

Preparatory Action on Smart Rural Areas in the 21st Century



Vorschlag zur Konkretisierung
der Ausgangsidee eines telemedizinischen
Netzwerkes

empirica Gesellschaft für Kommunikations- und Technologieforschung mbH

07.06.2021

Inhalt

1	Einleitung.....	3
2	Übersicht über telemedizinische Anwendungen in der Regelversorgung	4
3.	Vorgeschlagene Schritte zur Konkretisierung des angestrebten telemedizinischen Netzwerkes.....	7
4.	Vorläufige Schlüsselfragen zur Konkretisierung der Ausgangsidee	9

1 Einleitung

Im Rahmen des Smart Rural 21 Projektes ist in Sollstedt u.a. die Idee entwickelt worden, telemedizinische Anwendungen zu nutzen, um einem absehbaren Mangel an niedergelassenen Allgemeinmedizinerinnen begegnen zu können und die Samtgemeinde für junge Ärzte attraktiver zu machen. Grundsätzlich ist das Problem des Ärztemangels in ländlichen Regionen vielfach diskutiert worden. Vor allem niedergelassene Ärzte im hausärztlichen Bereich haben zunehmend Schwierigkeiten, einen Nachfolger zu finden.¹ Vor diesen Hintergrund wird u. a. die Nutzung von telemedizinischen Lösungen in ländlichen Räumen diskutiert. In einem Beitrag für das Online Magazin G+G, das vom AOK-Bundesverband herausgegeben wird, hat die Bundeslandwirtschaftsministerin Julia Klöckner beispielweise einige Modellprojekte skizziert, die im Rahmen bundesweiter Förderprogramme durchgeführt wurden oder werden.² Auf der Ebene der Bundesländer wurden und werden ebenfalls eine Reihe von Modellprojekten durchgeführt.³ Auch der Deutsche Landkreistag hat in einer Handreichung aus einer kreisbezogenen Digitalisierungsbetrachtung heraus unterschiedliche Handlungsfelder identifiziert, in denen digitale Technologien die Gesundheitsversorgung verbessern können.⁴

Alles in allem sind die Einsatzmöglichkeiten digitaler Technologien im Gesundheit- und Pflegebereich vielfältig, zumindest potenziell. Trotz einer beachtlichen Anzahl von geförderten Projekten und Veröffentlichungen rund um das Thema Digitalisierung im ländlichen Raum, bleibt jedoch festzuhalten, dass überwiegend die technische Machbarkeit und mögliche Chancen thematisiert werden. Zu der Umsetzbarkeit und den Auswirkungen digitaler Anwendungen in der Regelversorgung, d.h. über öffentlich geförderte Pilotprojekte hinaus, liegen bisher jedoch deutliche weniger belastbare Informationen vor. Das folgende Kap. 2 fasst vor diesem Hintergrund zunächst kurz zusammen, welche digitalen Lösungen derzeit insbesondere im Zusammenhang mit dem Ärztemangel in ländlichen Regionen im Rahmen der Regelversorgung diskutiert werden. Im Anschluss daran wird in Kap. 3 dargestellt, wie die bisherige Idee eines telemedizinischen Netzwerkes, die in Sollstedt weiter konkretisiert werden könnte, um in ein konkretes Umsetzungsvorhaben definieren zu

¹ Vor dem Hintergrund der bis zum Jahr 2030 prognostizierten Entwicklung haben die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) und die Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) beispielsweise verschiedene Konzepte ausgearbeitet und umgesetzt, um einem Ärztemangel vor Ort entgegenzuwirken. So können die KVen in Regionen, in denen ein Ärztemangel droht, beispielsweise Vergütungszuschläge zahlen oder Umsatzgarantien für niederlassungswillige Ärzte aussprechen.
Vgl. https://www.kbv.de/html/themen_1076.php [letztmaliger Zugriff: 21.04.2021]

² <https://www.gg-digital.de/2019/09/einwurf/index.html> [letztmaliger Zugriff: 21.04.2021].

