zu vermeiden. Uns ist bewusst, dass Landkreis oder die Gesundheitsregion hier fast keine Möglichkeit haben, einzugreifen. Es wäre aber sehr ärgerlich, wenn sich z.B. unterschiedliche Videosysteme etablieren.

Vorgeschlagen werden die folgenden telemedizinischen Ansätze, die insbesondere die Vernetzung im Landkreis fördern:

- Digitale Patientenüberleitung.
- Elektronische Patientensuche.
- Telemedizinisch unterstützte Delegation.

Aufgabenstellung und Bestandsaufnahmen

Angesichts der beschleunigten Erosion bestehender Versorgungsangebote im vorwiegend ländlich geprägten Kreis Holzminden können innovative (tele)medizinische Versorgungsansätze dazu beitragen, den Landkreis in Zukunft als medizinisch gut versorgten und attraktiven Lebensraum zu erhalten und im Untersuchungsraum, medizinische Versorgungsangebote näher an die Endnutzerinnen und -nutzer heranzuführen. Die Studie „Neue Wege der medizinischen Versorgung in ländlichen Räumen“ sucht Wege, um auf dem Markt verfügbare mobile und digitale Anwendungen (z.B. mobile Diagnostik, mobile Endgeräte etc.) beispielhaft zum Einsatz zu bringen und womöglich eine Übertragung in andere ländlich geprägte Regionen Niedersachsen anzuregen.⁵

Methodisches Vorgehen

Voraussetzung für eine Feststellung von innovativen (tele)medizinischen Ansätzen zur Gesundheitsversorgung ländlicher Räume, gemäß der Ausschreibung, ist eine Bestandsaufnahme der Versorgungssituation im Landkreis, die auf drei Ebenen erfolgt:

Regionale Bestandsaufnahme: Auf der Ebene der Region soll die existierende Organisation der pflegerischen und medizinischen Versorgung im Landkreis erfasst werden. Muster sollen erkannt, Defizite sollen benannt werden und Akteurskonstellationen sollen aufgedeckt werden, an die neue Wege der medizinischen Versorgung anschließen können. Es gilt Akteure zu identifizieren, die innovative (tele)medizinische Ansätze und Instrumente aufgreifen können.

Lösung: Eine räumliche und strukturelle Analyse des Landkreises liefert wesentliche Erkenntnisse hinsichtlich der Ist-Ausstattung der Region mit medizinischen und sozialen Versorgungsangeboten und ihrer Organisation bzw. der strukturellen Rahmenbedingungen. Die Übertragung in Karten erlaubt ein schnelles Verständnis der regionalen Versorgungsstruktur und die Identifizierung von Partnern.

Standortbezogene Bestandsaufnahme: Der konkrete Bedarfe nach innovativen (tele)medizinischen Ansätzen zur Gesundheitsversorgung soll exemplarisch an drei Modellstandorten unterschiedlicher Größe gemeinsam mit Anwendern und Endnutze-

⁵ Der Begriff "Telemedizin", wie wir ihn in der vorliegenden Studie verwenden, meint einen Teilbereich von „E-Health“, das allgemein den Einsatz von Informations- und Kommunikationstechnologien (IKT) bei der Durchführung oder Unterstützung von Geschäfts- und Versorgungsprozessen im Gesundheitswesens beschreibt und damit neben telemedizinischen Diensten auch Krankenhausinformationssysteme (KIS), elektronische Patientenakten, Praxisverwaltungssysteme (PVS) etc. einschließt. Telemedizinische Anwendungen erlauben, unterstützt durch IKT-Technologien über die Distanz den Zugang zu medizinischem/pflegerischem und/oder therapeutischem Expertenwissen, das ansonsten nicht oder nur eingeschränkt verfügbar wäre. Sie sind damit geeignet, angesichts einer ausgedünnten medizinischen Infrastruktur und angesichts einer Veränderungen in der Bevölkerungsstruktur in vielen ländlichen Räumen, eine Versorgung in der Fläche verlässlich aufrecht zu erhalten.

rinnen und -nutzern aufgenommen und hinsichtlich möglicher Anwendung in der medizinischen Versorgung ausgewertet werden. Hierbei sollte insbesondere auch das Thema der „mobilen Diagnostik“ adressiert werden.

Lösung: Um den Bedarf nach innovativen (tele)medizinischen Ansätze zu identifizieren, wurden in drei Modellstandorten im Nordkreis (Kirchbrak, Polle, Stadtoldendorf) im Rahmen von Workshops und strukturierten Interviews Untersuchungen und Bestandsaufnahmen zu klar umrissenen Themen (Kinder + Jugend, Senioren, Facharztversorgung) durchgeführt. Die örtliche und thematische Eingrenzung der Untersuchung verfolgte das Ziel, durch die Beteiligung von lokalen Akteuren in unterschiedlichen Konstellationen und anhand konkreter Problemlagen die aktuellen Bedarfe bei einer medizinischen Versorgung der Fläche im Landkreis zu erkennen und Versorgungsansätze abzuleiten, die ein Potenzial zur Vernetzung, Skalierung und Vervielfältigung im Landkreis und darüber hinaus erkennen lassen.

Das Thema der mobilen Diagnostik wurde unter Aufnahme eines in Niedersachsen durchgeführten Modellvorhabens „rollende Arztpraxis“ hinsichtlich der Übertragbarkeit auf den Landkreis bewertet.

Anwendungsbezogene Bestandsaufnahme: Eine Zusammenfassung der verfügbaren und bereits für den ländlichen Raum geeigneten telemedizinischen Anwendungen, soll die Bandbreite der am Markt verfügbaren Instrumente darstellen und hinsichtlich der Einsatzmöglichkeiten im Landkreis bewerten.

Lösung: Ausgehend von einer durch den Auftragnehmer veranlassten Expertise des Zentrums für Telematik und Telemedizin GmbH (ZTG)⁶ wurden dem Projekt „Neue Wege der medizinischen Versorgung im ländlichen Raum“ aktuelles telemedizinisches Fachwissen zugearbeitet, der Arbeit eine abgestimmte Basis der verwendeten Begrifflichkeiten gegeben, und die Bandbreite innovativer telemedizinischer Versorgungsansätze für den ländlichen Raum an ausgewählten Beispielen dargestellt.⁷

In der Überlagerung der Erkenntnisse aus den unterschiedlichen Analyseschritten wurden in der Folge niedrigschwellige und verfügbare innovative (tele)medizinische Ansätze und Instrumente identifiziert und beschrieben, die für den Untersuchungsraum und seine Akteure von Interesse sind. Es wurden Impulsprojekte entwickelt, mit denen der Landkreis Holzminden die Umsetzung und Implementierung von innovativen (tele)medizinischen Versorgungsansätzen im Rahmen von Modellprojekten unterstützen kann.

6 Webseite des Zentrums für Telematik und Telemedizin GmbH: <https://goo.gl/4Bijh3>; gefunden am 05.10.2017

7 Download-Link zur Studie „Telemedizinische Anwendungen - Marktrecherche“: <https://goo.gl/K9NcDq>

Schritt 1: Regionale Bestandsaufnahme

Der Landkreis Holzminden liegt im Weserbergland und Leinebergland in Höhenlagen zwischen 85 und 525 m über NN. Seine Kreisstadt ist das Mittelzentrum Holzminden. Der hohe Waldanteil von rund 45 Prozent und die bergige Mittelgebirgslage prägen das Landschaftsbild. Die Weser verläuft in Nord-Süd-Richtung durchs Kreisgebiet und ist in Teilen gleichzeitig Grenzfluss zu Nordrhein-Westfalen (NRW). Zwischen Bodenwerder und Holzminden tief eingeschnitten, prägt sie einen attraktiven ländlichen Raum. Die West-Ost-Ausdehnung des Kreisgebiets beträgt 36 km (Heinsen bis Ammensen, ca. 50 min Fahrzeit im eigenen Wagen), von Norden nach Süden sind es rund 44 km (Bremke bis Lauenförde, ca. 60 min Fahrzeit im eigenen Wagen).

Ausgangslage:

Die Fortschreibung des Regionalen Entwicklungskonzeptes zur Bewerbung als LEADER-Region für die EU-Förderperiode (2015) schildert die Ausgangslage, in der sich der Landkreis (und damit auch eine Gesundheitsregion) Holzminden befindet: "Die Region und ihre Raum- und Siedlungsstruktur sind nach westdeutschen Maßstäben sehr peripher gelegen und ländlich geprägt. Abgesehen von den Siedlungsschwerpunkten im Wesertal sowie den Städten Eschershausen und Stadtoldendorf im Norden ist die Region sehr dünn besiedelt – 79 Quadratkilometer sind als gemeindefreie Waldgebiete ausgewiesen. Land- und Forstwirtschaft mit einem Flächenanteil von derzeit 87 % sind es, die in den vergangenen Jahrhunderten eine in vielerlei Hinsicht wertvolle Kulturlandschaft geschaffen haben. Ein hohes Geburtendefizit und ein negatives Wanderungssaldo haben seit dem letzten Jahrzehnt zu deutlichen Bevölkerungsverlusten von ca. 12 % geführt. Einzig die Stadt Holzminden ist weniger betroffen. Gemäß Prognose wird sich diese Entwicklung bis zum Jahr 2021 mit einem weiteren Bevölkerungsrückgang von 12 % fortsetzen. Mit dieser Entwicklung verbunden sind eine zunehmende Alterung der Bevölkerung und vielfältige Herausforderungen für die Daseinsvorsorge. Die wirtschaftliche Leistungsfähigkeit der Region zeigt sich insbesondere in einem vergleichsweise niedrigen BIP pro Kopf und einem geringen Grad der Tertiärisierung. Das Produzierende Gewerbe hat entsprechend eine vergleichsweise hohe Bedeutung. Vor allem in Holzminden sind verschieden große und namhafte Industriebetriebe mit hoher Bedeutung für den regionalen Arbeitsmarkt angesiedelt. Gleichwohl liegt die Arbeitslosenquote deutlich über dem Landesniveau und damit einher gehen eine relativ geringe Kaufkraft wie auch eine hohe Armutsgefährdung der Bewohner. Schaffung und Sicherung von Beschäftigung und Einkommensmöglichkeiten hat für die politischen Entscheidungsträger deshalb höchste Priorität. Vor allem der Tourismus bietet das Potenzial, in „eigener Entscheidungshoheit“ eine wirtschaftliche Entwicklung voranzutreiben, von der die Region flächendeckend profitiert.“⁸

8 Regionales Entwicklungskonzept Solling-Vogler; <https://goo.gl/hHeE8h>; gefunden 05.10.2017

Medizinische und pflegerische Versorgung:

Topografie, Grenzlage in Niedersachsen aber auch die naturräumlichen Einschränkungen durch die Weser und die Bergzüge sind Herausforderungen, die sich in der Versorgungsausstattung des Landkreises generell, aber auch in der Ausstattung mit medizinischen und sozialen Angeboten spiegeln.

1. Topografie und Zuschnitt des Landkreises führen zu einer unausgewogenen Versorgung: Während auf der einen Seite der südliche Kreis durch die Nähe zur Kreisstadt Holzminden bzw. zu Versorgungsangeboten im Wesertal im benachbarten NRW (Brückenschläge nach Höxter und Beverungen) relativ gut versorgt ist, zeigen sich Ansätze einer Unterversorgung im Nordkreis (Stadtoldendorf – Eschershausen – Bodenwerder – Polle), der durch eine disperse Siedlungsstruktur gekennzeichnet ist. Die Fahrzeiten in die Kreisstadt betragen von hier aufgrund der topografischen Rahmenbedingungen zwischen 20 und 30 Minuten im eigenen Wagen.
2. Die Bestandsaufnahme im Rahmen der Untersuchung zeigt die starke Zentralisierung der Region, die sich auch in der medizinischen Versorgung abbildet. Die Kreisstadt Holzminden konzentriert mit dem Agaplesion-Krankenhaus und den angeschlossenen medizinischen Versorgungszentren (MVZ) auch in medizinischer Hinsicht fast die gesamte fachärztliche Versorgung des Kreises (Agaplesion Krankenhaus Holzminden⁹, drei angeschlossene MVZ, Gesundheitszentrum, diverse Allgemeinärztinnen/-ärzte, 2 Kinderärztinnen/-ärzte, Zahnärztinnen/-ärzte, Psychotherapeutinnen/Psychotherapeuten), während die niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte in der Fläche eine allgemeinärztliche Versorgung übernehmen. Ergänzen Angebote finden sich in den Grundzentren Bodenwerder, Eschershausen, Stadtoldendorf, Delligsen (+ Alfeld), Lauenförde (+ Beverungen). Teile des Landkreises dürften sich zudem nach Höxter, Hameln, Bad Pyrmont bzw. in Richtung Einbeck orientieren (Klinikstandorte). Die kleineren Ortslagen sind in der Regel medizinisch nicht versorgt.
3. Während der südliche Kreis durch die Lage der Siedlungsräume im Wesertal und die Nähe zu den Mittelzentren Holzminden und Höxter eine gute allgemeinärztliche Versorgungsausstattung aufweist, sind im Nordkreis Defizite deutlich sichtbar. Nach Berechnungen der Kassenärztlichen Vereinigung Niedersachsen liegt der Versorgungsgrad für Hausärzte in den Planungsbereichen Holzminden (Süd) und Holzminden-Nord im Jahr 2017 bei 123,5 (d.i. 25 Hausärzte) bzw. 97,4 (d.i. 19 Hausärzte). Dies bedeutet konkret, dass im südlichen Landkreis eine Überversorgung besteht, während der nördliche Teil des Landkreises Tendenzen zu einer Unterversorgung zeigt¹⁰. Die Situation wird sich verschärfen, da vor dem Hinter-

⁹ Die AGAPLESION Evangelisches Krankenhaus Holzminden gemeinnützige GmbH, Grund- und Regelversorgung mit 183 Betten, ca. 500 Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter; Lehrkrankenhaus der Medizinischen Hochschule Hannover und Krankenpflegeschule mit 80 Ausbildungsplätzen.

¹⁰ Im Juni 2017 wurde der bislang gesperrte Zulassungsbereich Holzminden Nord geöffnet, um 2,5 zu-

grund des anstehenden Ruhestands verschiedener niedergelassener Ärztinnen und Ärzte eine weitere Ausdünnung der Versorgung zu erwarten ist.

4. Die Senioreneinrichtungen des Landkreises konzentrieren sich in den Grundzentren bzw. im Mittelzentrum Holzminden (7 Pflegeheime, 2 Tagespflegen). Auffällig ist eine Ballung der Angebote in Bodenwerder (6 Pflegeheime, 3 Tagespflegen), was einerseits die Bedeutung des Standorts sowohl als Versorgungszentrum in der Region unterstreicht, als auch seine Lagegunst (Weserbrücke). Gleichzeitig ist der Standort aber mit einer riskanten Monostruktur belastet. Die wesentlichen Akteure auf dem Pflegemarkt sind die Diakonie Weserbergland (Bodenwerder) die Rese-Gruppe (Bodenwerder und Holzminden), ascelonCare (Holzminden), RoSen GmbH (Holzminden) sowie Maternus (Stadtoldendorf).
5. 17 ambulante Pflegedienste bilden im Kreis ein flächendeckendes Angebot ab, wobei ein Pflegedienst landkreisweit operiert.

Schritt 2: Standortbezogene Bestandsaufnahme

Die standortbezogene Bestandsaufnahme zur medizinischen Versorgung kann nicht repräsentativ sein. Zu unterschiedlich sind auch in einem relativ überschaubaren Raum wie dem Landkreis Holzminden die örtlichen Ausgangslagen, die Interessen der Akteure oder die persönliche Situation der Gesprächspartner. Die standortbezogene Bestandsaufnahme ist aber hervorragend geeignet, um die lokale Problempassung zu erfassen und gemeinsam vor Ort Bedarfe und mögliche Lösungen zu diskutieren. Dabei ist klar, dass sich die häufig mit der tatsächlichen Leistungsfähigkeit einer Studie verbundenen Hoffnungen (Projektförderung, Antragstellung o.ä.) nicht erfüllen lassen, da ihre Gestaltungsmöglichkeit in dieser Hinsicht gering ist. Die Einbindung von lokalen Akteuren im Rahmen von Workshops, in individuellen Gesprächen und auch in der Rückkoppelung ist dennoch ein wesentlicher Teil der Arbeit an der vorliegenden Studie gewesen und hat maßgeblich zur Beschreibung der Impulsprojekte beigetragen.

Kirchbrak:¹¹

Die Gemeinde Kirchbrak, Teil der Samtgemeinde Bodenwerder-Polle, besteht aus den Ortsteilen Breitenkamp, Heinrichshagen, Kirchbrak, Osterbrak und Westerbrak und hatte Ende 2015 knapp 1.000 Einwohner. Grundschule und Kindertagesstätte sind die einzigen stabilen Versorgungsangebote am Ort. Mobiler Vertrieb trägt in Teilen zur Versorgung bei, die Gemeinde orientiert sich für die Versorgung nach Bodenwerder. Im Workshop wurde ein aktiver Bevölkerungsquerschnitt adressiert (8 Teilnehmer), der alle Altersgruppen umfasste.

sätzliche Hausarztstellen einzurichten. Die neuen Praxen werden mit einem Investitionskostenzuschuss und einer Einkommensabsicherung über die ersten acht Quartale unterstützt.

¹¹ Der Workshop in Kirchbrak wurde am 07.06.2017 gemeinsam mit Frau Dr. Gerling, Ger-On Consult durchgeführt.

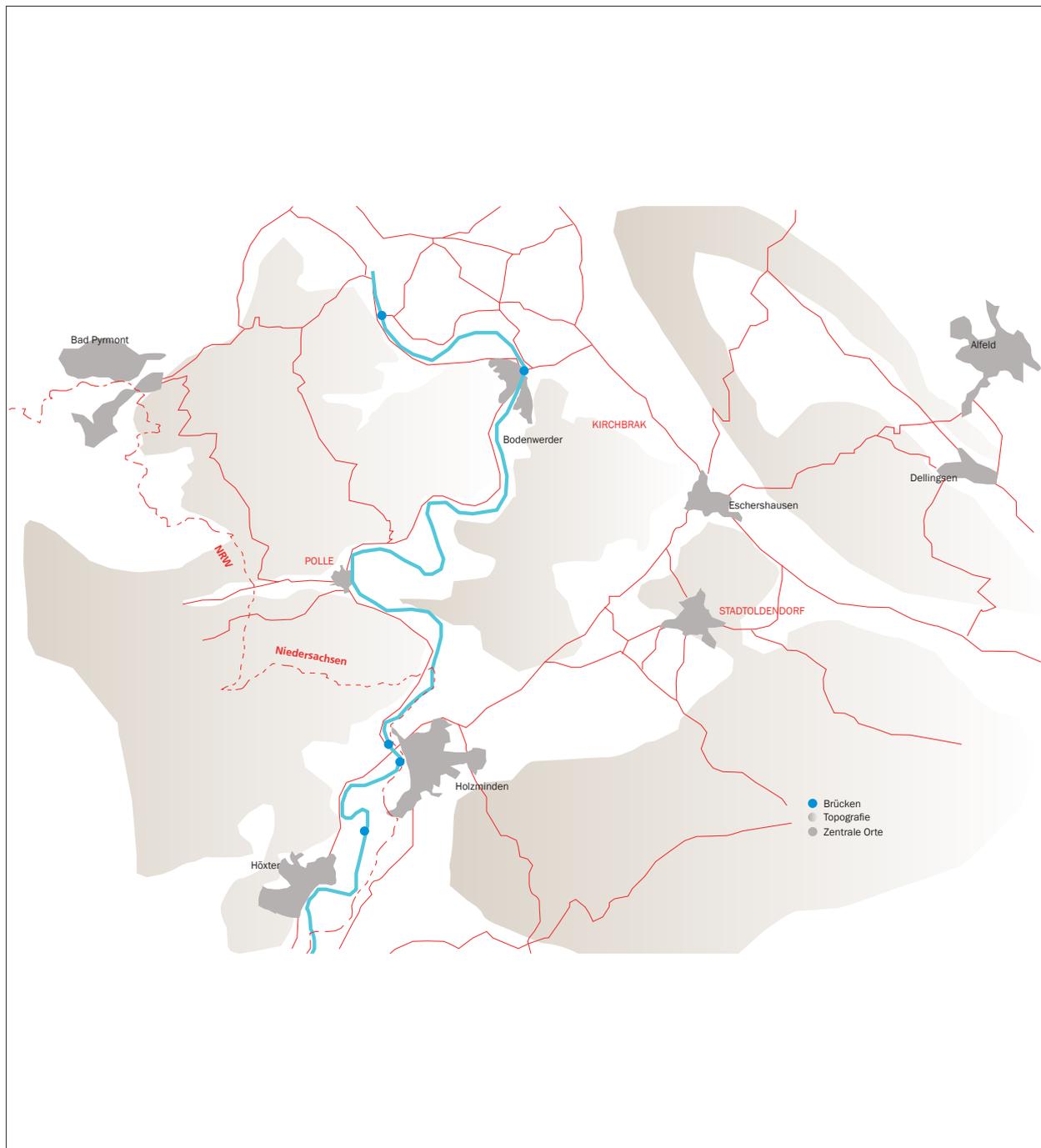


Illustration 1: Topografie des Betrachtungsraums mit Siedlungskernen
 Grafik: InD

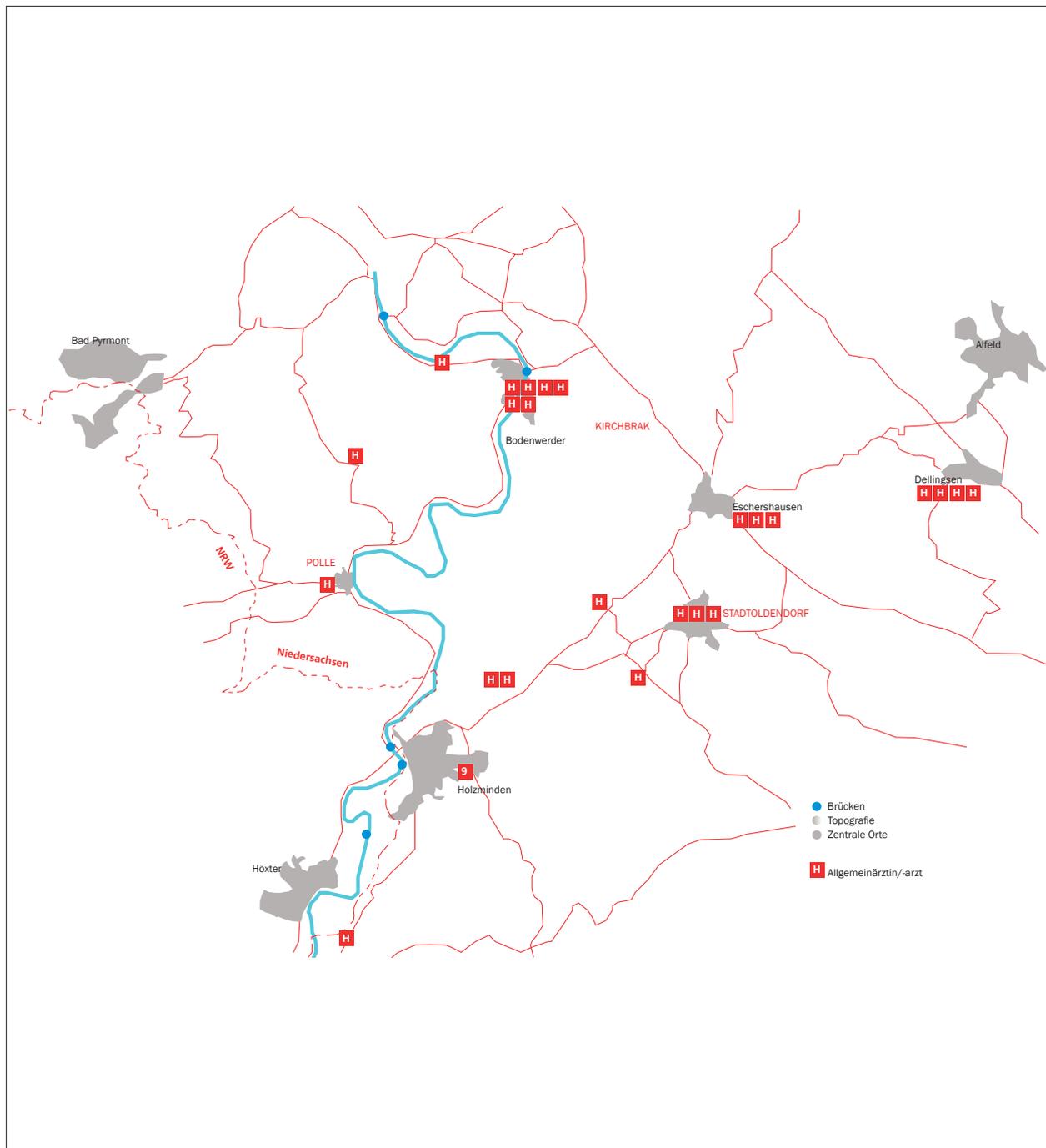


Illustration 2: Allgemeinärzte im Landkreis Holzminen
 Grafik: InD

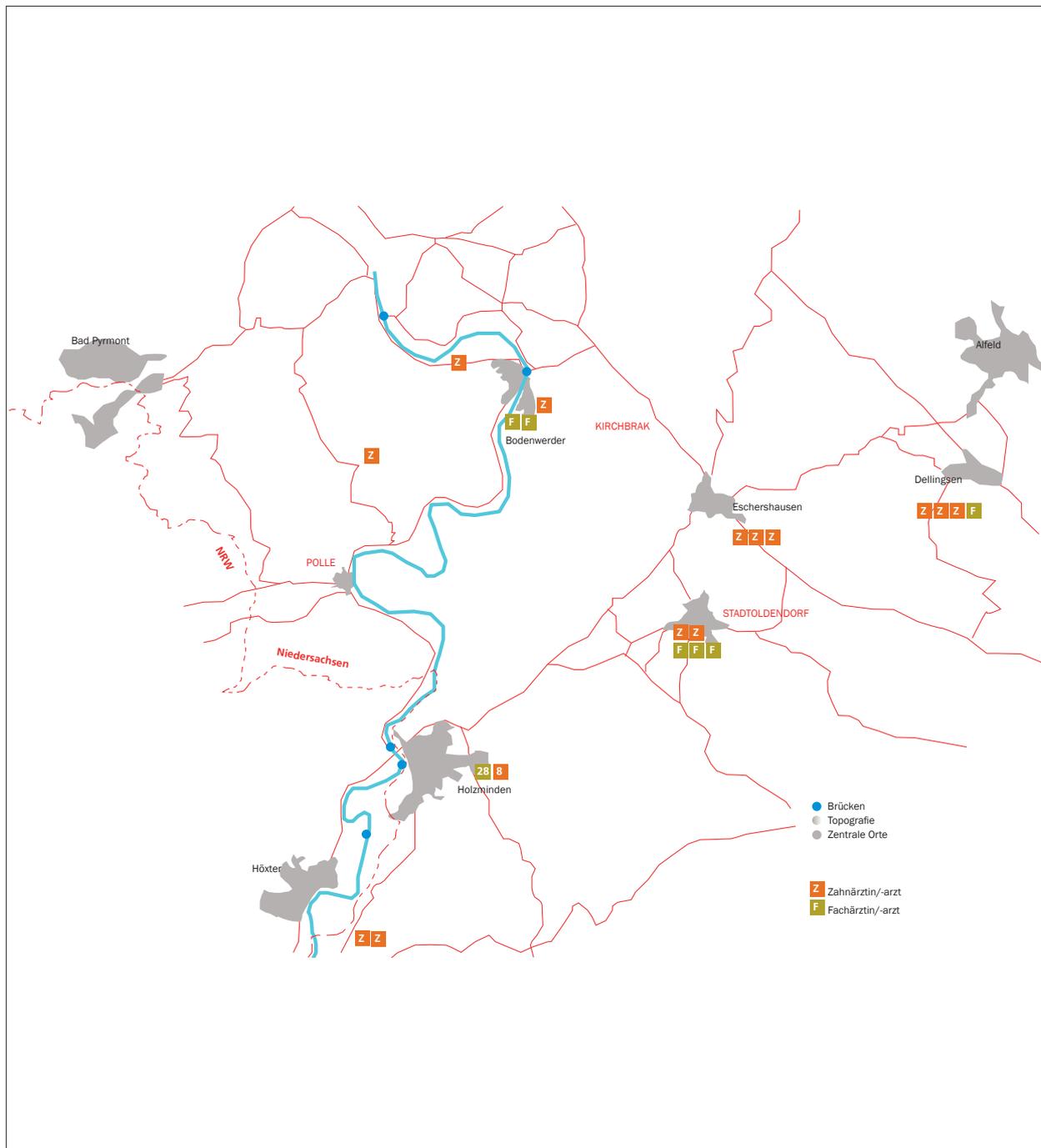


Illustration 3: Fachärzte im Landkreis Holzminen
Grafik: InD

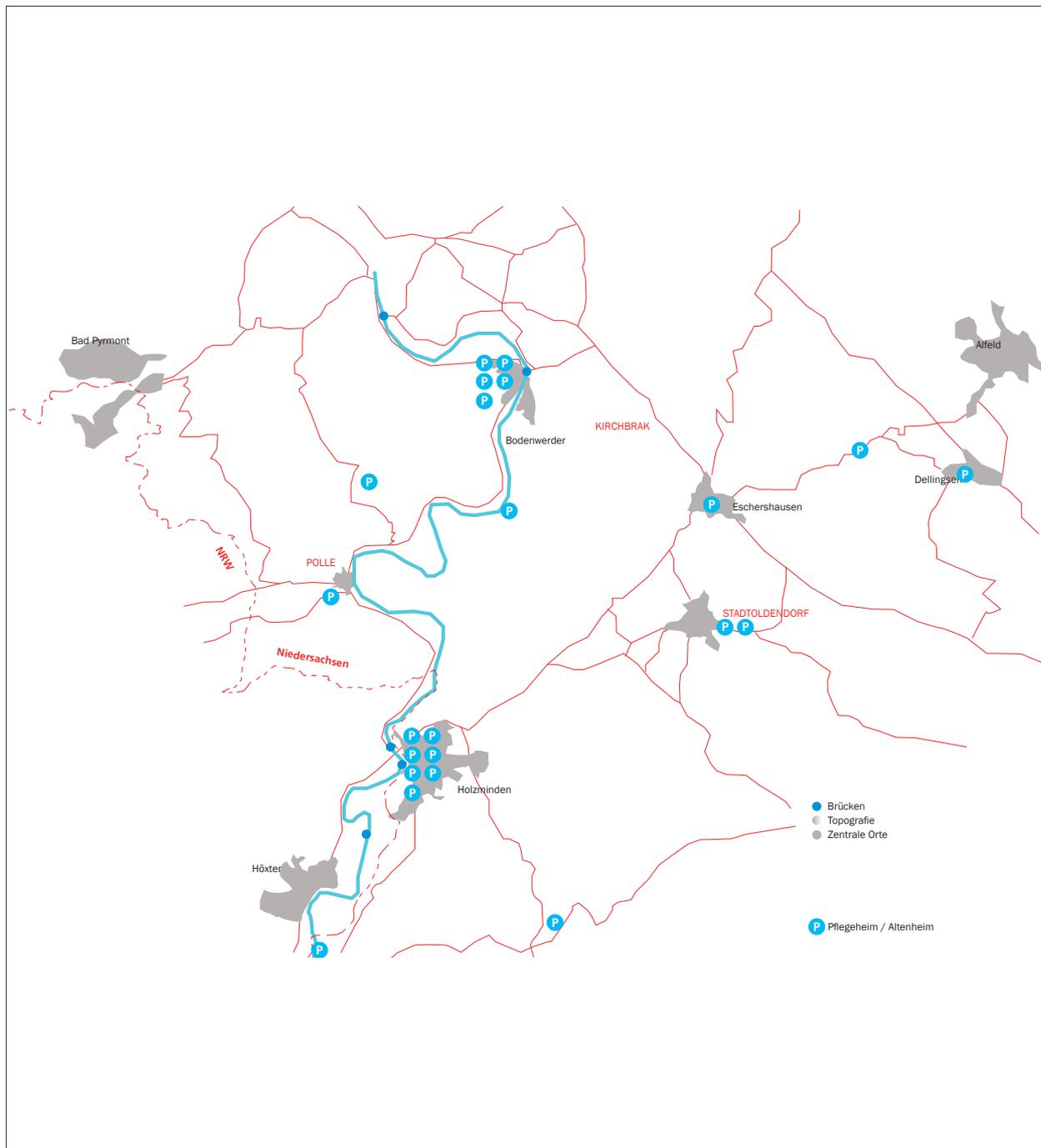


Illustration 4: Pflege- und Altenheime im Landkreis Holzminen; Konzentration im Wesertal
 Grafik: InD

Ergebnisse:

Der Verlust der kinderärztlichen Versorgung im Norden ist für Kirchbrak von zentraler Bedeutung, da junge Familien den Zuzug in die Fläche von einer auskömmlichen medizinischen Versorgung abhängig machen. Mit der Schließung der Kinderarztpraxis Dr. Dieffenbach in Bodenwerder (Juni 2017) ist die nördliche Hälfte des Landkreises von einer Versorgung abgeschnitten bzw. eine Versorgung ist erschwert (Fahrzeit ca. 25 Minuten)¹². Die Aufnahme in anderen Praxen der Umgebung ist angesichts ihrer Überlastung schwierig. Die Nachfolge am Standort Bodenwerder ist im September 2017 ungewiss und ihre Realisierung wird auch bei Erfolg eine gewisse Zeit in Anspruch nehmen. Telemedizinische Ansätze sind aus Sicht der Teilnehmer am örtlichen Workshop denkbar, um die schwierige Versorgungssituation abzufedern. Allerdings darf die Technik den Kontakt zu Ärztin oder Arzt nicht ersetzen.

Polle

Polle, Teil der Samtgemeinde Bodenwerder-Polle, hat ca. 1220 Einwohner. 2011 wurde im Ortsentwicklungskonzept eine überdurchschnittliche Infrastrukturausstattung attestiert, die der Lagegunst (Tallage, Bundesstraße B 83) zugeschrieben wurde, die aber auch der Qualifizierung als Grundzentrum im Sinn der Regionalplanung entsprach. Neben Einrichtungen zur Sicherung des täglichen Bedarfs (Lebensmittelmarkt, Hofladen, Bäcker, Metzgerei, Getränkemarkt mit Post, Tankstelle mit Shop) halten kleine Handels- und Gewerbebetriebe ca. 280 Arbeitsplätze vor. Die medizinische Versorgung in Polle wird durch einen Arzt, eine Apotheke und einer Praxis für Physiotherapie sichergestellt. Ein Altenpflegeheim und eine Senioren-WG (seit 2014) zeigen die Bedeutung des Standorts als Grundzentrum. Grundschule und Kindergarten sind am Ort vorhanden und ausgelastet. Ein Ausbau der Kindertagesstätte steht an. Um Altenpflegeheim, Senioren-WG, Apotheke, Allgemeinarztpraxis und Physiotherapie ist in Polle ein kleines medizinisches Versorgungscluster entstanden, das im Rahmen eines Workshops adressiert wurde¹³.

12 Kirchbrak (55 Kinder) ist Teil eines Versorgungsraums, der im Jahr 2016 1.653 Kinder umfasste: In der Samtgemeinde Bodenwerder-Polle sind von der Schließung der Kinderarztpraxis Dr. Dieffenbach 749 (2016) Kinder betroffen (Kindergarten + Grundschule). Im Raum Eschershausen-Stadtoldendorf sind insgesamt 903 (2016) Kinder betroffen. Quelle: Planung der Betreuungsbedarfe für Kinder in Kindertageseinrichtungen 2016 - 2022; Landkreis Holzminden; Jugendhilfeplanung Landkreis Holzminden

13 Als konkrete Problemlagen wurde 2011 der massive Leerstand im Ort identifiziert, Folge eines Bevölkerungsrückgangs, der sich nicht nur in der historischen Ortslage sondern auch in den Neubaugebieten der 1. und 2. Generation zeigt. Als Strategie definierte das Konzept, durch attraktive Wohnangebote eine alternde Bevölkerung aus den kleinen Ortslagen der Ottensteiner Hochebene anzuziehen, um auf diese Weise die Qualität der Infrastrukturausstattung vor Ort zu halten. Dieser Ansatz war nicht erfolgreich. Durch den Ausbau der verbliebenen Infrastruktur und die Qualität des Angebots ist Ottenstein stattdessen ein Konkurrenzstandort geworden. Der 2017 erfolgende Aufbau eines Seniorenzentrums bzw. Mehrgenerationenhauses (Ottenstein Seniorenprojekt) und eines Mehrzweckgebäudes werden gefördert und konterkarieren Entwicklungsziele von Polle im regionalen Zusammenhang. 2017 entspricht die medizinische Ausstattung in Polle dem in Ottenstein vorgehaltenen Angebot.