³ Zum Beispiel startete die Kassenärztliche Vereinigung Thüringen (KVT) 2018 mit der AOKPLUS als erste Krankenkasse im Freistaat Versorgungsprojekt TeleArzt in Thüringen. Vgl. https://www.t-online.de/region/id_83622036/kassenaerztliche-vereinigung-startet-projekt-fuer-telemedizin.html [letztmaliger Zugriff: 21.04.2021]. In Rheiland-Pfalz ist unter den Titel "Telemedizin-Assistenz" ein ähnliches Projekt angelaufen. Vgl. <https://www.kv-rlp.de/institution/engagement/telemedizin-assistenz/> [letztmaliger Zugriff: 21.04.2021]

⁴ Digitalisierung und Gesundheit - Handreichung zur Digitalisierung in der Gesundheitsversorgung. Schriften des Deutschen Landkreistages, Band 146. Vgl. <https://landkreistag.de/images/stories/publikationen/bd-146.pdf> [letztmaliger Zugriff: 03.05.2021]

können. Abschließend sind vor dem Hintergrund der bisher verfügbaren Informationen und des bisher geführten Gesprächs eine Reihe von Schlüsselfragen aufgelistet, die für die weitere Konkretisierung des Vorhabens von Relevanz sein können (Kap. 4).

2 Übersicht über telemedizinische Anwendungen in der Regelversorgung

In einer jüngst erschienenen Veröffentlichung fassen Bach et al. (2021)⁵ unter dem Stichwort „eHealth“ unterschiedliche digitale Anwendungen im Hinblick auf deren möglichen Beitrag zur Stärkung ländlicher Räume zusammen. Dort werden drei Hauptanwendungsbereiche unterschieden, nämlich:

- a) der Austausch von Daten (z.B. durch elektronische Akten, Arztbriefe und Rezepte),
- b) die persönliche Kommunikation (z.B. durch Video- und Sprachtelefonie) sowie
- c) die Unterstützung der unmittelbaren Leistungserbringung (z. B. durch Ferndiagnostik und telemedizinische Anwendungen).

Das Konzept eines telemedizinischen Netzwerkes zur Patientenbetreuung ist in diesem Sinne vor allem der letzten Kategorie zuzuordnen. Dabei ist zu berücksichtigen, dass der Einsatz von telemedizinischen Lösungen zur Gesundheitsversorgung in der Regel eine Kombination von technologischen und organisatorischen Neuerungen beinhaltet.⁶ Zudem spielen für den wirtschaftlichen Einsatz telemedizinischer Lösungen in der Regelversorgung, d.h. über öffentlich geförderte Pilotanwendungen hinaus, auch die Möglichkeiten zur Erstattung telemedizinischer Leistungen durch die Kostenträger, also in der Regel die Krankenkassen, eine Rolle. Hierfür hat der Gesetzgeber seit 2015 entsprechende Rahmenbedingungen geschaffen.⁷ Vor diesem Hintergrund scheinen sich im Regelbetrieb unterschiedliche Lösungsansätze im Rahmen der Vertragsärztlichen Versorgung herauszukristallisieren, die in den folgenden Abschnitten kurz skizziert.

⁵ Bach, M.; Meyer, I.; Müller, S. (2021) ‚EHealth als Integrationsmotor in der ländlichen Krankenversorgung: Voraussetzungen, Herausforderungen und Chancen‘, in: Weidmann, C.; Reime, B. (Hrsg.) ‚Gesundheitsförderung und gesundheitsbezogene Versorgung im ländlichen Raum‘, Bern: Hogrefe, S. 262-276.

⁶ Vgl. z.B. L. Kubitschke, S. Müller und I. Meyer (2017): Kann e-Health einen Beitrag zu verstärkter Integration von Gesundheitsdienstleistungen und verbesserter Kooperation beteiligter Akteure leisten? Erfahrungen aus Europäischen Pilotprojekten. In A. Brandhorst, H. Hildebrandt und E.W.Luthe (Hrsg.): Kooperation und Integration – das unvollendete Projekt des Gesundheitssystems. Springer, 2017., S. 515-532.