Ergebnisse:

Im Austausch zeigte sich, dass durch die Überlastung der Allgemeinärztinnen und -ärzte im Landkreis Handlungsdruck auf allen Ebenen entsteht. Die in der regionalen Bestandsaufnahme festgestellte Zentralisierung der Gesundheitsversorgung im Kreis wird dabei in konkreten Lösungsansätzen sichtbar die z.B. durch die kommunale Seite eingebracht werden (Im Workshop wird die Idee eines Patientenbusses diskutiert, um die Distanzen nach Holzminden zu überbrücken. Allerdings ist dieser Ansatz für die Alten- und Pflegeheime nur eingeschränkt zu praktizieren).

- Durch das Pflege-/Altenheim werden Schwierigkeiten bei der allgemeinärztlichen Versorgung der Bewohner adressiert. Eine fachärztliche Betreuung erfolgt bereits aus Paderborn. Vergleichbare Versorgungsprobleme nennt der am Austausch beteiligte Pflegedienst. Sie werden insbesondere während der Urlaubszeit sichtbar und werden sich absehbar verschärfen.
- Die kleinteilige Struktur der Gesundheitswirtschaft erschwert die Umsetzung neuer Ansätze, da schlicht die Kapazitäten zur Umsetzung nicht ausreichen. Vor diesem Hintergrund wird der Bedarf nach dem Aufbau tragfähiger Netzwerke und Unterstützungsstrukturen sichtbar, wie sie sich in ersten Ansätzen im Landkreis bereits abbilden (Entstehendes Wundnetz: Sanitätshaus, Pflegedienst, Gefäßchirurgie; Ärztenetz Holzminden). Die vor Ort praktizierenden Gesundheitsberufe könnten bei der Planung und Umsetzung lokaler und kommunaler Lösungsansätze eine substantielle Rolle übernehmen, wenn sie entsprechend unterstützt werden¹⁴. Inwieweit dies selbst im Rahmen der Gesundheitsregionen realistisch ist, können wir nicht beurteilen, da für den Abgleich der unterschiedlichsten Zuständigkeiten in den verschiedenen Versorgungsbereichen eine engste Kooperation zwischen Entscheidungsträgern notwendig ist. In jedem Fall zeigt sich in der Vernetzung auch auf lokaler Ebene ein vielversprechender Entwicklungspfad, der aus dem Landkreis heraus selbst nur eingeschränkt zu beeinflussen ist. Zivilgesellschaftliches Engagement (z.B. beim Aufbau einer Senioren-WG) als Teil einer bürgerorientierten Gesundheits- und Sozialversorgung kann nur erfolgreich sein, wenn es gelingt, die dafür notwendigen Kooperationen anzustoßen. Hier scheint uns perspektivisch die Überlagerung der Ansätze, die im Rahmen der vorliegenden Studie entstehen mit den Bemühungen der „Gesundheitsregion Holzminden“

14 „Strukturell ist es erforderlich, dass lokale und kleinräumige Verträge zu populationsspezifischen Versorgungsansätzen und/oder -programmen zwischen den lokalen Partnern abgeschlossen werden können. Bislang stellen sich unterschiedliche Zuständigkeiten für die Sicherstellung von Versorgungsbereichen als hinderlich dar. Neben den strukturellen Voraussetzungen bedarf es jedoch auch der qualifikatorischen Voraussetzungen auf Seiten der Angehörigen der Gesundheitsberufe. Bislang ist die kommunale Gesundheitsversorgung im Sinne eines Community oder Public Health Verständnisses nur unzureichend in den Aus- und Weiterbildungscurricula verankert. Entsprechend bedarf es einer Ausweitung der Kompetenzen zur Bearbeitung populationsorientierter Bedarfslagen auf kommunaler Ebene. Letztlich sind auf rechtlicher Ebene die Voraussetzungen zur Kooperation und Leistungserbringung der Gesundheitsberufe zu schaffen. Sie sind essenziell für den Erfolg regionaler Versorgungsansätze.“ In: Gesundheitsberufe neu denken, Gesundheitsberufe neu regeln – eine Denkschrift der Robert Bosch Stiftung; 2013; S. 50; Quelle: <https://goo.gl/KEpr3K>; gefunden: 05.10.2017

oder „MoVerMo“ im Landkreis naheliegend und sinnvoll.

Stadtoldendorf

Der Standort Stadtoldendorf wurde zunächst aus der Bestandsaufnahme im Rahmen von fokussierten Workshops ausgeklammert, da hier andere Rahmenbedingungen herrschen. Polle und Kirchbrak stehen angesichts annähernd vergleichbarer Bevölkerungszahlen und vergleichbar schlechter Lagevoraussetzungen vor vollkommen anderen Problemen als Stadtoldendorf (Einzugsbereich für Versorgung ca. 23 T Bewohner), wo Dank der Größe und bereits bestehender Kooperationen mit der Kreisstadt Holzminden (Fachärztliche Versorgung im Rahmen von Zweigpraxen aus den MVZ des Agaplesion-Krankenhauses im ehemaligen Charlottenstift) eine medizinische Versorgung zur Zeit noch auskömmlich gewährleistet ist. Absehbar ist aber auch hier die Erosion des Angebots.

Ergebnisse:

Das Grundzentrum Stadtoldendorf hatte mit der Übernahme des Charlottenstifts die Chance, ein Gesundheitszentrum aufzubauen. Mit der Ansiedlung verschiedener Praxen und gesundheitsnaher Dienstleistungen entstand ein wichtiger Versorgungsschwerpunkt im nördlichen Landkreis, der durch entsprechende Maßnahmen in seiner Entwicklung weiter unterstützt werden kann.

Dimension und Zustand der Substanz (z.B. Brandschutz) sind allerdings für die Kommune als Eigentümerin große Herausforderungen, denen sie sich stellen muss, wenn die Bewirtschaftung des Standorts erfolgreich sein soll. Damit zeigt sich ein konkreter Ansatz im Rahmen einer möglichen Re-Regionalisierung der Gesundheitsversorgung: Für die gesundheitliche und pflegerische Versorgung sowie die Gestaltung der zukünftigen Rolle der Gesundheitsberufe ist der Aufbau eines „Qualifizierungs- und Demonstrationsstandorts“ in Stadtoldendorf ein wichtiger Einflussfaktor. Ein solcher Standort kann im Hinblick auf die demografischen und sozialen Bedingungen im Landkreis einen Einfluss auf die Entwicklung der regionalen Gesundheitsversorgung haben und Anreize für Verbesserung und Innovation liefern. Er kann in Stadtoldendorf entstehen. Hier müssen allerdings vertiefende Untersuchungen vorgenommen werden, die im Rahmen dieser Studie nicht möglich waren.

Mobile Diagnostik - Rollende Arztpraxis

Aufgabe im Rahmen der vorliegenden Arbeit war es, die Übertragbarkeit von Ansätzen der mobilen Diagnostik in den Landkreis Holzminden zu überprüfen. Bezugsprojekt war dabei das Modellvorhaben „Rollende Arztpraxis - Mobile Versorgung in ländlichen Regionen“, das zwischen 2013 und 2014 im Landkreis Wolfenbüttel durchgeführt wurde. Sein Ziel war es, die ambulante vertragsärztliche Versorgung

von älteren, meist chronisch kranken und immobilen Versicherten im Landkreis zu ergänzen. Es scheint damit einen Adressatenkreis anzusprechen, der auch im Landkreis Holzminden existiert.

Ergebnisse:

Die Patientinnen/Patienten wurden im Landkreis Wolfenbüttel in einem medizintechnisch ausgestatteten VW Crafter durch drei Allgemeinärztinnen/-ärzte betreut. Die Projektbeteiligten schlossen einen Rahmenvertrag, der die operative Umsetzung der rollenden Arztpraxis (zum Beispiel Haltung, Ausstattung, Wartung des Fahrzeugs) regelte. Ein Strukturvertrag nach § 73a SGB V zwischen den gesetzlichen Primärkassen, der Barmer GEK sowie der Kassenärztlichen Vereinigung Niedersachsen (KVN) vereinbarte die mobile Versorgung losgelöst von den bisherigen Regeln der vertragsärztlichen Versorgung. Dieser Vertrag beschrieb die Teilnahme der Ärztinnen/Ärzte und der Versicherten, und legte den Einsatzplan sowie die Abrechnung der erbrachten medizinischen Leistungen fest.

Die mobile Praxis fuhr im Zwei-Wochen-Rhythmus zu festen Zeiten zentrale Plätze in Gemeinden an, in deren unmittelbarer Umgebung kein Hausärztin/-arzt niedergelassen ist. Die notwendigen Warteräume stellten die Gemeinden zur Verfügung. Die Patientinnen/Patienten wurden in dem Fahrzeug von einem der drei Ärztinnen/Ärzte medizinisch versorgt und mit notwendigen Arznei- und Heilmittelverordnungen ausgestattet. Die Ergebnisse zeigten, dass das Angebot zwar gerne angenommen wurde, aber die erhoffte Entlastung der Haus- und Allgemeinärztinnen/-ärzte nicht zu realisieren war. Die Projektlaufzeit betrug 14 Monate. Es wurden 501 Behandlungen bei 276 Fällen durchgeführt. Die Verteilung der Auslastung über die Haltepunkte war mit Patientenzahlen von fünf bis 158 sehr unterschiedlich. Die Akzeptanzbefragung (Rücklauf ca. 13 %, $n = 37$) zeigt, dass alle behandelten Patientinnen/Patienten zufrieden mit der Rollenden Arztpraxis (RAP) waren. Bei optimaler Standortwahl könnte die RAP theoretisch bis zu 59 % der Auslastung einer durchschnittlichen hausärztlichen Praxis generieren. Der Betrieb wäre zur Ergänzung der ambulanten wohnortnahen Versorgung in Form eines subventionierten Modells möglich. Schlüsselfaktoren in der Standortwahl sind dabei ansässige Ärztinnen/Ärzte, die in dem Angebot eine Konkurrenz sehen, die Verkehrsanbindung und das Bevölkerungsprofil.¹⁵

Angesichts der überschaubaren Distanzen im Landkreis Holzminden scheint eine Anpassung der Rollenden Arztpraxis (RAP) vor dem Hintergrund der nicht zu erreichenden Wirtschaftlichkeit des Angebots zweifelhaft. Dennoch liefert die Evaluation der Ergebnisse Hinweise auf mögliche andere Ansätze, die im Rahmen von Modellvorha-

15 Schwartz J., Wolf KH. (2017) Projekt „Rollende Arztpraxis“ im Landkreis Wolfenbüttel. In: Pfanstiel M., Focke A., Mehlich H. (eds) Management von Gesundheitsregionen II. Springer Gabler, Wiesbaden

ben im Landkreis aufgenommen und berücksichtigt werden können.

- *Telemedizin:* Die RAP ist einer traditionellen Versorgungsvorstellung verhaftet. Wie der Namen schon sagt, handelt es sich um eine Arztpraxis auf Rädern. Sie reflektiert damit nicht in ausreichendem Maßstab die Möglichkeiten der Telemedizin, die zum damaligen Zeitpunkt (Konzeption in den Jahren vor 2013 - 2014) noch nicht absehbar waren. Distanzen lassen sich anders und womöglich ökonomischer überwinden, rechtliche Rahmenbedingungen haben sich verändert.
- *Delegation:* Die Auswertung der Behandlungsergebnisse zeigte, das die häufigste Ursache des Besuchs in der RAP die Folgerezeptausstellung war, gefolgt von Behandlung akuter bzw. chronischer Erkrankungen. Hier ist zu untersuchen, ob sich nicht durch die Delegation ärztlicher Leistungen an ausgebildetes Fachpersonal in Kombination mit telemedizinischen Ansätzen (z.B. Video-Konferenzen) andere und ökonomisch tragfähige Lösungen finden lassen.
- *Standorttreue:* Die RAP adressiert nur eingeschränkt die psychosozialen Rahmenbedingungen der Gesundheitsversorgung. Hier ist zu untersuchen, ob durch ein stärker multifunktional angelegtes Konzept und durch ein auf einen festen Standort ausgerichtetes Angebot nicht einerseits die enormen Fixkosten für ein mobiles Versorgungswesen reduziert werden können¹⁶ und gleichzeitig auch der Wunsch nach Verortung und regelmäßigem sozialem Austausch erfüllt werden könnten.
- *Qualität:* Bei allen guten Intentionen, die in der Konzeption der RAP sichtbar werden, so zeigen sich doch genau die gleichen Probleme, die alle mobilen Versorgungsangebote auszeichnet (rollende Dorfläden, Sparkassenbusse, Bibliotheksbusse etc.). Sie stoßen auf eine hochgradig mobile Bevölkerung und erreichen keine auskömmliche Auslastung. Sie sind zu selten vor Ort und bieten eine Umgebung, die durch die Patientinnen/Patienten nicht akzeptiert wird. Sie sind nicht attraktiv.
- *Kommunikation:* Das mobile Konzept, angetreten als mögliche 3. Säule zur Sicherung der ärztlichen Versorgung in strukturschwachen, ländlichen Regionen, wurde von den Patientinnen/Patienten nicht in ausreichendem Maß angenommen. Ein möglicher Fehler kann nach übereinstimmender Meinung in mangelnder Kommunikation und Informationspolitik sowie in der fehlenden Einbindung der Bürgerinnen/Bürger liegen. Im Dezember 2014 wurde das Projekt aus untragbaren wirtschaftlichen Umständen eingestellt.

¹⁶ Mit KV RegioMed hat die Kassenärztliche Vereinigung Berlin-Brandenburg (KVBB) 2010 einen Baukasten entwickelt, um die Versorgung der Patientinnen/Patienten in Brandenburg zu gewährleisten und an die veränderte Versorgungssituation anzupassen. Den Anforderungen an eine flächendeckende wohnortnahe Versorgung entsprechend wurden verschiedene Versorgungsmodule entwickelt, die regional passgenaue Lösungen bereithalten und je nach Bedarf kombiniert werden können. Ein Versorgungsmodul war ein Patientenbus, der bewegungseingeschränkte Personen in die Hausarztpraxen brachte. Aber auch dieses Projekt wurde eingestellt, da sich nicht die erforderliche Nachfrage für das Angebot generieren ließ.

Schritt 3: Technische Bestandsaufnahme¹⁷

Informations- und Kommunikationstechnologien (IKT) schaffen die Voraussetzungen, um über eine flächendeckende medizinische Versorgung in ländlichen Räumen neu und anders nachzudenken. Wenn Informationen, Behandlungsdokumente, medizinische Daten oder Fotos sehr schnell auszutauschen sind, wenn im Rahmen eines Videogesprächs Fragen unmittelbar abgestimmt werden können, wenn Fahrzeiten für behandelnde Ärztinnen/Ärzte wie für Patientinnen/Patienten verkürzt werden, lassen sich bestehende medizinische Versorgungsstrukturen besser nutzen und damit auch erhalten. Telemedizin ist aber auch eingebettet in einen gesellschaftlichen Gesamtkontext, der berücksichtigt werden muss. Sie greift in vielfältiger Art und Weise auf bestehende Angebote zurück und muss in sie integriert und mit ihnen entwickelt werden. Sie ist eingebunden in rechtliche und gesetzliche Vorgaben. Sie gehorcht strengen ökonomischen Rahmenbedingungen, unter denen die Gesundheitswirtschaft operiert. Telemedizin hat das Potential, die gesundheitliche Versorgung flexibler und leistungsfähiger zu gestalten – aber sie hat auch das Potential, bestehende Zusammenhänge vollkommen aufzulösen, im Guten wie im Schlechten.

Ergebnisse:

Die Vielfalt der heute bereits verfügbaren telemedizinischen Anwendungen ist umfassend. Telemedizinische Services / Anwendungen sind jedoch bisher in vielen Teilen noch keine regelhaft abrechenbare Leistung bzw. haben keinen allgemeinen und umfassenden Eingang in den Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenkassen (GKV) gefunden. Angesichts der dynamischen Entwicklung auf dem Markt werden sich entsprechende Ansätze aber bereits kurz- bis mittelfristig durchsetzen. Vorteile liegen darin, dass Mehrfachuntersuchungen reduziert werden können, der Austausch schneller vonstatten geht als bislang, eine bessere Versorgung im Notfall gewährleistet wird, Schnittstellenprobleme reduziert werden, die Arzneimitteltherapiesicherheit erhöht werden. Neben technischen Voraussetzungen und Problemen der Interoperabilität der verschiedenen unabhängig voneinander entwickelten Insellösungen sind vor allem die Nutzerorientierung und die Gewährleistung der Datensicherheit zentrale Anforderungen der Weiterentwicklung der verschiedenen Elemente der Telematikinfrastruktur.

Angesichts der Vielfalt der verfügbaren telemedizinischen Angebote darf man nicht davon ausgehen, dass es keine funktionierenden und einsetzbaren Produkte gibt. Wir notieren vielmehr ein strukturelles Problem, dass die Umsetzung bzw. den Einsatz von Telemedizin behindert. Da viele telemedizinische Versorgungslösungen noch nicht regelhaft abgerechnet werden können bzw. kaum telemedizinische Ver-

¹⁷ Die Zusammenfassung der technischen Bestandsaufnahme basiert auf der durch den Auftragnehmer beauftragten Expertise des Zentrums für Telematik und Telemedizin (ZTG). Der Kontakt zur ZTG wurde durch Dr. Vera Gerlin, Ger-On Consult hergestellt. Download-Link zur Studie „Telemedizinische Anwendungen - Marktrecherche“: <https://goo.gl/K9NcDq>

gütungsvereinbarungen existieren, muss über alternative Wege in der Finanzierung nachgedacht werden. Beim Aufbau telemedizinisch gestützter Versorgungsnetzwerke in der Kommune müssen sich die Anwender und Entscheidungsträger daher auf die Bereiche „Integrierte Versorgung“ bzw. Selektivverträge mit Krankenkassen, die Ausschöpfung der Möglichkeiten des Einheitlichen Bewertungsmaßstabs im Sinne der Online-Videosprechstunde sowie ggf. eine Antragsstellung im Rahmen des Innovationsfonds fokussieren.