⁷ Das Gesetz für sichere digitale Kommunikation und Anwendungen im Gesundheitswesen von 2015, auch bekannt als e-Health Gesetz, sollen u. a. telemedizinischer Leistungen (Online-Videosprechstunde, telekonsiliarische Befundbeurteilung von Röntgenaufnahmen) gefördert werden. Vgl. <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/service/begriffe-von-a-z/e/e-health-gesetz.html> [letztmaliger Zugriff: 21.04.2021]

2.1 Delegation von fachärztlichen Aufgaben an nicht-ärztliche Assistenzkräfte

Der Grundgedanke, der dem Konzept der Delegation in der haus- und fachärztlichen Versorgung zugrunde liegt, geht davon aus, dass Aufgaben, die bisher ausschließlich von niedergelassenen Ärzten wahrgenommen wurden, an hierfür besonders geschulte nicht-ärztliche Assistenzkräfte übertragen werden können. Dabei kann die Zusammenarbeit dieser Fachkräfte mit dem betreuenden Arzt durch digitale Hilfsmittel unterstützt werden, etwa durch die digitale Messung, Speicherung und Übertragung von Vitaldaten des Patienten oder durch die fallweise Hinzuziehung des Arztes vor Ort durch eine Videoverbindung. Das Delegationsverfahren soll zu einer Entlastung des behandelnden Arztes führen, so dass eine größere Zahl von Patienten durch den jeweiligen Arzt betreut werden kann oder die geographische Reichweite der ärztlichen Betreuung durch Assistenzkräfte in der Fläche erweitert werden kann. Gleichzeitig sollen bei der Qualität der ärztlichen Versorgung keine Abstriche gemacht werden. Dieses Grundkonzept wurde seit 2005 erstmalig in einem bundesweiten Modellvorhaben⁸ erprobt und ist seither mehrfach variiert worden, u.a. in Thüringen.⁹ Dabei können geschulte Assistenzkräfte je nach Modell entweder mit einem einzigen Arzt oder mit mehreren Ärzten zusammenarbeiten, die sich in einem Ärztenetzwerk zusammengeschlossen haben. Zudem gibt es unterschiedliche Ansätze bei der Qualifizierung oder Fortbildung der Assistenzkräfte. Nicht zuletzt können unterschiedliche Lösungen verwendet werden, wenn es um die digitale Unterstützung der Zusammenarbeit von Assistenzkräften und Ärzten geht. So bietet beispielsweise die vitaphone GmbH unter der Produktbezeichnung TELEARZT eine Paketlösung aus Hardware- und Softwarekomponenten zur Unterstützung von Delegationsverfahren an.¹⁰ Auf der Internetseite des Unternehmens wird auf teilnehmenden Krankenkassen in Bayern, Hessen und Thüringen verwiesen, die eine Vergütung für die Versorgung von Patienten mit dem TELEARZT in Form eines Honorars pro Patientin anbieten, wobei die betreuten Patienten bestimmte Einschreibebedingungen erfüllenden müssen.¹¹ Generell stellt auch die Kassenärztliche Bundesvereinigung auf ihrer Internetseite Informationen zur Beschäftigung von nichtärztlichen Praxisassistenten im Rahmen der Delegation bereit.¹² Dies betrifft beispielsweise Kriterien, die Haus- und Fachärzte erfüllen müssen, die Regelung der Vergütung und die Anforderungen an die Ausbildung von Praxisassistenten.

2.2 Die Videosprechstunde

Die Videosprechstunde ermöglicht eine direkte Fernbetreuung des Patienten durch den Arzt oder Psychotherapeuten, etwa um lange Anfahrtswege einzusparen oder bei grundsätzlicher

⁸ Vgl. <https://cdn.aerzteblatt.de/pdf/106/1/m3.pdf?ts=25.08.2009+14%3A15%3A17> [letztmaliger Zugriff: 21.04.2021]

⁹ Vgl. <https://www.aerzteblatt.de/nachrichten/76198/KV-Thueringen-kuendigt-drei-Telemedizinprojekte-an> und <https://www.aerzteblatt.de/nachrichten/56295/Arztentlastung-Bitte-mehr-EVA-AGnES-VERAH-und-Co> [letztmaliger Zugriff: 21.04.2021]