Ergebnisse im Bezug zum Landkreis Holzminden:

Telemedizinische Dienste haben das Potential, die gesundheitliche Versorgung flexibler und leistungsfähiger zu gestalten und der Herausforderung des demografischen Wandels zu begegnen. Das betrifft vor allem die Zunahme älterer, multimorbider Menschen auf der einen Seite und den sich immer stärker abzeichnende Fachkräftemangel im Gesundheitswesen und die Alterung der Fachkräfte auf der anderen Seite. Der größte Nutzen telemedizinischer Anwendungen liegt dabei darin, dass sie den Zugang zu medizinischem / pflegerischem / therapeutischem Expertenwissen ermöglichen, das ansonsten nur eingeschränkt verfügbar wäre, sie erlauben es, Zeiten (z.B. rund um die Uhr Versorgung) und Distanzen zu überbrücken. Damit stellt der Ansatz für den vorwiegend ländlichen Raum des Landkreises Holzminden eine hochinteressante Zukunftsperspektive dar. Telemedizin im Landkreis kann der Patientin / dem Patienten eine Verbesserung der Versorgungssituation erlauben und dem behandelnden Ärztin/Arzt eine Optimierung des Betreuungsprozesses ermöglichen (z.B. Zeitersparnis durch nicht notwendige Hausbesuche), ohne dass die Patientensicherheit leidet. Gleichzeitig zeigen sich im Bereich der Telemedizin viele Ansätze, um flexibilisierte Alternativen zur klassischen Einzelpraxis umzusetzen (z.B. überörtliche Gemeinschaftspraxen, Filialpraxen, Gesundheitsnetzwerke), die durch telemedizinische Dienste unterstützt werden und es Kommunen erleichtern, den ärztlichen Nachwuchs für eine Tätigkeit im ländlichen Raum zu gewinnen. Wenn der Landkreis die Chancen der Telemedizin aktiv aufgreift, bieten sich ihm im Sinn eines „early adopters“ große Chancen, entsprechende Angebote zu implementieren, zu testen und zu evaluieren.

In Gesprächen zeigt sich allgemein ein hohes Problembewusstsein bezogen auf die Versorgungslage im Landkreis. Angesichts der kontinuierlich verschlechterten Situation, wird Telemedizin als ein möglicher Ansatz gesehen, um Versorgungsangebote zu erhalten. Niedrigschwellige Angebote werden sich absehbar umsetzen lassen und können die Versorgungslage verbessern. Dies gilt insbesondere dann, wenn entsprechende Notlagen erkannt sind bzw. durch gemeinschaftliches Agieren unterschiedlicher Akteure auf lokaler Ebene gestützt werden (z.B. Kommune, Schulen, Medizinerinnen/Mediziner, Kassen).

Der Aufbau entsprechend unterstützter Modelle im Landkreis bedarf regionaler und lokaler Akteure. Er muss

- anwendungsbezogen erfolgen und einen konkreten Bedarf adressieren,
- muss allen Beteiligten klar ersichtliche Vorteile bringen,
- kann nicht durch die häufig kleinen und überlasteten Leistungserbringer (Allgemein- und Hausärztinnen/-ärzte) geleistet werden.

Offensichtlich wird, dass die Umsetzung und Implementierung von modellhaften Lösungsansätzen der Telemedizin größere Strukturen braucht, die im relativ kleinen Landkreis Holzminden nicht existieren bzw. erst aufgebaut werden müssen. Ärztenetze oder auch Wundnetze könnten wesentliche Aufgaben übernehmen, wenn sie entsprechend stabile Strukturen aufweisen. Im Zusammenhang mit dem Breitband-Ausbau im Landkreis oder einer gezielten Innenentwicklung lassen sich Synergien erzielen, die mit den Kommunen aktiviert werden können. Der fortgeschrittene Ausbau von Glasfaser im Landkreis wird einer Umsetzung nicht entgegenstehen.

Absehbar ist, dass nicht die mangelnde Verfügbarkeit telemedizinischer Angebote oder die Komplexität einer notwendigen technischen Ausstattung die Herausforderung sind, sondern ihre tatsächliche Anwendung und Implementierung in einer stark zersplitterten Gesundheitslandschaft: Es fehlen Träger, die sich für eine Umsetzung engagieren. Inwieweit durch Incentives oder Förderung gegengesteuert werden kann, bleibt abzuwarten. Aus unserer Erfahrung in anderen Projekten rechtfertigen die mit der Förderung verbundenen Antragsstellung bzw. das Reportingwesen angesichts der verhältnismäßig geringen Budgets den Einsatz kaum.

Telemedizinische Versorgungsansätze im Landkreis Holzminden sind im Herbst 2017 in rudimentären und wenig koordinierten Ansätzen vorhanden. Im Rahmen der Untersuchung wurden die folgenden Ansätze identifiziert:

Tele-Radiologie: Teilnahme am Teleradiologienetz Reif und Möller (<https://goo.gl/8eosdR>) zur Absicherung der Versorgung und Fernbefundung (Agaplesion-Krankenhaus Holzminden).

Teleneurologischen Netzwerk der MHH Hannover: (<https://goo.gl/BQzTpd>) Vorgesehene Teilnahme, um Patienten, die in kleineren Städten und deren Umgebung leben, zeitnah optimal zu behandeln, insbesondere Schlaganfall (Agaplesion-Krankenhaus Holzminden).

Ambulantes Wundmanagement in Kooperation mit DeBoer Pflegedienst und dem

Agaplesion MVZ Forster Weg, Gefäßchirurgie Dr. med. Joachim Peter Joester.

Telemedizin Weserbergland GmbH: Seit Juli 2017 bietet die Gemeinschaftspraxis für Kardiologie Dr. Habbel und Dr. Brandt in Holzminden die Möglichkeit, EKGs telemedizinisch auswerten zu lassen.

Netzwerkagenturen oder Organisationen, die koordinierend operieren, wurden in der Region¹⁸ nicht aufgefunden.

18 Aktuell sind in der angrenzenden Region Ostwestfalen-Lippe (NRW) die folgenden konkreten Kooperationsansätze auf der Agenda, die im Landkreis Holzminden als interessante Beispiele herangezogen werden können:
Dezember 2016: Gründung einer Casemanagement-Gesellschaft RVL – Regionales Versorgungskonzept Lippe – GmbH / Kooperationspartner Ärztenetz Lippe und Klinikum Lippe, um eine geordnetes Übergangsmanagement zu gewährleisten.
März 2017: Weiterentwicklung der Schlaganfall- und geriatrischen Versorgung und Ausbau von lokalen Gesundheitszentren.
Mai 2017: Aufbau eines Studiengangs.

Erkenntnisse

In der konkreten Arbeit vor Ort haben sich im Abgleich der Untersuchungsschritte Herausforderungen gezeigt, die in einer Umsetzung innovativer medizinischer Versorgungskonzepte im Landkreis berücksichtigt werden müssen. Insbesondere verweisen wir auf Überschneidungen mit den Arbeiten der „Gesundheitsregion Holzminden“ bzw. „MoVerMo“.

- Die Ergebnisse der vorliegenden Untersuchung „Neue Wege der medizinischen Versorgung im ländlichen Raum“ sind für die „Gesundheitsregion Holzminden“ und „MoVerMo“ von Bedeutung und umgekehrt. Mögliche Parallelen in der Projektentwicklung müssen berücksichtigt bzw. vermieden werden.
- Die Beschränkung auf einen sektoralen Versorgungsansatz ist nicht geeignet, um im Landkreis eine innovative Gesundheitsversorgung zu organisieren. Das Thema Gesundheit ist ein inklusiver Ansatz, der alle Akteure betrifft. Das Problembewusstsein ist hoch.
- Die Kreisstadt Holzminden konzentriert mit dem Agaplesion-Klinikum und den angeschlossenen medizinischen Versorgungszentren (MVZ) auch in medizinischer Hinsicht fast die gesamte fachärztliche Versorgung des Kreises, während die niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte in der Fläche eine allgemeinärztliche Versorgung übernehmen. Diese Arbeitsteilung bedeutet, dass sich innerhalb des Kreisgebiets durch dessen Zuschnitt eine Diskrepanz auftut: Während auf der einen Seite durch die Nähe zur Kreisstadt bzw. zu Gesundheitsangeboten im benachbarten NRW ein medizinisch relativ gut versorgter Südkreis (Bevern – Holzminden – Boffzen – Lauenförde) existiert, zeigen sich Ansätze einer Unterversorgung im Nordkreis (Stadtoldendorf – Eschershausen – Bodenwerder – Polle), der durch eine disperse Siedlungsstruktur gekennzeichnet ist. Die Fahrzeiten in die Kreisstadt betragen von hier aufgrund der topografischen Rahmenbedingungen zwischen 20 und 30 Minuten mit dem eigenen Wagen.
- Durch den Wegfall allgemeinärztlicher Kassensitze in Folge der Verrentung der Inhaberinnen und Inhaber wird sich absehbar die allgemeinärztliche Versorgung im Landkreis generell verschlechtern. Die Kassensitze in der Fläche werden sich, das zeigt die Erfahrung, nur schwer neu besetzen lassen. Die ärztliche Betreuung wird auf immer weniger Schultern verteilt, das Versorgungsangebot ist bereits überlastet und wird verstärkt beansprucht werden.

- Die Frage, welche Kassensitze wegfallen und welche sich wieder besetzen lassen, kann im Ausbau einer Gesundheitsregion Überlegungen zur Verortung erster Pilotprojekte unterstützen.¹⁹
- Ein tragfähiger Versorgungsansatz muss aus den regionalen Gegebenheiten entwickelt werden und in sie integriert sein: Erreichbarkeit, existierende Ausstattung, Kooperationsmöglichkeiten und pragmatische Wirtschaftsinteressen regionaler Akteure determinieren eine zukünftige Gesundheitsversorgung.
- Der Ansatz „mobile Diagnostik“ greift zu kurz, wenn es darum geht, den niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten ein Unterstützungs- bzw. Entlastungsangebot zu machen. Auch die modellhafte Implementierung von einzelnen Telemedizin-Bausteinen ist wahrscheinlich kein nachhaltiger Ansatz, denn beide Ansätze reflektieren nicht das Bedürfnis nach einem psychosozialen Umfeld, das eine zukünftige Gesundheitsversorgung im Landkreis Holzminden berücksichtigen muss.
- Innovative Versorgungsansätze werden sich nicht realisieren lassen, wenn sie nicht auf den regionalen Bedarf eingehen. Die folgenden Feststellungen sollten berücksichtigt werden, wenn Modellvorhaben im Landkreis Holzminden vorgeschlagen werden:
 - Die Thematik Gesundheit betrifft nicht nur einzelne „Patienten“ oder einen einzelnen Standort oder einen einzelnen Versorger. Krankenhaus, Pflegeheime, Pflegedienste, medizinische Hilfsberufe sind in der Region auf vielfältige Weise verbunden und voneinander abhängig. Daraus lässt sich ein allgemeiner Handlungsdruck ableiten, der im Aufbau der Gesundheitsregion aktiviert werden kann. Bereits jetzt zeigt sich in Gesprächen immer wieder die Erkenntnis, dass eine stärkere Vernetzung der Angebote angestrebt werden muss.
 - Die Konzentration der (fach)medizinischen Versorgung insbesondere auf das Mittelzentrum Holzminden im südlichen Kreisgebiet erschwert die Erreichbarkeit aus den nördlichen Ortslagen des Kreisgebiets²⁰. Die aus der Konzentration der abgeleitete „Pflicht zur Mobilität“ ist für viele Bewohnerinnen und Bewohner eine Selbstverständlichkeit und angesichts der hohen Mobilität und der doch noch überschaubaren Entfernungen auch kein

¹⁹ Durch den Kreis werden Anreizsysteme aufgebaut und die Kassenärztliche Vereinigung Niedersachsen versucht aktiv mit Unterstützungsangeboten den deutlich sichtbaren Entwicklungen entgegenzuwirken (Finanzielle Unterstützung beim Aufbau von Praxen, Unterstützung der Ausbildung von Allgemeinmedizinerinnen). Allerdings werden die möglichen Erfolge dieser Bemühungen erst in den kommenden Jahren sichtbar werden.

²⁰ Die exponierte Lage des Kreises an der Grenze von Niedersachsen, die durch die Weser gegebenen topografischen Einschränkungen (Höhenlagen, Grenzwirkung der Weser) und die häufig kleinen Ortslagen erschweren die Versorgung zusätzlich. Auch wenn die Distanzen im Kreis angesichts des hohen Mobilisierungsgrades der Bevölkerung überbrückbar erscheinen, müssen durch die demografische Anpassung die heute noch funktionierenden Versorgungsmuster absehbar hinterfragt werden.

wirkliches Problem. Ausgegrenzt werden hingegen Senioren und Jugendliche, deren Radius stark eingeschränkt ist. Hier haben sich pragmatische Lösungen ausgebildet, die im ländlichen Raum bewährt und akzeptiert sind (Mitfahrlösungen).

- Die Überlastung der in den nördlichen Kreislagen verbliebenen Versorgungsmöglichkeiten, die sich durch eine schrittweise Verschlechterung der Versorgungslage verschärft, stellt eine große Herausforderung dar, auf die bislang keine befriedigende Antwort gefunden wurde. Hier sind telemedizinische Ansätze, die mit Delegation verbunden werden, eine Möglichkeit, das Konzept der „mobilen Diagnostik“ auszubauen zu einem umfassenden Konzept der „mobilen Versorgung“.
- Der geringe Organisationsgrad der medizinischen Versorgung im Landkreis selbst und eine fehlende Vernetzung behindern das Entstehen kooperativer Ansätze. Die stark segmentierte medizinisch - soziale Versorgung ist für eine regionale Umsetzung innovativer Ansätze hinderlich (Kirchturmdenken). Sehr deutlich zeigt sich, dass die zentrale Herausforderung für die Umsetzung innovativer Ansätze die Vernetzung der existierenden Akteure sein wird. Hier wurde durch die „Gesundheitsregion Holzminden“ in den vergangenen Jahren eine Basis gelegt, an die in Zukunft angeschlossen werden sollte.
 - Mit dem Agaplesion-Klinikum Holzminden und einem regional operierenden Pflegedienst existieren zwei große Versorgungsakteure, die in der Realisierung innovativer kreisweiter Ansätze als Treiber eingebunden werden können.
 - Entstehende Netzwerke (Ärztenez, Wundnetz) können, bei entsprechender Unterstützung, ebenfalls eine tragende Rolle übernehmen und ausgebaut werden.
 - Weitere Treiber können die Pflegeheime sein, die sich angesichts der medizinischen Versorgungsengpässe in einem wettbewerbsintensiven Markt als aktive Spieler positionieren müssen und innovativen Versorgungskonzepten aufgeschlossen gegenüberstehen.
- Die Abhängigkeit der Region bei der Realisierung innovativer (tele)medizinischer Ansätze von der Handlungsbereitschaft und den Bedarfen der Wirtschaftsakteure im Gesundheits- und Pflegesektor verlangt den Aufbau einer übergeordneten und koordinierenden Organisation, die Neutralität aufbringt, um im Sinne einer gemeinschaftlichen medizinischen Versorgungslösung für die gesamte Bevölkerung und alle Gesundheitsakteure im Landkreis aktiv zu werden. Für die Überbrückung der entstehenden Distanzen im ländlichen Raum kann Telemedizin

ein geeignetes Instrument sein. Die notwendigen kommunikationstechnischen Rahmenbedingungen im Landkreis sind mit dem Ausbau des Glasfasernetzes gegeben. Die hohe Entwicklungsdynamik der Digitalisierung macht auch vor dem Gesundheitssektor nicht halt. Mit der absehbaren Übernahme einzelner telemedizinischer Ansätze in die Regelversorgung wird sich die Versorgungslandschaft zweifelsfrei verändern. Welche Ansätze sich durchsetzen und bewähren ist offen.

- Für den Landkreis Holzminden sollte der Schwerpunkt in der Auf- und Ausbauphase einer zukünftigen Gesundheitsversorgung zunächst auf der Übernahme bewährter Konzepte liegen, die in einen integrierten Versorgungsansatz übernommen werden können.
 - Der Fokus sollte dabei auf der Verstärkung und Modernisierung des existierenden Angebots liegen.
 - Schnittstellen müssen kompatibel ausgestaltet werden und eine allgemeine Zugänglichkeit ist sicherzustellen.
 - Die existierenden Gesundheitsangebote, die bereits an der Kapazitätsgrenze operieren, dürfen durch die Einführung neuer Versorgungsansätze nicht überlastet werden.
- Die Gesundheitsversorgung endet nicht an der Landkreisgrenze. Die existierenden medizinischen Angebote in Grund- und Mittelzentren anderer Landkreise bzw. in Nordrhein-Westfalen (Höxter, Beverungen) aber auch in Hameln, Bad Pyrmont oder Alfeld und sogar in Hannover werden mit hoher Wahrscheinlichkeit von Teilen der Bevölkerung des Landkreises aufgesucht - wie auch umgekehrt dort Nachfrage in den Landkreis Holzminden generiert wird. Diese Bewegungen sind nicht zu beeinflussen, müssen auch nicht beeinflusst werden. Grenzüberschreitungen werden bereits jetzt praktiziert (Bsp. fachmedizinische Versorgung von Pflegeheimen) und sie werden mit zunehmendem Einsatz telemedizinischer Versorgungsangebote ausgebaut (Bsp. Tele-Radiologie).

Impulsprojekte

Wir sehen in der Formulierung und Umsetzung von Impulsprojekten eine Möglichkeit, innovative Ansätze der Gesundheitsversorgung im Rahmen der integrierten ländlichen Entwicklung im Landkreis Holzminden zu realisieren. Die Überlagerung „analoger“ und „digitaler“ Ansätze soll dabei ein Bild für eine neue Gesundheitsversorgung werden, mit deren Angeboten sich die Bewohnerinnen und Bewohner des Landkreises identifizieren. Die Impulsprojekte zielen nicht nur auf eine Verbesserung der Patientenversorgung und -zufriedenheit, auf eine Erleichterung des Alltags der Medizinerinnen und Mediziner in der Fläche oder womöglich eine anzustrebende Effizienzsteigerung des Angebots durch Telemedizin ab, sondern auf eine übergreifende Verbesserung der Lebensqualität im Landkreis.

Der Landkreis muss die Entwicklung von innovativen Versorgungsansätzen mit koordiniertem und kooperativem Vorgehen flankieren, denn er ist die neutrale Instanz, die verhindern kann, dass durch die dynamische Entwicklung der Gesundheitsversorgung – einerseits Rückbau der analogen Angebote, andererseits telemedizinische Aufrüstung – soziales und räumliches Ungleichgewicht entsteht. Das „Modellvorhaben Gesundheitsnetz“ schließt die Ergebnisse der vorliegenden Arbeit mit anderen Ansätzen zur Gesundheitsversorgung in der Region kurz und reduziert administrativen Aufwand.

1. Vernetzen: Modellvorhaben Gesundheitsnetz

Der Landkreis muss als neutraler Moderator und Koordinator von Anfang an den Entwicklungsprozess maßgeblich steuern. Er wird insbesondere in der Vernetzung und Vermittlung eine wesentliche Rolle spielen. Er braucht dafür Budgets und eine klare Verantwortlichkeit. Er baut das Gesundheitsnetz auf und integriert die Arbeit von „MoVerMo“ und „Gesundheitsregion“. Das Gesundheitsnetz muss die vielen unterschiedlichen Kräfte in der Region bündeln, die sich mit dem Thema Gesundheit beschäftigen. Er muss Informationen weitergeben, Austausch und Kooperation befördern, Ansprechpartner sein für Akteure von Innen wie von Außen.

- Das entstehende Gesundheitsnetz muss verhindern, dass durch den Druck der Digitalisierung im Landkreis ein soziales oder technisches Ungleichgewicht entsteht bzw. bereit vorhandene räumliche Unausgewogenheit verstärkt wird. Das heißt, das Gesundheitsnetz muss im Lauf der Zeit eine entsprechende Organisationsform finden und als eigenständige Instanz agieren. Im Aufbau sollte es allerdings zunächst beim Landkreis angesiedelt sein.
- Das entstehende Gesundheitsnetz stabilisiert sich durch die Arbeit an konkreten Aufgaben, die die Dynamik der Entwicklung im Gesundheitssektor aufnehmen

und für den Landkreis greifbar machen. Damit trägt es maßgeblich und für die Bevölkerung sichtbar zur Ausgestaltung neuer Wege der medizinischen Versorgung bei. Während der Aufbauphase dürften über einen Zeitraum von ca. 24 Monaten 0,5 Stellen erforderlich sein, die verlässlich im Haushalt abzubilden sind. Über die weitere Entwicklung ist noch keine Aussage möglich.

Wir benennen drei weitere Impulsprojekte, auf die sich die Arbeit an neuen Ansätzen der Gesundheitsversorgung zunächst fokussieren sollte und die alle ein zentrales Thema adressieren. In der Arbeit vor Ort wurde in den Workshops immer wieder der psychosoziale Aspekt der medizinischen Versorgung betont. Er beschreibt allgemeine Verlustängste, die im ländlichen Raum angesichts einer umfassenden Erosion der noch verbliebenen Versorgung empfunden werden und die durch entsprechende Maßnahmen aufgefangen werden müssen und aufgefangen werden können. Neue Wege der Gesundheitsversorgung im Landkreis Holzminden müssen, über die technisch/digitale Machbarkeit einer alternativen Gesundheitsversorgung für den ländlichen Raum hinaus, die Ansprüche seitens der Dorfbewohner/-bewohnerinnen - Patientinnen/Patienten nach räumlichen und organisatorischen Schnittstellen und Übergabestellen befriedigen, den Wunsch nach Nähe. Die Impulsprojekte reflektieren diese Erkenntnis.

2. Vertreten: Modellprojekt Delegation

Der Bedarf nach einer Bezugsperson kann durch die Delegation ärztlicher Leistungen an entsprechend ausgebildete Unterstützer aufgenommen werden (Dorfschwester). Ihre Telemedizinische Ausbildung und Ausrüstung erlaubt es, eine medizinische Grundversorgung wieder näher an die Bewohnerinnen und Bewohner des ländlichen Raums heranzuführen (Dorfschwester 2.0). Delegation bedeutet, dass bestimmte Anwendungen nicht durch eine Ärztin oder einen Arzt durchgeführt werden müssen, sondern auch durch entsprechend ausgebildete medizinische Fachangestellte (MFA). Die bislang weitgehend nur im allgemeinmedizinischen Bereich praktizierte Delegation kann im Landkreis Holzminden auch auf fachärztliche Versorgung und Pflegedienste ausgedehnt werden.

3. Verorten: Modellstandort MediZIMMER

Den psychosozialen Aspekt der medizinischen Versorgung reflektiert auch der Wunsch nach einem klar definierten Bezugsraum, in dem eine medizinische Versorgung stattfinden kann. Gesundheitsversorgung braucht einen Ort. Wir schlagen vor, dass die „Dorfschwester 2.0“ in Zukunft eine eigene Schwesternpraxis hat, einen festen Standort auf dem Dorf. Diesen Standort nennen wir MediZIMMER. Er kann im Rahmen von Pilotprojekten in drei oder vier Standorten im Landkreis eingerichtet

werden. Wir schlagen vor, perpektivisch im Landkreis Holzminden, ausgehend von geeigneten Standorten (z.B. Kirchbrak; Heinade - Hellental - Merxhausen; Golmbach - Warbsen - Lütgenade; Bremke - Heyen - Dohnsen), ein Netz von Stützpunkten aufzubauen, die eine wohnortnahe Gesundheitsversorgung ermöglichen.

4. Vermitteln: Modellanwendung Qualifizierung

Gesundheitsversorgung verändert sich. Damit zeigt sich eine Qualifizierungsaufgabe in der Region. Es gilt die Bewohnerinnen und Bewohner aber auch die Versorger des Kreises in die Lage zu versetzen, mit dem neuen (tele)medizinischen Angebot umzugehen, die Veränderungen zu verstehen, sich darauf einzustellen oder die Angebote entsprechend anzupassen. Die Qualifizierung muss einen Standort bekommen. Er kann das Schaufenster einer entstehenden „Gesundheitsregion Holzminden“ werden und sollte entsprechend ausgebaut werden. Wir meinen, dass dieser Standort in Stadtoldendorf sein kann. Dort gibt es Räume, Akteure und v.a. eine Nähe zum nördlichen Teil des Kreisgebiets, der von der Problematik der zunehmend eingeschränkten Gesundheitsversorgung bereits betroffen ist.

Ergänzend zu den Impulsprojekten zeigen sich telemedizinische Anwendungen, die im Landkreis vordringlich unterstützt werden sollten. Sie ergänzen die Impulsprojekte, fokussieren auf Vernetzung und können in der Umsetzung zu Erleichterungen führen.

Illustrationen der folgenden Seiten:

Die Darstellung der Impulsprojekte auf den folgenden Seiten fasst ihre Ausstattung, ihre Ziele und mögliche Wege zu einer Umsetzung zusammen. Sie sind als Diskussionsgrundlage und Szenarien konzipiert und müssen in den folgenden Schritten mit Umsetzungspartnern konkretisiert und ergänzt werden. Grafik: InD

Die Darstellung der Telemedizinischen Instrumente, die für eine Umsetzung im Landkreis Holzminden empfohlen werden, beziehen sich auf existierende und erprobte Ansätze. Ob die genannten Instrumente in dieser Form eingesetzt werden oder ob Umsetzungspartner auf andere Angebote zurückgreifen wird sich in der Implementierung zeigen. Die Ansätze verweisen auf mögliche Entwicklungsrichtungen. Sie stellen keine explizite technische Empfehlung einer bestimmten Anwendung dar.

GESUNDHEITSNETZ vernetzen

„Dem Landkreis kommt eine wichtige koordinierende und planende Funktion zu. Er verfügt aber über keinen allumfassenden Machthebel, durch den Veränderungsprozesse in Bewegung gesetzt werden. Innovative Ansätze in der Gesundheitsversorgung und die damit verbundene Organisationsentwicklung lassen sich nur mit dem Willen aller Beteiligten umsetzen. Bestehendes lässt sich nur gemeinsam verbessern. Eine genossenschaftlich organisierte Serviceagentur entsteht. Sie regt an, entwickelt und koordiniert. Sie gestaltet (tele)medizinische Serviceketten, die der Fortentwicklung der Region zuträglich sind.“



GESUNDHEITSNETZ vernetzen

Hintergrund

Welche innovativen Versorgungsansätze durch die regionalen Gesundheitsakteure in die Fläche übernommen werden, ist nicht zu beeinflussen. Es ist aber wichtig, die unterschiedlichen Ansätze abzustimmen, Partner zu vernetzen und gemeinsam neue Ideen für die Region zu entwickeln.

Herausforderung

Es gibt viele innovative und kooperative Lösungen, die im ländlichen Raum die Versorgungssituation verbessern können. Die neuen Ansätze entstehen kontinuierlich und auf allen Ebenen. Sie abzustimmen und zu medizinischen Serviceketten zusammenzufassen, in denen Arzt, Krankenhäuser, Pflege oder Nachsorge koordiniert agieren, steigert die Versorgungsqualität.

Perspektive

Der Aufbau einer vernetzenden und begleitenden Serviceagentur unterstützt die Kooperation. Die nachweisbare Steigerung der Versorgungseffizienz, der Versorgungsqualität und der Patientenzufriedenheit sind das Ziel. Die Serviceagentur ist neutral. Sie garantiert das Entstehen eines Gesundheitsnetzes, das innovative analoge und digitale Ansätze verfolgt und sich durch Kooperation vieler Akteure stabilisiert. Die unabhängige Organisation und Begleitung durch die Serviceagentur unterstützt die Nachhaltigkeit der Gesundheitsangebote und verhindert, dass Einzelinteressen dominieren.

Gesundheitsversorgung Holzminden

GESUNDHEITSNETZ vernetzen

Ausstattung

Räumliche Ausstattung

Büros und Besprechungsräume nach Bedarf.

Da die Serviceagentur sich sukzessive entwickelt, ist eine Aussage über die endgültige Ausgestaltung der räumlichen Rahmenbedingungen noch nicht möglich.

Technische Ausstattung

Büro- und Präsentationsausstattung.

Prozesse

Ziel

Verstetigung existierender (tele)medizinischer Ansätze.

Aufbau und Unterstützung innovativer (tele)medizinischer Serviceketten im Landkreis durch neutrales Serviceangebot.

Steuerung und Vernetzung.

Vermittlung und Koordination.

Innovationsmanagement.

Informationsmanagement.

Kommunikation.

Prozessbeschreibung

Beratung und Koordination.

Evaluation und Netzwerkmanagement.

Betreuung

“Serviceagentur Gesundheitsregion“ bzw. in der Aufbauphase angeschlossen an bestehende Strukturen im Landkreis.

Benefit für die Region ● ● ●

Benefit für den Standort ● ● ●

Benefit für den Akteur ● ● ●

Ressourcen

Aufwand

Konzeptioneller und organisatorischer Aufwand im Aufbau.

Budget im Betrieb.

Präsenz

Feste Beschäftigungsverhältnisse nach Einrichtung der Serviceagentur.

Schulung

-

Rechtliche Rahmenbedingungen

Umsetzung einer geeigneten Trägerstruktur.

In der Aufbauphase ist die Anbindung an existierende Strukturen im Landkreis möglich.

In der Folge ist eine genossenschaftliche Trägerstruktur zur Absicherung der Neutralität einer Serviceagentur denkbar, die Versorgungseffizienz, Versorgungsqualität und Patientenzufriedenheit gleichermaßen berücksichtigt.

Abrechnung

Aufbau als Modellprojekt (Förderung).
Stabilisierung aus Genossenschaftsanteilen.

Perspektive

Effekte für Standort und Akteure

Verbesserung, Stabilisierung und Modernisierung der medizinischen Versorgung im Kreis.

Steigerung der Versorgungseffizienz und Versorgungsqualität.

Außenwirkung.

Schnittstellen

Existierende Angebote.

Telemedizinische Versorgungsmodule.

MediZIMMER.

Demonstration und Qualifizierung.

Partner

Primärer Gesundheitsmarkt: Krankenhaus, Mediziner, Nachsorge, Kassen etc.

Sekundärer Gesundheitsmarkt: Industrie, Arbeitgeber.

Verwaltung: Kommunen, Landkreis, Land.

Einschränkungen

Eine Anbindung an bereits existierende Einrichtungen ist zu überprüfen.

Rahmenbedingungen für organisatorische Struktur sind zu überprüfen.

Landkreis muss bereit sein, sich im Aufbau zu engagieren.

Gesundheitsversorgung Holzminden

DELEGATION

vertreten

„Es ist absehbar, dass die Praxen von Vertragsärztinnen/-ärzten in ländlichen Räumen durch die Übertragung von bestimmten Aufgaben an Assistenten entlastet werden. Die „Dorfschwester“ wird wieder Teil einer Gesundheitsversorgung in der Fläche. Sie ist Ansprechpartnerin für die Dorfbewohner und gleichzeitig Vermittler zu Ärztin/Arzt. Sie wird durch den Einsatz telemedizinischer Instrumente entlastet und kommt den Patienten entgegen.“

DELEGATION vertreten

Hintergrund

In Deutschland gibt es seit 2008 den dualen Studiengang „Arztassistent, Arztassistentin“ (Physician Assistant). Die Zahl der aktuell eingeschriebenen Studierenden belegt, dass die Qualifikation, die im Ausland bereits erprobt ist, auch in Deutschland in Zukunft einen starken Zulauf haben wird. Noch ist der Einsatzbereich auf die stationäre Versorgung beschränkt. Es ist aber absehbar, dass ein zukünftiges Berufsfeld auch die Praxen von Vertragsärztinnen/-ärzten in ländlichen Räumen sein werden. (Tele)medizinische Versorgungsassistenten (Tele-VeraH) sind in Modellversuchen bereits in verschiedenen ländlichen Regionen im Einsatz, um Allgemeinärztinnen/-ärzte zu entlasten.

Herausforderung

Die (tele)medizinische Weiterbildung setzt auf einen vorhandenen Ausbildungsberuf wie Altenpfleger/-pflegerin oder Krankenpfleger /-pflegerin oder MFA auf. Die Integration des Delegationsmodells in den Gesundheitskontext muss im Rahmen eines Modellprojekts erprobt werden, denn die neuen Versorgungsansätze für den ländlichen Raum müssen abrechenbar sein.

Perspektive

Die „Dorfschwester 2.0“ wird wieder Teil einer Gesundheitsversorgung in der Fläche. Sie ist Ansprechpartnerin/-partner für die Dorfbewohner/-innen und gleichzeitig Ansprechpartner/-in für Ärztin oder Arzt. Sie wird mit dem Einsatz (tele)medizinischer Instrumente entlasten und kommt den Patientinnen/Patienten entgegen. Der bislang im Kontext der allgemeinmedizinischen Versorgung erprobte Ansatz wird auf die pflegerische Versorgung und fachmedizinische Versorgung ausgedehnt.

Gesundheitsversorgung Holzminden

Delegation vertreten

Ausstattung

Räumliche Ausstattung

Keine räumliche Ausstattung notwendig. Für die Delegation werden in den einzelnen Ortslagen Basisstationen zur Verfügung gestellt (MediZIMMER).

Technische Ausstattung

Fahrzeug (PKW).

Tele-Medizin Rucksack (3-Kanal-EKG, Pulsoximeter, Blutzuckermessgerät, Spirometer, Blutdruckmessgerät, Waage, Tablet).

Mobiles Endgerät (Telefon).

Video-Conferencing, Bildschirm bzw. I-Pad.

Breitband (50 MB), sichere Datenleitung.

Prozesse

Ziel

(Fach)medizinische bzw. pflegerische Betreuung über räumliche Entfernung und unterstützt durch moderne Kommunikationstechnologien in die Fläche bringen, ohne den direkten Bezug zu einer medizinisch ausgebildeten Vertrauensperson aufzugeben.

Verbesserung der wohnortnahen Versorgung im ländlichen Raum.

Prozessbeschreibung

Speziell fortgebildete MFA / Pflegeassistenz / Pflegefachkraft betreuen Patientinnen/-en in kleinen Dörfern, abgesichert durch unmittelbarer Rücksprachemöglichkeit mit Ärztinnen/Ärzten.

Koordinierung der Patienten/-innen (Terminvergabe).

Rüstzeit.

Beratung und Untersuchung zu festgelegten Zeiten: Telekonsil, Telemonitoring, Medikamentengabe...

Protokollierung.

Betreuung

-

Benefit für die Region ● ● ●

Benefit für den Standort ● ● ●

Benefit für den Akteur ● ● ●

Ressourcen

Aufwand

Anfahrt und Abfahrt.

Beratung: Entspricht normaler Beratungs- und Betreuungszeit im Rahmen der Versorgungsleistungen durch eine MFA / PA, zuzüglich Rüstzeit.

Präsenz

Zwischen 3 und 6 Termine je Präsenzzeit.

Ein- bis zweimal in der Woche.
Rotation zwischen verschiedenen Standorten.

Schulung

Fortbildung MFA / Pflegefachkraft / Pflegeassistentin im Rahmen einer Fortbildung am IHF e.V.

Zusatzausbildung im Bereich Telemedizin.

evtl. Ausbildung im Rahmen eines dualen Studiums (PA).

Rechtliche Rahmenbedingungen

Telemedizinische Services sind noch keine regelhaft abrechenbare Leistung im Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenkassen (GKV).

Abrechnung

Abrechnung während der Testphase im Rahmen von Modellvorhaben.

Perspektive

Effekte für Standort und Akteur

Verbesserung der medizinischen Versorgung am Ort.

Reduktion des Fahrtaufwandes für Patient/-in und Betreuer/-in, Entlastung.

Schnittstellen

Allgemeinmedizinische Versorgung.

Fachärztliche Versorgung.

Pflegerische Versorgung.

Partner

Krankenhaus, Pflegedienste, Allgemeinärztinnen/-ärzte.

MFA bzw. PA, Pflegefachkraft.

Krankenkassen.

Kommune, Landkreis, KV.

Einschränkungen

Telemedizinische Versorgungsansätze benötigen eine Erstvorstellung in der Praxis der behandelnden Ärztinnen/Ärzte.

Realisierung im Rahmen eines Modellvorhabens (Pilotprojekt).

Bereitschaft der medizinischen Partner, sich auf den Ansatz und damit verbundene Veränderung im Prozessablauf einzulassen.

Bereitschaft der KV und der GKV oder anderer Versicherer, den Ansatz im Rahmen eines Modellvorhabens zu unterstützen und zu testen.

Gesundheitsversorgung Holzminden

MediZIMMER
versorgen



„Kleine, multifunktional nutzbare Behandlungsräume auf dem Dorf können Patientinnen/Patienten helfen, selbstbestimmt zu Hause zu leben. Eine Betreuung am Ort kann durch telemedizinische Angebote gewährleistet sein. Es ist möglich, Fachärztinnen/-ärzte in einer Videokonferenz zu konsultieren und so die langen Fahrtzeiten im ländlichen Raum zu reduzieren. Auch die Medikamentengabe läßt sich für Pflegedienste besser darstellen. Die Dorfschwester hat eine Basisstation vor Ort.“

MediZIMMER versorgen

Hintergrund

Die Sicherstellung einer flächendeckenden, bedarfsgerechten und gut erreichbaren medizinischen und pflegerischen Versorgung auf hohem Niveau ist wesentlicher Teil der staatlichen Daseinsvorsorge. Angesichts der demografischen Entwicklung, des damit verbundenen veränderten Bedarfs der Versicherten sowie der fragilen Versorgungssituation in ländlichen Regionen wird dieses Anliegen immer wichtiger. Aber es ist auch immer schwieriger zu erfüllen.