¹⁰ <https://www.tele-arzt.com/#produkt> [letztmaliger Zugriff: 21.04.2021]

¹¹ <https://www.tele-arzt.com/honorarvereinbarungen/> [letztmaliger Zugriff: 21.04.2021]

¹² <https://kbv.de/html/12491.php> [letztmaliger Zugriff: 21.04.2021]

Immobilität (z.B. nach einer Operation). Auf diese Weise ist es beispielsweise möglich, die Behandlung am Bildschirm zu erläutern, den Heilungsprozess einer Operationswunde zu begutachten oder ein psychotherapeutisches Gespräch führen. Insbesondere während der Corona-Pandemie haben Arztpraxen diese Form der Fernbetreuung laut der kassenärztlichen Vereinigung offenbar verstärkt angeboten.¹³ Bisherige Erfahrungen deuten darauf hin, dass die Videosprechstunde eine sinnvolle Ergänzung zur klassischen Sprechstunde in der Praxis sein kann.¹⁴ Insbesondere, wenn es um die Diagnostik geht, wird sie aber wohl eine persönliche Vorstellung beim Arzt nicht in jedem Fall vollständig ersetzen können, da eine umfassende Begutachtung des Patienten über einen Bildschirm nicht zu gewährleisten ist. Grundsätzlich können Ärzte bestimmter Fachgruppen unter genau definierten Voraussetzungen seit 2017 Videosprechstunde zu Lasten der Gesetzlichen Krankenversicherung anbieten.¹⁵ Hierzu wählt der Arzt oder Psychotherapeut einen zertifizierten Videodienstleister aus, der für einen sicheren technischen Ablauf der Videosprechstunde sorgt. Die Anbieter müssen einen Nachweis von IT-Sicherheit und Datenschutz nach festgelegten Regeln erbringen. Eine Liste zertifizierter Videodienstleister, die die technische Durchführung von Videosprechstunden anbieten dürfen, wird von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung angeboten.¹⁶ Auf Seiten der Praxen und der Patient werden im Wesentlichen ein Bildschirm mit Kamera, Mikrofon und Lautsprecher sowie eine Internetverbindung benötigt. Eine zusätzliche Software ist nicht erforderlich.

2.3 Digitale Gesundheitsanwendungen (DiGA)

Mit dem Inkrafttreten des Digitale-Versorgung-Gesetzes (DVG) am 19. Dezember 2019 wurden die Digitalen Gesundheitsanwendungen (DiGA) in die Gesundheitsversorgung eingeführt (§§ 33a und 139e SGB V).¹⁷ Sie sollen als digitale Helfer in der Hand des Patienten bei der Erkennung, Überwachung, Behandlung, Linderung oder Kompensierung von Krankheiten, Verletzungen oder Behinderungen unterstützen.¹⁸ Eine solche DiGA muss somit mindestens eine medizinische Indikation haben. D. h. es muss klar ersichtlich sein, bei welcher Erkrankung/Diagnose sie anzuwenden ist. In diesem Sinne beruht der Grundgedanke bei der erstattungsfähigen DiGA darauf, dem Patienten digitale

¹³ Vgl. <https://www.kbv.de/html/videosprechstunde.php> [letztmaliger Zugriff: 27.05.2021]

¹⁴ <https://www.kbv.de/html/52109.php> [letztmaliger Zugriff: 27.05.2021]

¹⁵ Die Kassenärztliche Vereinigung Thüringen bietet beispielsweise ein Merkblatt sowie ein entsprechendes Antragsformular an. Vgl. https://www.kv-thueringen.de/fileadmin/media2/KAEV/3200/KI/3200_KI_Video_2019_00_0001.pdf sowie https://www.kv-thueringen.de/fileadmin/media2/KAEV/3200/AF/3200_AF_Video_2019_01_0001.pdf [letztmaliger Zugriff: 27.05.2021]