Herausforderung

Vernetzung und Kooperation verbessern die medizinische Versorgung in strukturschwachen Regionen. Der Aufbau von Basisstationen der medizinischen Versorgung abseits der Versorgungszentren erlaubt es, die Situation im ländlichen Raum spürbar zu verbessern. Ihre gemeinschaftliche Nutzung durch unterschiedliche Angebote schafft Frequenz und reduziert Fixkosten. Der Aufbau der kooperativen Versorgungsstandorte für Gesundheit muss als Modellvorhaben erprobt werden, bevor der Ansatz an andere Standorte übertragen werden kann.

Perspektive

Ein Netz von kleinen Beratungsräumen auf den Dörfern erleichtert eine medizinische und pflegerische Versorgung der Bewohnerinnen/Bewohner. Telemedizinische Angebote erlauben hier den Zugang zu Fachwissen, sind aber nicht nur ein digitales Werkzeug zur Versorgung sondern durch Ausstattung, Lage und die Betreuung durch Dorfschwestern im sozialen Gefüge des Ortes verankert. Das Angebot ist an mehreren Standorten im Landkreis in Betrieb und wird von unterschiedlichen Kooperationspartnern genutzt. Die gut ausgestatteten MediZIMMER sind Teil eines lebendigen Dorflebens.

Gesundheitsversorgung Holzminden

MediZIMMER versorgen

Ausstattung

Räumliche Ausstattung

Abgetrennter Raum, ausgestattet nach Vorgaben der KV.

Barrierefreier Zugang + Sanitärräume.

Abgetrennter Warte- und Empfangsbereich mit drei Stühlen, evtl. auch nutzbar für andere Zwecke.

Schalldicht, nicht einsehbar.

Schreibtisch + Stuhl.

Schreibtisch + Stuhl für Assistenzpersonal.

Abschließbare Lagermöglichkeit für Material.

Untersuchungslampe.

Auslage, Infosäule.

Ausschilderung, Logo.

Parkierung.

Technische Ausstattung

Waschbecken + Seifenspender.

Kartenlesegerät.

Dockingstation für Computer.

Video-Conferencing, Bildschirm oder I-Pad.

Breitband (50 MB), sichere Datenleitung.

Prozesse

Ziel

Basisstationen für dezentrales medizinisches Versorgungsangebot aufbauen.

(Fach)medizinische und pflegerische Betreuung über räumliche Entfernung und unterstützt durch moderne Kommunikationstechnologien in die Fläche bringen.

Prozessbeschreibung

Speziell fortgebildete MFA / PA, Pflegeassistenten und Pflegeassistentinnen betreuen Patinetinnen/Patienten in kleinen Standorten.

Bei Bedarf ist über Video der Kontakt zu medizinischer Fachberatung möglich.

Betreuung

Betreuung durch Partner vor Ort.

Reinigung durch externe Unternehmen.

Benefit für die Region ● ● ●

Benefit für den Standort ● ● ●

Benefit für den Akteur ● ● ●

Ressourcen

Aufwand

Anfahrt und Abfahrt.

Beratung: Entspricht normaler Beratungs- und Betreuungszeit im Rahmen der Versorgungsleistungen durch eine MFA / Dorfschwester, zuzüglich Rüstzeit.

Ergänzend Betreuung vor Ort an festgelegten Terminen.

Präsenz

Zwischen ca. 3 und 6 Termine je Präsenz.

Ein- bis zweimal in der Woche.

Schulung

Fortbildung MFA im Rahmen einer Fortbildung am IHF e.V.

Zusatzausbildung im Bereich „Tele-Medizin“.

Rechtliche Rahmenbedingungen

Telemedizinische Services sind in vielen Teilen noch keine regelhaft abrechenbare Leistung im Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenkassen (GKV).

Abrechnung

Abrechnung im Rahmen von Modellvorhaben.

Perspektive

Effekte für Standort und Akteur

Verbesserung der medizinischen Versorgung am Ort.

Reduktion des Fahrtaufwandes für Patientinnen/Patienten und Anwender.

Schnittstellen

Einrichtung in multifunktionalen Versorgungsstandorten. Teile der räumlichen und technischen Ausstattung lassen sich mit anderen (auch externen) Versorgungsakteuren teilen (z.B. Parkierung, Sanitärräume, Videoconferencing).

Partner

Krankenhaus, Pflegedienste, Allgemeinmedizinerinnen/-mediziner, Krankenkassen, Kassenärztliche Vereinigung, Kommunen, Landkreis.

Einschränkungen

Keine Betreuung im MediZIMMER durch Ärztinnen/Ärzte möglich, da der Ansatz sonst als Zweitpraxis bewertet wird.

Realisierung im Rahmen eines Modellvorhabens (Pilotprojekt).

Bereitschaft der medizinischen Partner, sich auf den Ansatz und damit verbundene Veränderung im Prozessablauf einzulassen.

Bereitschaft, den Ansatz im Rahmen eines Modellvorhabens zu unterstützen und zu testen.

Gesundheitsversorgung Holzminden

QUALIFIZIERUNG UND DEMONSTRATION vermitteln

„Die Gesundheitsversorgung wird sich zunehmend digitalisieren z.B. durch Videosprechstunden, Telekonsile, elektronische Pflegevisiten oder eine 24-Stunden-Überwachung von Vitalparametern. Es müssen Qualifizierungsangebote entstehen, die auf die verschiedenen Nutzer digitaler Anwendungen ausgerichtet sind: Auf der einen Seite die Leistungserbringer wie Ärztinnen/Ärzte, medizinische Fachangestellte oder Kranken- und Altenpflegerinnen/-pfleger auf der anderen Seite die Patientinnen, Patienten und ihre Angehörigen.“

QUALIFIZIERUNG UND DEMONSTRATION vermitteln

Hintergrund

Die Sicherung der medizinischen und pflegerischen Versorgung in ländlichen Räumen ist eine drängende Aufgabe – vor allem vor dem Hintergrund der alternden Gesellschaft, der Nachfolgeproblematik bei niedergelassenen Allgemeinärztinnen/-ärzten oder fehlender Fachkräfte. Digitale Anwendungen wie Videosprechstunden, Telekonsile, elektronische Pflegevisiten oder Telemonitoring werden in Zukunft eine große Rolle spielen.

Herausforderung

Die Akzeptanz der telemedizinischen Angebote von Leistungserbringern aber auch von Patientinnen/Patienten ist ein wichtiger Erfolgsfaktor für den Einzug der Telemedizin in die Gesundheitsversorgung. Nur wenn alle Akteure vom Nutzen überzeugt sind und wenn Berührungsängste abgebaut werden, findet die Telematik Anwendung in den individuellen Behandlungspfaden. Qualifizierung, Weiterbildung und Demonstration sind deshalb in Zukunft von zentraler Bedeutung und müssen die Einführung telemedizinischer Ansätze begleiten. Dafür ist ein leicht erreichbarer Standort einzurichten.

Perspektive

Die Einrichtung eines telemedizinischen Qualifizierungsangebots in Stadoldendorf unterstützt den Aufbau, die Anwendung und die Anpassung telemedizinischer Angebote an die Region und ihre Bedarfslagen. Ein Demonstrations- und Ausstellungsraum, Schulung für Leistungserbringer aber auch für Patientinnen, Patienten und Angehörige können in den Räumen des Charlottenstifts entstehen und haben überregionale Bedeutung.

Gesundheitsversorgung Holzminden

QUALIFIZIERUNG UND DEMONSTRATION vermitteln

Ausstattung

Räumliche Ausstattung

Demonstrations- und Anwendungsbereich, Ausstellung.
Barrierefreier Zugang.
Umkleieräume.
Bewegungs- und Gymnastikaum.
Schulungsräume.
Verwaltung.
Lagerflächen.
Auslage, Infosäule.
Ausschilderung, Logo.
Parkierung.

Technische Ausstattung

Technische Ausstattung gemäß konzeptioneller / inhaltlicher Vorgabe.

Ausstattung der Kunden

Smartphone, Internetfähiges Endgerät, Computer, DSL (zu Hause).

Prozesse

Ziel

Telemedizinische Angebote durch moderne Lehrmethoden und unterstützt von modernen Kommunikationstechnologien für Anwender und Patientinnen/Patienten vermitteln.

Prozessbeschreibung

Qualifizierung von Anwendern und Patientinnen/Patienten zur Nutzung von telemedizinischen Angeboten.
Abstimmung zwischen verschiedenen Anwendern.
Aufbau und Entwicklung von Fortbildungsmodulen in Kooperation mit geeigneten Anbietern.

Betreuung

Schule für Telemedizin e.G. (Arbeitstitel)

Benefit für die Region ● ● ●

Benefit für den Standort ● ● ●

Benefit für den Akteur ● ● ●

Ressourcen

Aufwand

Konzeptionelle und inhaltliche Vorplanung.

Gründung einer Trägergesellschaft.

Entwicklung eines Lehrplans und Informationsangebots.

Einbinden von Wirtschaftsakteuren.

Vorplanung und Budgetierung.

Präsenz

Kompaktseminare.

E-Learning.

Schulung

Fortbildung und Controlling gemäß Lehrplan.

Rechtliche Rahmenbedingungen

Telemedizinische Fortbildungen sind keine regelhaft abrechenbare Leistung im Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenkassen (GKV).

Abrechnung

Abrechnung von Schulungen wird fallbezogen geregelt.

Abrechnung zunächst im Rahmen von Modellvorhaben förderfähig.

Perspektive

Effekte für Standort und Akteur

Aufbau einer innovativen telemedizinischen Versorgung in der Region.

Qualifizierung und Weiterbildung von Anwendern, Patientinnen/Patienten.

Stärkung existierender Angebote und Ausbau eines kleinen Versorgungsclusters im nördlichen Kreisgebiet.

Schnittstellen

Überlagerung mit allen (tele)medizinischen Gesundheits- und Präventionsangeboten im Landkreis Holzminden möglich.

Kooperation mit HAWK bzw. weiteren (medizinischen) Hochschulen in Niedersachsen.

Kooperation mit lokalen und überregionalen Arbeitgebern.

Partner

Anwender: Ärztinnen/Ärzte, ambulante Versorgung, Physiotherapien.

Verwaltung: Kommunen, Landkreis, Land Niedersachsen, KV, Krankenkassen, Wirtschaft.

Einschränkungen

Realisierung auf ausgearbeitetes Gesamtkonzept angewiesen, das im Rahmen eines Folgeprojekts ausgearbeitet werden muss (Standorteignung, Businessplan, Planung und Förderung).

Gesundheitsversorgung Holzminden

ANWENDUNG	Digitale Patientenüberleitung – Vernetzung der Gesundheitsakteure Bezug: Modellvorhaben Gesundheitsnetz					
Versorgungsbereich	Pflege ✓	Hausarzt ✓	Facharzt ✓	Krankenhaus ✓		
Typologie	Telekonsil	Telemonitoring	Teletherapie	Plattform ✓		
	Software ✓	Webbasiert (App) ✓	Endgerät Patient	Endgerät Diagnose		
Hersteller	Veyo Care GmbH; etnenos GmbH + Co KG;					
Referenz	http://www.recaresolutions.com					
ZIELGRUPPE (USER)	Pflege ✓	Hausarzt ✓	Facharzt ✓	Klinik ✓	Hilfsberufe ✓	
ZIELGRUPPE (PATIENT)	Senioren ✓	Kinder ✓	Jugendliche ✓	Berufstätige ✓		
Kurzbeschreibung	Echtzeitvermittlung von Entlassungspatienten an Nachversorgern im Rahmen der Pflegeübertragung über einen digitalen Marktplatz.					
Einschätzung	1	2	3	4	5	1 = gering / einfach 5 = hoch / komplex
						Anmerkungen
Anforderung HARDWARE	✓					Tablett bzw. Smartphone
Anforderung SOFTWARE	✓					
Akzeptanz USER					✓	
Akzeptanz PATIENT					✓	
1. Technische Voraussetzungen	✓					1 = gering / einfach 5 = hoch / komplex
IT	✓					
Hardware	✓					
Konnektivität	✓					
2. Rechtliche Voraussetzungen					✓	1 = gering / einfach 5 = hoch / komplex
Sicherheit					✓	
Vertrag					✓	
Organisation					✓	
3. Finanzielle Rahmenbedingungen	✓					1 = einfach 5 = komplex
Geschäftsmodell	✓					
Auswirkung im Betrieb					✓	Während der Einführung zusätzliche Belastung
Abrechnung		✓				Rahmenvertrag
Kosten		✓				1 = günstig 5 = kostspielig
Umsetzungsstand	1	2	3	4	5	1 = Prototyp / Beta -> 5 = Im Einsatz
					✓	
Relevanz für ländliche Räume	1	2	3	4	5	1 = gering -> 5 = hoch
					✓	
Relevanz für urbane Räume	1	2	3	4	5	1 = gering -> 5 = hoch
					✓	
Zukunftspotential	1	2	3	4	5	1 = gering -> 5 = hoch
					✓	

Prozessbeschreibung

Nach Abschluss der Krankenhausbehandlung ist Unterstützung erforderlich, um das Behandlungsergebnis zu sichern. Das Krankenhaus ist gesetzlich dazu verpflichtet, die Entlassung der Patientinnen/Patienten aus dem Krankenhaus vorzubereiten (Rahmenvertrag Entlassmanagement vom 1.2.2017, Gültigkeit ab 10.2017). Eine entsprechende Anschlussversorgung / Nachversorgung können dabei eine medizinische oder pflegerische Versorgung umfassen, die ambulant oder in stationären Einrichtungen der Rehabilitation oder Pflege erfolgt, aber auch z. B. Terminvereinbarungen mit Ärztinnen/Ärzten, Physiotherapien, Pflegediensten oder Selbsthilfegruppen sowie die Unterstützung bei der Beantragung von Leistungen bei der Kranken- oder Pflegekasse. Dazu stellt das Krankenhaus fest, welche Maßnahmen im Anschluss an den Krankenhausaufenthalt notwendig sind. Nachbehandlung und Betreuung werden über einen digitalen Marktplatz und in Absprache mit den Patientinnen/Patienten geregelt, während diese noch in stationärer Behandlung sind.

Stand der Entwicklung

Rechtliche Grundlage stellt der Rahmenvertrag Entlassmanagement zwischen der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG), der Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) und dem GKV-Spitzenverband dar, welcher zum 01.10.2017 in Kraft getreten ist. In der Abwicklung können digitale Plattformen unterstützen, die ab dem Sommer 2017 auf den Markt kommen. Funktionierende Geschäftsmodelle sichern die Stabilität der Plattform, die rechtlichen Rahmenbedingungen sind geklärt. Automatische Pflege- und Rehaübertragung können dabei bis zu 1.000 Euro pro Bett/Jahr durch Senkung der Verweildauer einsparen.

Partnerstruktur

Krankenhaus, Pflegeheim, Hausärztin/-arzt, ambulante Dienste, Physiotherapie etc.

Bedeutung für den Landkreis Holzminden

Der Plattformcharakter der existierenden Instrumente ist niedrighschwellig, einfach zu managen und hervorragend geeignet, um die Versorgung in der Region abzustimmen. Entlassmanagement kann eine Vernetzung auf allen Ebenen der Gesundheitsversorgung befördern. Die Umsetzung eines digitalen Entlassmanagements unter Federführung z.B. des Krankenhauses wird möglichst viele Akteure der medizinischen Versorgung beteiligen, denn Krankenhaus, Pflegeheime und Pflegedienste, Physiotherapien oder Hausärztinnen/-ärzte haben ein gemeinsames Interesse an der Vernetzung.

ANWENDUNG	eIVI – elektronische Patientenvisite, Anwendung im Pflegeheim Bezug: Modellprojekt Delegation, Modellstandort MediZIMMER					
Versorgungsbereich	Pflege ✓	Hausarzt ✓	Facharzt	Krankenhaus		
Typologie	Telekonsil ✓	Telemonitoring	Teletherapie	Endgerät Patient		
	Software ✓	Webbasiert (App)	Endgerät Patient ✓	Endgerät Diagnose ✓		
Hersteller	https://www.elvi.de/produkt/					
Referenz	http://www.mum-buende.de/kooperationen/ehealth					
ZIELGRUPPE (USER)	Pflege ✓	Hausarzt ✓	Facharzt ✓	Klinik	Hilfsberufe	
ZIELGRUPPE (PATIENT)	Senioren ✓	Kinder	Jugendliche	Berufstätige		
Kurzbeschreibung	Mittels einer Webcam stellt die Software zu abgesprochenen Zeiten eine sichere, internetgestützte und direkte Verbindung mit Bild und Ton zwischen Arzt und Pflegekraft bzw. Pflegeheim her – vergleichbar einer „Live-Schaltung“ im Fernsehen. Ist die Verbindung aufgebaut, können Fragen zum Patienten direkt zwischen den Beteiligten geklärt sowie unklare Befunde und Medikationen per Kamera dargestellt werden.					
Einschätzung	1	2	3	4	5	1 = gering / einfach 5 = hoch / komplex
						Anmerkungen
Anforderung HARDWARE			✓			
Anforderung SOFTWARE			✓			
Akzeptanz USER					✓	
Akzeptanz PATIENT				✓		
1. Technische Voraussetzungen		✓				1 = gering / einfach 5 = hoch / komplex
IT		✓				
Hardware		✓				
Konnektivität			✓			
2. Rechtliche Voraussetzungen					✓	1 = gering / einfach 5 = hoch / komplex
Sicherheit					✓	
Vertrag					✓	
Organisation					✓	
3. Finanzielle Rahmenbedingungen			✓			1 = einfach 5 = komplex
Geschäftsmodell	✓					
Auswirkung im Betrieb				✓		Im Aufbau zusätzliche Belastung
Abrechnung		✓				Abrechnung mit Kassen im Rahmen eines Modellprojekts, Rahmenvertrag
Kosten			✓			1 = günstig 5 = kostspielig
Umsetzungsstand	1	2	3	4	5 ✓	1 = Prototyp / Beta -> 5 = Im Einsatz
Relevanz für ländliche Räume	1	2	3	4	5 ✓	1 = gering -> 5 = hoch
Relevanz für urbane Räume	1	2	3	4	5 ✓	1 = gering -> 5 = hoch
Zukunftspotential	1	2	3	4	5 ✓	1 = gering -> 5 = hoch

Prozessbeschreibung

eIVI erlaubt einen Austausch der am Behandlungsprozess beteiligten Fachkräfte in einem geschützten Datenraum. Die Kommunikation findet im geschlossenen Benutzer- raum auf der gesicherten Softwareplattform des La-Well® Informationssystems statt. Das System ist in der Lage, die Vitalparameter der Patientinnen/Patienten in Echtzeit zu übertragen. Möglich ist das durch die Entwicklung einer Schnittstelle, welche z. B. ein EKG-Messgerät mit dem System digital verbindet. Das weitere Vorgehen bis zum nächsten Arztbesuch wird im Austausch gemeinsam und verbindlich festgelegt. Darüber hinaus ist die Einrichtung eines „virtuellen Sprechzimmers“ möglich, in dem Ärztin oder Arzt zu bestimmten Zeiten erreichbar ist. Die räumliche Distanz und Anzahl der teilnehmenden Leistungserbringer spielen keine Rolle.

Stand der Entwicklung

Der Ansatz einer TeleVisite für Pflegeheimbewohnerinnen/-bewohner wurde in Deutschland vom Ärztenetz „MuM - Medizin und mehr eG“ aus dem ostwestfälischen Bünde umgesetzt. Aktuell wird die TeleVisite von neun Ärztinnen/Ärzten in 19 verschiedenen Senioreneinrichtungen mit 14 Arztpraxen des Ärztenetzwerks MuM aktiv eingesetzt. Nach anfänglicher Zurückhaltung, insbesondere auf Seiten der Pflegekräfte, werden die Anwender nun immer vertrauter und routinierter im Umgang mit der Technik. Die elektronische Visite kommt insbesondere bei Anfragen zu Medikamenten und dermatologischen Problemen (Wunden, Ekzeme usw.) zum Einsatz. Laut Aussagen der ersten Evaluation konnten in der Projektlaufzeit seit 2016 über 1.000 Krankenfahrten eingespart werden.

Partnerstruktur

Hausärztinnen/-ärzte, Pflegeheim, ambulante Pflege.

Bedeutung für den Landkreis Holzminden

Die konkrete Anwendbarkeit von eIVI wird seit 2016 in der Praxis in mehreren Projekten nachgewiesen. Die Ausweitung über die Kommunikation zwischen Pflegeheim und Hausärztin/-arzt hinaus wird im Bereich Ausbildung oder in der Vernetzung unterschiedlicher Arztpraxen in NRW erprobt (TelNet@NRW; ab Frühjahr 2017). Die Bedeutung des Ansatzes ist für den Landkreis hoch, gerade vor dem Hintergrund der sich abzeichnenden Versorgungsengpässe in der medizinischen Betreuung der Pflegeheime. Der Benefit für alle beteiligten Akteure ist schnell sichtbar und dürfte eine Umsetzung im Kreis erleichtern. Im Landkreis Holzminden gibt es erste Erfahrungen mit vergleichbaren Anwendungen (Wundmanagement, Kooperation zwischen Gefäßchirurgie und ambulanter Pflege), an die angeschlossen werden kann. Hinsichtlich der Abrechenbarkeit der Leistungen bestehen offene Fragen, die eine Umsetzung im Rahmen eines Modellprojekts nahelegen.

ANWENDUNG	Telemedizinisch unterstützte Delegation (z.B. Tele VeraH) Bezug: Modellprojekt Delegation, Modellstandort MediZIMMER					
Versorgungsbereich	Pflege ✓		Hausarzt ✓		Facharzt ✓	Krankenhaus ✓
Typologie	Software ✓		Webbasiert (App)		Endgerät Patient	Endgerät Diagnose ✓
Hersteller	Sicherstellung der qualitativen Patientenversorgung auf dem Land und in der Stadt mit Hilfe von medizinischer Fachkompetenz und telemedizinischen Versorgungslösungen. Delegation.					
Website	http://www.tele-arzt.com					
ZIELGRUPPE (USER)	Pflege ✓		Hausarzt ✓		Facharzt ✓	Klinik Hilfsberufe
ZIELGRUPPE (PATIENT)	Senioren ✓		Kinder ✓		Jugendliche	Berufstätige
Kurzbeschreibung						
Einschätzung	1	2	3	4	5	1 = gering / einfach 5 = hoch / komplex
						Anmerkungen
Anforderung HARDWARE			✓			
Anforderung SOFTWARE			✓			
Akzeptanz USER						Evaluation steht aus. Evaluation der „nicht“-telematischen Dorfschwester sehr positiv.
Akzeptanz PATIENT				✓		
1. Technische Voraussetzungen		✓				1 = gering / einfach 5 = hoch / komplex
IT		✓				
Hardware		✓				
Konnektivität			✓			
2. Rechtliche Voraussetzungen					✓	1 = gering / einfach 5 = hoch / komplex
Sicherheit					✓	
Vertrag					✓	
Organisation					✓	
3. Finanzielle Rahmenbedingungen			✓			1 = einfach 5 = komplex
Geschäftsmodell	✓					
Auswirkung im Betrieb				✓		Im Aufbau zusätzliche Belastung
Abrechnung		✓				Abrechnung mit Kassen im Rahmen eines Modellprojekts, Rahmenvertrag
Kosten			✓			1 = günstig 5 = kostspielig
Umsetzungsstand	1	2	3	4 ✓	5	1 = Prototyp / Beta -> 5 = Im Einsatz
Relevanz für ländliche Räume	1	2	3	4	5 ✓	1 = gering -> 5 = hoch
Relevanz für urbane Räume	1	2	3	4	5 ✓	1 = gering -> 5 = hoch
Zukunftspotential	1	2	3	4	5 ✓	1 = gering -> 5 = hoch

Prozessbeschreibung

Die Einsatzmöglichkeiten der Versorgungsassistentinnen/-assistenten in der Praxis wird unter Zuhilfenahme innovativer Technik erweitert. Die Hausarztpraxis wird mit einem Telemedizin-Rucksack ausgestattet. Während der Delegation können die bluetoothfähigen Geräte im Telemedizin-Rucksack z. B. die Vitaldaten des Versicherten erfassen und über eine sichere Umgebung an Hausärztin/-arzt übermitteln. Bei Bedarf können Ärztin/Arzt via Videokonferenz (-> eVi) zugeschaltet werden.

Stand der Entwicklung

In Nordrhein-Westfalen, Bayern, Rheinland-Pfalz und Hessen können Hausärzte seit dem 1. Mai 2017 an dem Projekt teilnehmen, zunächst für Versicherte von Betriebs- und Innungskrankenkassen. Dazu hat das Serviceunternehmen für Selektivverträge mittelständischer Kassen, die GWQ ServicePlus AG, einen Rahmenvertrag mit der TeleArzt GmbH geschlossen. Die Kassen BIG direkt gesund und Bertelsmann BKK sind dem Abkommen bereits beigetreten.

Partner

Hausärztin/-arzt, VeraH (MFA), Hausärzterverband, Kassenärztliche Vereinigung, Krankenkassen, TeleArzt GmbH.

Bedeutung für den Landkreis Holzminden

Anwendungsbezogenes Werkzeug zur Entlastung der Haus- und Allgemeinarztpraxis durch Delegation. Die telemedizinische Ergänzung des durch den Hausarztverband entwickelten Projekts VeraH (<https://www.verah.de>), das insbesondere auf eine Versorgung in ländlichen Räumen ausgerichtet ist und sich bewährt hat, scheint in Holzminden sinnvoll. Angesichts der Tatsache, dass die bereits existierende Überlastung der im Kreis arbeitenden Allgemeinmedizinerinnen/-mediziner eine hohe Umsetzungsbarriere darstellt, sollte über alternative Wege der Implementierung nachgedacht werden. Die stark zentralisierte Gesundheitsversorgung im Kreis legt eine Einbindung der großen Versorgungsakteure nahe (Krankenhaus, Pflegedienst). Der Ansatz müsste dann über die Haus- und allgemeinärztliche Versorgung herausgedacht werden und im Rahmen eines noch zu definierenden Modellprojekts auf die Versorgungsfelder pflegerische und fachärztliche Versorgung ausgedehnt werden. Der Einsatzbereich wird insbesondere in der Betreuung mobilitätseingeschränkter Patientinnen/Patienten (Senioren, chronisch Kranke) gesehen.

Skalierung und Übertragbarkeit im ländlichen Raum

Mit dem Vorschlag, vier Impulsprojekte zu implementieren, fokussiert die Studie „Neue Wege der medizinischen Versorgung im ländlichen Raum“ auf die Skalierbarkeit und Übertragbarkeit von innovativen Versorgungsansätzen. Die Untersuchung der Strukturen im Landkreis Holzminden zeigen nämlich Muster, die in vergleichbarer Form wohl in vielen ländlich geprägten Regionen anzutreffen sind. Exemplarische Lösungen, wie sie für den Landkreis entwickelt wurden, könnten also theoretisch übertragbar sein. Die Voraussetzung wäre, dass die Umsetzungsprozesse, die im Landkreis organisiert werden, hinsichtlich der möglichen Übertragbarkeit optimiert werden.

Unsere Arbeit zur Skalierbarkeit und Übertragbarkeit innovativer Ideen in die Fläche bezieht sich auf drei zentralen Gedanken, die aus unserer Praxiserfahrung geeignet sind, allgegenwärtigen Bedenken bei der Realisierung neuer Ansätze zu begegnen.

VERNETZT DENKEN: Neue Versorgungsansätze in der Gesundheit müssen inter- und intradisziplinär angelegt sein. Sie müssen alle Gesundheitsakteure in der Region einbeziehen. Das bedeutet, Lösungsansätze müssen in der Kooperation entwickelt werden und unterschiedlichen Ansprüchen genügen. Dafür muss ein verlässlicher und neutraler Rahmen hergestellt werden.

MODULAR ANSETZEN: Neue Versorgungsansätze in der Gesundheit werden sich nicht durch ein großes Leuchtturm-Projekt auszeichnen, sondern sie bestehen aus vielen Projekten. Manches wird sich schnell umsetzen lassen, anderes braucht Zeit. Manches wird scheitern – anderes wird funktionieren, manches wird ein digitaler Ansatz sein – anderes ist analog. Ein modularer Ansatz erlaubt, dass viele Partner am Aufbau der neuer Versorgungsansätze mitarbeiten. Sie garantieren damit, dass sich die Ansätze verändern und anpassen und vervielfältigen.

REGIONAL UMSETZEN: Neue Versorgungsansätze in der Gesundheit müssen sich übertragen lassen. Lösungsansätze müssen deshalb „klein“ sein, denn „kleine“ Lösungen haben den Vorteil, dass sie wenig kosten, dass sie sich zu einer großen Lösung addieren lassen und dass sie sich schnell umsetzen lassen, weil sie sich integrieren lassen. Sie reduzieren damit den Widerstand dem neue Ansätze begegnen, erfordern aber eine bewusste Koordination.

In den nachfolgenden Umsetzungsempfehlungen wird ein entsprechendes Vorgehen formuliert, das aufgenommen, übertragen und weitergegeben werden kann.

Empfehlungen

Empfehlung 1 | Gesundheitsnetz Holzminden - Die Ideen zusammenführen.

Im Rahmen der Untersuchungen im Landkreis Holzminden wurde deutlich, dass das Thema „Gesundheit im ländlichen Raum“ im Landkreis von mehreren Projekten adressiert wird. Wir empfehlen, die einzelnen Projekte in einem „Gesundheitsnetz“ zusammenzuführen.

Um Doppelstrukturen zu vermeiden und den Informationsfluss zu verbessern, sollen die Projekte „Gesundheitsregion Holzminden“ (2014 - 2017, 2018 ff), das Modellvorhaben „MoVerMo“ (2016 - 2018) und vorliegende Studie in den kommenden Monaten aufeinander abgestimmt und organisatorisch womöglich zusammengeführt werden. Wir betrachten einen übergreifenden Ansatz als wesentlich, um erste Schritte abzusichern und neue Ansätze zur medizinischen Versorgung zu stabilisieren.

Empfehlung 2 | Den Landkreis aufstellen - Projektmanagement installieren.

Der sektoren- und institutionenübergreifende Ansatz, der in der Umsetzung von Projekten einer innovativen Gesundheitsversorgung unterstützt werden soll, verlangt ein kontinuierliches Monitoring und eine aktive Begleitung der Umsetzungsprozesse. Gut verzahnte Umsetzungsschritte mit einer Exit-Strategie strukturieren die Arbeit. Dafür ist ein leistungsfähiges, professionelles und neutrales Projektmanagement zu installieren, dessen Aufgabe vordringlich der Aufbau lokaler und regionaler Netzwerkstrukturen im Rahmen der Entwicklung und Implementierung von kleinen, konkreten Projekten ist.

In der ersten Phase (Aufbau des Gesundheitsnetzes) sollte das Projektmanagement der Gesundheitsregion beim Landkreis angesiedelt sein, um die notwendige Neutralität für den Aufbau einer Gesundheitsregion zu gewährleisten. Es muss mit einem Budget und klaren Verantwortlichkeiten ausgestattet sein. Wir gehen für diese Phase von einem Aufwand in Höhe von 0,5 Stellen aus, die über einen Zeitraum von 2 Jahren zur Verfügung stehen sollten. Ein Anschluss an die in der bisherigen Arbeit der „Gesundheitsregion Holzminden“ entwickelten Strukturen ist sinnvoll.

Empfehlung 3 | Ansätze skalieren - Kriterien fixieren.

Wir empfehlen, ein ‚Handbuch Gesundheitsversorgung‘ auszuarbeiten, in dem die Rahmenbedingungen für einen Umsetzungsprozess von Gesundheitsprojekten im Landkreis beschrieben werden. Nachvollziehbares Vorgehen ist Voraussetzung, um die Übertragbarkeit der Arbeitsergebnisse sicherzustellen.

Gesundheitsprojekte müssen sich in klar umrissenen Zeitfenstern realisieren lassen. Die Ergebnisse müssen überprüfbar und evaluierbar sein. Dafür muss

- hohe Aufmerksamkeit auf die Verschriftlichung eines ‚Briefings‘ gelegt werden (Aufgabenbeschreibung),
- das erwartete Ergebnis abgestimmt und festgehalten werden (Zielvorgaben),
- eine Abfragesystematik der projektspezifischen Bedarfe entwickelt werden, die eine Vergleichbarkeit der Ergebnisse erlaubt (Standortanalyse),
- eine klare Verantwortlichkeit geregelt sein (Projekträgerschaft),
- eine kontinuierliche Rückkoppelung zwischen Umsetzungspartner und Gesundheitsnetz eingerichtet werden (Moderation).

Empfehlung 4 | Die Projekte auf die Straße bringen - Modular denken.

Schnelle Umsetzungserfolge sind zentral für die Motivation und die Weiterentwicklung der Thematik Gesundheit im Landkreis Holzminden. Der Fokus der Arbeit sollte deswegen auf frühzeitiger Projektumsetzung kleiner, aufeinander aufbauender Ansätze und ihrer kontinuierlichen Anpassung liegen. Wir empfehlen einen modularen Umsetzungsansatz, der mit niederschweligen Projekten startet²¹ und sie aktiv kommuniziert.

Konkrete Ergebnisse machen die Arbeit im Landkreis Holzminden sichtbar. Eine schnelle Realisierung garantiert die Glaubhaftigkeit der Ansätze und animiert zur Teilhabe. Der Übergang aus der Konzeptphase in die Umsetzungsphasen, der in der Regel in der Realisierung große Verzögerung bedeutet, sollte durch eine Reihung kleiner, aufeinander aufbauender Projekte beschleunigt werden.

Die angestrebte Beschleunigung der Umsetzung führt zu drei Vorgaben, an denen sich das jeweilige Projekt und die Projektsteuerung ausrichten sollten:

- **Der schnelle Ansatz:** Die einzelnen Schritte in der Arbeit an einem Modul sollen schnell abzuarbeiten sein und sie müssen eng miteinander verknüpft werden bzw. aufeinander aufbauen. Es wird in der Regel notwendig sein, ein zu großes Projekt in einzelne Schritte zu unterteilen. Der Zusammenhang der Teilschritte ergibt sich aus ihrer Zuordnung zu einem Impulsprojekt²².
- **Der offene Ansatz:** Die einzelnen Schritte in der Arbeit an einem Modul sollen nicht auf einen einzelnen Versorgungsbereich beschränkt sein oder eine möglichen Umsetzungsoption, sondern sollten sektorenübergreifend angelegt werden. Sie umfasst ausdrücklich sowohl organisatorische Anpassungen, bauliche Maßnahmen als auch digitale Anwendungen.
- **Der überprüfbare Ansatz:** Kleine Projekte sind in der Regel mit überschaubaren

²¹ Das im ländlichen Raum häufig praktizierte „projektbezogene“ Arbeiten in Phasen (Initialphase - Vorbereitungs- und Konzeptphase - Umsetzungsphase) ist förderrechtlichen Zwängen geschuldet und muss durch eine „prozessbezogene“ und offene Ausrichtung der Arbeit ersetzt werden, die sich auf die Umsetzung kleiner Schritte fokussiert.

²² Die in vorliegender Studie vorgestellten Impulsprojekte können diese Funktion erfüllen (z.B. Delegation, z.B. Qualifizierung, z.B. MediZIMMER, z.B. Vernetzung, z.B. Qualifizierung).

Budgets darzustellen. Das beschleunigt die Umsetzung und motiviert zur Partizipation. Die umgesetzten Projekte lassen sich evaluieren und gegebenenfalls verbessern.

Empfehlung 5 | Projekte verorten - Standorte einbinden, Akteure vernetzen.

Um die Möglichkeiten einer Umsetzung der in vorliegender Studie ausgearbeiteten Impulsprojekte an erfolgversprechenden Standorten zu überprüfen und um interessierte Gesundheitsakteure zu integrieren, sollte die Umsetzung im Rahmen einer ergänzenden Untersuchung an verschiedenen Standorten weiter konkretisiert werden. Diese Aufgabe kann als Folgeprojekt der vorliegenden Untersuchung durchgeführt werden.

Das einzelne Projekt sollte einen lokalen Fokus haben und dort ansetzen, wo ein Bekenntnis zur Umsetzung deutlich sichtbar wird (Einbindung regionaler/örtlicher Akteure). Dafür müssen die Vorteile deutlich erkennbar werden aber auch die damit verbundenen Verpflichtungen. Belastungen müssen klar benannt werden. Die Hinwendung zu lokalen und kleinen Ansätzen reflektiert die Erkenntnis, dass in der Regel die notwendigen Ressourcen oder auch der politische Willen zu einer regionalen und flächendeckenden Umsetzung von Impulsprojekten gar nicht an allen Orten und bei allen Akteuren vorhanden sind. Deswegen sollten im Sinn von ‚Best Practice‘ beispielhaft kleine Projekte umgesetzt werden, die in die Region ausstrahlen. Der kleinteilige und modulare Ansatz schließt dabei den Einsatz telemedizinischer Instrumente nicht aus, fokussiert aber nicht ausschließlich auf sie. Flexibles, den jeweiligen Bedürfnissen vor Ort angepasstes Agieren wird durch den modularen Ansatz explizit unterstützt²³, bestehende Förderansätze (z.B. ZILE, LEADER etc.) lassen sich integrieren.

Empfehlung 6 | Test und Evaluation - Die Umsetzung begleiten.

Das Thema Gesundheit als Teil einer integrierten ländlichen Entwicklung zu aktivieren bedeutet, Schnittstellen zu akzeptieren und zu managen. Interessen oder auch Managementphilosophien unterschiedlicher Akteure müssen in Einklang gebracht werden. Top-Down Ansätze versprechen wenig Erfolg. Es gilt, moderierte Verfahren einzurichten, die einzelne Projekte bis in die Umsetzung begleiten.

Die Region, in der viele Gesundheitsakteure operieren, lebt von einem Gleichgewicht zwischen klaren Vorgaben und ausreichend großer Gestaltungsfreiheit vor Ort. Transparente und abgestimmte Qualitäten, die z.B. in genanntem ‚Handbuch Gesundheits-

²³ In der Beschreibung des Vorgehens beziehen wir uns auf die Erkenntnisse der „Fortschreibung des REK 2015 - 2020. Im Rückblick will die Region „... auf transparente und mit eigener Kraft gestaltbare Vorhaben mit konkretem Nutzen für die hier lebenden Menschen“ setzen. Sie strebt „ im Rahmen des Machbaren ... ein stärker sachorientiertes, unabhängiges Agieren an.“ Quellen: Regionale Entwicklungskooperation Weserbergland plus : Regionales Entwicklungskonzept Fortschreibung 2015 - 2020 (Hameln, 2015).

region Holzminden' (Empfehlung 3) ausgearbeitet werden, lassen lokalen Spielraum zu. Sie helfen den Akteuren bei der individuellen Gestaltung der Umsetzung und schaffen gleichzeitig Verbindlichkeit. Die erwarteten Qualitäten der Projekte müssen in einem moderierten Prozess definiert werden. Die Abstimmung ist Voraussetzung für die Skalierung und Übertragbarkeit der Ansätze an andere Standorte.

1. Um das Potential einer integrierten Entwicklung zu aktivieren, sollte die Entwicklung und Umsetzung einzelner Projekte in einem Team mit einem Praxispartner aus der Gesundheitsversorgung und einem regionalen Ansprechpartner erfolgen, der die Rückbindung in die Region absichert.
2. Die Entwicklungsteams müssen interdisziplinär zusammengestellt werden, um die Offenheit des Einzelprojekts im Gesamtzusammenhang der Region sicherzustellen (Keine Insellösungen).
3. Die Entwicklungsteams sollen in einer engen und schnellen Taktung an der Lösung konkreter Probleme arbeiten, die durch den Umsetzungspartner benannt werden und die unmittelbar in einer Testphase überprüft und in ihrer regionalen Wirkung bewertet werden.
4. Test und Evaluierung des Projekts muss zwingend dokumentiert werden. Für die Evaluation der Ergebnisse ist die Steuerungsgruppe zuständig, die in der Gesundheitsregion Holzminden heute bereits angelegt ist. Die Evaluation führt
 - zu einer abgestimmten Aktualisierung der Maßnahmen,
 - zu einer abgestimmten Formulierung von neuen, ergänzenden Gesundheitsprojekten,
 - gegebenenfalls zu einem frühzeitigen Rückzug aus dem Projekt.

Empfehlung 7 | Nah und fern - Über die Grenzen blicken.

Der Landkreis Holzminden profitiert von innovativen Versorgungsansätzen, wenn Raumzuschnitt oder Akteurskonstellation der einzelnen Projekte in engem Austausch mit umliegenden regionalen und überregionalen Initiativen stehen.

Die administrative Einheit eines Landkreises entspricht nicht unbedingt der Lebenswirklichkeit der Bevölkerung oder den Interessenslagen der Gesundheitsakteure. Dies gilt es zu berücksichtigen, wenn Schlüsselprojekte der Gesundheitsversorgung im Landkreis definiert werden. Wir empfehlen Gesundheitsprojekte deswegen stets in unmittelbarem Orts- und Akteursbezug zu konzipieren, denn nur so lassen sich relevante räumliche oder organisatorische Bezüge identifizieren, die die Nachhaltigkeit eines Vorhabens absichern. Existierende Ansätze müssen aufgenommen und ausgebaut werden.

Empfehlung 8 | Bedürfnisse erfüllen - Die Nutzer sehen.

Die sozialen und gesellschaftlichen Defizite, die aus einer ausschließlichen Konzentration auf die technisch darstellbare Versorgungsleistung resultieren, stellen eine der größten Herausforderungen dar, die der ländliche Raum adressieren sollte. Die Auflösung des psychosozialen Umfelds, das mit dem Verschwinden einer Bezugsperson oder eines Ortes verbunden ist, stellt ein enormes Risiko für einen Raum dar, der bis heute aus dem unmittelbaren sozialen Kontext heraus Kraft schöpft (Nachbarschaft, Dorfgemeinschaft, Vereinswesen, Ehrenamt etc.).

Der Verlust von Treffpunkten, Ansprechpartnern oder Versorgungsangeboten bedroht das Dorf. Die Rückbesinnung auf den Nahraum, die Übersichtlichkeit und die damit verbundene Vertrautheit kann eine Schnittstelle zwischen innovativer Gesundheitsversorgung und integrierter Landentwicklung werden. Wir empfehlen dem Landkreis Holzminden, diesen Aspekt sehr stark zu unterstützen, da er für die Akzeptanz innovativer Gesundheitsansätze in der Bevölkerung von ausschlaggebender Bedeutung ist. Fokus der Umsetzung sollte auf den Impulsprojekten MediZIMMER und Delegation liegen.

Empfehlung 9 | Modellprojekte aufstellen - Budgets abstimmen.

Impulsprojekte zur Gesundheit sollten als Modellprojekte angelegt werden, um neue Ideen zu testen.

Förderangebote aus dem Kontext LEADER / ELER usw. können für die Umsetzung konkreter Einzelmaßnahmen einzelner Wirtschaftsakteure eingesetzt werden, während Unterstützungsangebote aus dem Innovationsfond²⁴ oder Förderangebote des Landes für die konzeptionelle Weiterentwicklung eingesetzt werden und den organisatorischen Rahmen stärken.

Empfehlung 10 | Kommunikation intensivieren - Auf alle Instrumenten spielen.

Um die Umsetzung der Impulsprojekte zu unterstützen, bedarf es einer angepassten Vorgehensweise in der Startphase und einer frühzeitigen Einbindung von Wirtschafts- und Sozialpartnern neben den vertrauten Partnern der Gesundheitsversorgung. Kommunikation und Moderation sind wesentliche Aufgaben, die von Anfang an professionell unterstützt und konzipiert werden müssen.

Die Kommunikation oder Moderation beteiligt alle Akteure, informiert neue Partner und gewinnt Unterstützerinnen und Unterstützer, um die gemeinsam gesteckten Ziele

²⁴ Innovationsfond: Förderung neuer Versorgungsformen, die über die bisherige Regelversorgung hinausgehen, und Versorgungsforschungsprojekte, die auf einen Erkenntnisgewinn zur Verbesserung der bestehenden Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung ausgerichtet sind; <https://goo.gl/XeLDa2>; gefunden 05.10.2017

le der Gesundheitsversorgung zu erreichen. Sie muss prozessbegleitend aufgebaut und entwickelt werden. Dafür ist ein entsprechendes Budget abzubilden.

- Die Kommunikation muss verstetigt und abgestimmt werden. Sie sollte nicht nur über Printmedien / Web erfolgen sondern auch soziale Medien bespielen.
- Die eine Umsetzung begleitenden Informationsveranstaltungen sollten zu mehreren aufeinander folgenden Strategieworkshops weiterentwickelt werden. In diesen Workshops bereiten die Teilnehmerinnen und Teilnehmer die Impulsprojekte vor und werden in die anstehende Teamarbeit / Vernetzungsarbeit eingeführt.
- Qualifizierungsmaßnahmen, wie die „Dorfmoderation Südniedersachsen“, die in der EU-Förderperiode 2014-2020 unterstützt werden, können in entsprechende Ansätze eingebunden werden.

Roadmap | Nächste Schritte

Die im Rahmen dieser Arbeit identifizierten Ansätze einer innovativen medizinischen Versorgung im ländlichen Raum wurden durch intensive Arbeit mit den Versorgungsakteuren begleitet. Es entstanden erste Projektstrukturen, die in den kommenden Wochen verstetigt werden müssen, um tatsächlich zu Modellprojekten weiter entwickelt zu werden. Die dabei bereits heute sichtbaren zeitlichen Rahmen, die durch die häufig langwierigen Antragsprozesse zur Unterstützung der Modellprojekte vorgegeben sind, bedeuten, dass der Landkreis Holzminden so schnell wie möglich mit der Ausarbeitung beginnen muss.

1. Die Impulsprojekte müssen für eine Realisierung durch entsprechende Förderangebote unterlegt werden. Die Antragstellung ist in den kommenden Monaten vorzubereiten. Dafür ist zeitnahes Handeln wichtig.
2. Die Entscheidung über eine Fortführung der Impulsprojekte „Delegation“ und „MediZIMMER“ sollte in den Gremien des Landkreises so schnell wie möglich herbeigeführt werden, um die im Rahmen der vorliegenden Studie entstandene Dynamik aufzunehmen und den interessierten Versorgungsakteuren, die als potentielle Träger von Impulsprojekten angesprochen werden müssen, Planungssicherheit zu geben.
3. Durch den Innovationsfond wird im 4.Quartal 2017 ein neue Bekanntmachung zur Unterstützung von Modellprojekten lanciert. Die genauen Themenfelder sind noch offen, die Impulsprojekte können angepasst werden. Der Landkreis sollte dieses Angebot aufgreifen und im Rahmen des Förderschwerpunkts ‚neue Versorgungsformen‘ für die Realisierung des Impulsprojekts *Delegation* ein regionales Konsortium organisieren, durch das der Antrag gestellt werden kann. Dieses Konsortium kann bestehen aus
 - Klinikum Holzminden
 - Pflegedienst
 - Kirche
 - Kassenärztliche Vereinigung Niedersachsen
 - Krankenkasse
4. Der Antrag für den Innovationsfond ist voraussichtlich bis März 2018 auszuarbeiten. Dieser Zeitraum kann genutzt werden, um das angedachte Impulsprojekt *Delegation* weiter zu konkretisieren. Hier wird der Schwerpunkt auf der Ausarbeitung der organisatorischen und rechtlichen Rahmenbedingungen liegen, die den Betrieb des Angebots absichern.
5. Insbesondere ist zu klären, wie sich die vorgeschlagene Ausweitung der Delegation auch auf Pflegeangebote abrechnen lässt. Bislang ist dies nicht möglich. Vor

diesem Hintergrund ist augenblicklich die Sonderlösung eines „Modellprojekts“ denkbar, das im Rahmen einer avisierten Beteiligung am Innovationsfond über mehrere Jahre auf seine Tauglichkeit im ländlichen Raum hin getestet wird. Diese Möglichkeit ist zeitnah zwischen Landkreis und Kassenärztlicher Vereinigung zu konkretisieren.

6. Die Erwartungen an das Impulsprojekt *Delegation* müssen in der Folge von den beteiligten Akteuren definiert werden, ein gemeinsames Vorgehen muss abgestimmt werden. Der Antrag sollte über eine externe Zuarbeit vorbereitet werden, um die Ausgeglichenheit des Vorschlags sicherzustellen.
7. Zeitgleich gilt es für das Impulsprojekt *MediZIMMER* die Standorte zu benennen und mögliche Träger zu identifizieren. Hier kann auf existierende Unterstützungsangebote zur integrierten ländlichen Entwicklung zurückgegriffen werden.
8. Die Antragsfristen für die Umsetzung von LEADER-Maßnahmen werden im September 2018 liegen. Antragstellern (Kommunen oder Wirtschaftsakteuren) muss ausreichend Zeit eingeräumt werden, um einen tragfähigen Rahmen abzubilden, da in der Realisierung des Impulsprojekts auch Eigenmittel notwendig sind. Dafür sind die entsprechenden Unterstützungsangebote zu machen, die im Rahmen eines Folgeprojekts zum vorliegenden Gutachten konkretisiert werden können. Unter anderem ist zu klären:
 - Welche Standorte im Landkreis sind optimal geeignet, um ein MediZIMMER einzurichten?
 - Welche Gebäude sind geeignet, um ein MediZIMMER aufzunehmen und mit welchen Budgets für einen gegebenenfalls notwendigen Umbau muss gerechnet werden?
 - Welche lokalen Akteure können in Betrieb und Betreuung von MediZIMMER eingebunden werden?
 - Welche ergänzenden Angebote können vor Ort realisiert werden, um das MediZIMMER möglicherweise als Teil eines Multifunktionsansatzes der Versorgung im Dorf zu einem sozialen Ort auszubauen?
9. Mit den fördermittelgebenden Stellen ist abzustimmen, inwieweit die durch die bekannten Förderprogramme fixierte Zweckbindung der Mittel nicht der Realisierung von Modellen entgegensteht, die als experimentelle Ansätze ausgelegt sind und ob es gegebenenfalls alternative Möglichkeiten der Unterstützung gibt.
10. Die Arbeit an der Aufstellung der Impulsprojekte *Delegation* und *MediZIMMER* muss zu einem gemeinsamen Ansatz zusammengeführt werden. Hierzu ist mit den beteiligten Akteuren ein Moderations- und Abstimmungsprozess einzuleiten.

Beteiligung und Öffentlichkeitsarbeit

07.06.2017 Workshop Kirchbrak, Interessierte Bürger
13.07.2017 Experteninterview Krankenhaus Holzminden, GF Herr Ellerhoff
13.07.2017 Vernetzungsgespräch MoVerMo / Gesundheitsregion
26.07.2017 Workshop Polle, Fachöffentlichkeit am Ort
26.07.2017 Experteninterview Kardiologie, Dr Brandt
26.07.2017 Experteninterview ambulanter Pflegedienst DeBoer, GF Herr Böhle
26.07.2017 Experteninterview Gefäßchirurgie Dr. Joester
26.07.2017 Experteninterview Kassenärztliche Vereinigung Herr Jeschonnek
17.08.2017 Experteninterview Landesvereinigung für Gesundheit, Frau Kenter
13.09.2017 2. Gesundheitskonferenz Holzminden

Linkliste

Gesundheitsregionen Niedersachsen, Webauftritt; gefunden: 05.10.2017;
<https://goo.gl/72aSDD>
Leitfaden Gesundheitsregion Niedersachsen; gefunden: 05.10.2017;_
<https://goo.gl/ZUUS5k>
E-Health Gesetz; gefunden: 05.10.2017; <https://goo.gl/kbLGJb>
Projektbeschreibung Modellvorhaben „Rollende Arztpraxis“ im Landkreis Wolfenbü-
ttel; gefunden: 05.10.2017; <https://goo.gl/VQKNjs>
Referenzprojekt „Rollende Arztpraxis“ aus der Schweiz; gefunden: 05.10.2017;
<https://goo.gl/JLGX2g>
Webseite Zentrum für Telemedizin und Gesellschaft (ZTG) ; gefunden: 05.10.2017;
<https://goo.gl/4Bijh3>
Teleradiologie Netzwerk Reif und Möller; gefunden: 05.10.2017;
<https://goo.gl/8eosdR>
MHH Teleneurologie-Netzwerk Hannover; gefunden: 05.10.2017;_
<https://goo.gl/BOzTpd>
Rahmenvertrag Entlassmanagement; gefunden: 05.10.2017; <https://goo.gl/6xrGY7>
Regionales Entwicklungskonzept (REK) Region Solling-Vogler; gefunden: 05.10.2017;
<https://goo.gl/hHeE8h>
MoVerMo Holzminden; gefunden: 05.10.2017; <https://goo.gl/o8LQj1>
Gesundheitsregion Holzminden; gefunden: 05.10.2017; <https://goo.gl/wa9EA1>
Gesundheitsberufe neu denken, Gesundheitsberuf neu regeln - Eine Denkschrift der
Robert-Bosch-Stiftung; gefunden: 05.10.2017; <https://goo.gl/KEpr3K>
Innovationsfond; gefunden: 05.10.2017; <https://goo.gl/XeLDa2>

Impressum

Auftraggeber

Landkreis Holzminden - die Landrätin
Frau Schürzeberg

Kreisentwicklung / Wirtschaftsförderung
Innenentwicklung
Bürgermeister-Schrader-Straße 24
D-37603 Holzminden
innenentwicklung@landkreis-holzminden.de

Verfasser

InD

InD initialdesign
Dr. Wilhelm Klauser

Marienburger Allee 5
D-14055 Berlin
ind-berlin@initialdesign.de
www.initialdesign.de

Zeitraum der Untersuchung: April 2017 - Oktober 2017

Expertise Telemedizin // Download: <https://goo.gl/K9NcDq>
ZTG Zentrum für Telematik und Telemedizin GmbH
Universitätsstraße 142, D- 44799 Bochum

Begleitung der Studie bis zum 17.07.2017 durch Ger-On Consult & Research UG: Kontakthanbahnung zur ZTG, konzipierte den Auftrag an die ZTG gemeinsam mit InD, führte den Workshop in Kirchbrak gemeinsam mit InD durch.
Ger-On Consult & Research UG , Dr. Vera Gerling
Westfeld 9, D-58730 Fröndberg



Im Auftrag von:



Unterstützt von:



Gefördert durch:



EUROPÄISCHE UNION
Europäischer Landwirtschafts-
fonds für die Entwicklung des
ländlichen Raums



Niedersachsen

Gefördert durch:



aufgrund eines Beschlusses
des Deutschen Bundestages