¹⁶ https://www.kbv.de/media/sp/Liste_zertifizierte-Videodienstleister.pdf [letztmaliger Zugriff: 03.05.2021]

¹⁷ Vgl. https://www.bfarm.de/DE/Medizinprodukte/DVG/_node.html
[https://www.bgbl.de/xaver/bgbl/start.xav?startbk=Bundesanzeiger_BGBl&start=//*\[@attr_id=%27bgbl119s2562.pdf%27\]#_bgbl_%2F%2F*%5B%40attr_id%3D%27bgbl119s2562.pdf%27%5D1622219658194](https://www.bgbl.de/xaver/bgbl/start.xav?startbk=Bundesanzeiger_BGBl&start=//*[@attr_id=%27bgbl119s2562.pdf%27]#_bgbl_%2F%2F*%5B%40attr_id%3D%27bgbl119s2562.pdf%27%5D1622219658194) [letztmaliger Zugriff: 03.05.2021]

¹⁸ Der Deutsche Hausärzteverband hat hierzu eine erläuternde Handreichung erstellt. Vgl. https://hausarzt-thueringen.de/wp-content/uploads/2020_11_16_FAQ_Liste_DiGA-1.pdf [letztmaliger Zugriff: 03.05.2021]

Medizinprodukte mit geringem Risiko zur Eigennutzung zur Verfügung zu stellen. In diesem Zusammenhang ist das Konzept der DiGA auch als „App auf Rezept“ bekannt geworden. Je nach Krankheitsbild und Aufbau einer bestimmten DiGA kann diese allein vom Patienten, aber durchaus auch von Arzt und Patient gemeinsam genutzt werden. Zudem kann es auch vorkommen, dass eine bestimmte DiGA in der Kombination mit anderen Geräten wie z.B. Pulsmessern oder Software angewendet wird. Allerdings ist zu beachten, dass die DiGA den Arztbesuch oder die Einnahme eines Arzneimittels nicht ersetzen soll. Sie ist als eine sinnvolle Ergänzung und Unterstützung einer „klassischen“ Behandlung durch den Arzt gedacht. Grundsätzlich ist zu beachten, dass nur solche DiGA zu Lasten der Gesetzlichen Krankenversicherung verordnet werden können, die erfolgreich ein Prüfverfahren durchlaufen haben, das beim Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) angesiedelt ist.¹⁹ Hersteller konnten ab dem 27. Mai 2020 einen Prüfantrag stellen. Das BfArM unterhält das sog. DiGA-Verzeichnis (§ 139e SGB V). Erste Eintragungen von zugelassenen Produkten erfolgten ab Oktober 2020. Dort aufgeführte DiGA können von Ärzten und Psychotherapeuten verordnet werden, um bei der Erkennung und Behandlung von Krankheiten oder z.B. der individuellen Umsetzung von Behandlungsprozessen zu unterstützen. Die Kosten für die DiGA sowie für ggfs. im Rahmen ihrer Anwendung erforderliche ärztliche Leistungen werden von der gesetzlichen Krankenversicherung übernommen.

3. Vorgeschlagene Schritte zur Konkretisierung des angestrebten telemedizinischen Netzwerkes

Wie bis hierhin skizziert, stehen grundsätzlich unterschiedliche telemedizinische Lösungen im Rahme der Regelversorgung zur Verfügung, d.h. im Sinne von erstattungsfähigen telemedizinischen Leistungen. Vor diesem Hintergrund erscheint es sinnvoll, die bisher formulierte Zielsetzung eines telemedizinischen Netzwerkes schrittweise zu konkretisieren. Ziel ist es hierbei, gemeinsam mit relevanten Akteuren vor Ort ein tragfähiges Umsetzungskonzept zu erarbeiten. Ausgehend von dem im Rahmen von Smart Rural 21 entwickelten Strategiedokument, wird zu diesem Zweck ein dreistufiges Vorgehen vorgeschlagen:

- (1) Konkretisierung der Ausgangsidee: In einem ersten Schritt wird empirica das Team in Sollstedt dabei unterstützen, die Ausgangsidee des angestrebten telemedizinischen Netzwerkes als Reaktion auf den zu erwarteten Ärztemangel weiter zu konkretisieren. Ziel dieses ersten Schrittes ist es, die bisherigen Vorstellungen darüber zu konkretisieren, in welcher Weise telemedizinische Anwendungen dazu genutzt werden können, die Gesundheitsversorgung vor Ort zu unterstützen. empirica wird hierzu ein Arbeitsdokument erstellen, das von dem Team in Sollstedt als unterstützendes Werkzeug in Eigenregie genutzt werden kann. Falls gewünscht, wird empirica dessen Anwendung im Rahmen von zu vereinbarenden Videotermi- nen oder Webinaren begleitend unterstützen.

¹⁹ <https://diga.bfarm.de/de> [letztmaliger Zugriff: 03.05.2021]

- (2) Vertiefende Prüfung der Umsetzbarkeit unter gegebenen Rahmenbedingungen: Die konkretisierte Ausgangsidee soll in einem weiteren Schritt auf ihre praktische Umsetzbarkeit unter gegebenen Rahmenbedingungen hin abgeklopft werden. Dabei sollen konkrete Umsetzungsmöglichkeiten aber auch mögliche Umsetzungshindernisse oder -risiken eingeschätzt werden. Im Ergebnis sollen etwaige Anpassungsbedarfe des ursprünglich angestrebten Konzepts oder mögliche Alternativen identifiziert werden. Zu diesem Zweck wird empirica ein Arbeitsdokument erstellen, das von dem Team in Sollstedt als unterstützendes Werkzeug in Eigenregie genutzt werden kann. Dieses Werkzeug wird im Kern auf einer von dem Team in Sollstedt in Eigenregie durchzuführenden sogenannten SWOT-Analyse (Strengths, Weaknesses, Opportunities, Threats) beruhen. Ziel ist es hierbei, in einem pragmatischen Verfahren die konkretisierte Ausgangsidee auf ihre Stärken und Schwächen sowie auf die Chancen und Herausforderungen hin abzuklopfen, vor allem hinsichtlich der praktischen Umsetzbarkeit. Damit lassen sich beeinflussbare Faktoren aber auch unbeeinflussbare Rahmenbedingungen aufspüren, die die konkrete Umsetzung des Vorhabens erschweren oder gar unmöglich machen könnten. Darauf aufbauend lassen sich dann ggf. alternative Vorgehensweisen formulieren. Dies sollte idealerweise in Zusammenarbeit mit den Akteuren geschehen, die letztendlich betroffen wären bzw. bei der Umsetzung des angestrebten telemedizinischen Netzwerkes einbezogen werden müssten. Falls gewünscht, wird empirica die Anwendung des erstellten Arbeitsdokuments im Rahmen von zu vereinbarenden Videoterminalen oder Webinaren begleitend unterstützen.
- (3) Operationale Umsetzungsplanung: Ausgehend von dem Ergebnis der Umsetzbarkeitseinschätzung erfolgt in einem nächsten Schritt die Planung der konkreten Umsetzung des Vorhabens unter Alltagsbedingungen. Zu diesem Zweck wird empirica ein Arbeitsdokument entwickeln, das von dem Team in Sollstedt in Eigenregie zur Umsetzungsplanung genutzt werden kann. Dieses Werkzeug soll dabei helfen, wichtige Umsetzungsschritte, -aufgaben und Verantwortlichkeiten festzulegen und deren Umsetzung im Zeitverlauf überprüfbar zu machen. Falls gewünscht, wird empirica die Anwendung des erstellten Arbeitsdokuments im Rahmen von zu vereinbarenden Videoterminalen oder Webinaren begleitend unterstützen.

Die untenstehende Tabelle zeigt eine vorläufige Aufwandsschätzung, die als Vorschlag zur weiteren Abstimmung gedacht ist.

Nr.	Was	Wer	Personen Tage
1	Entwicklung Arbeitsdokument (1): Werkzeug zur Konkretisierung der Ausgangsidee	empirica	2
2	Anwendung des Arbeitsdokuments (1): Konkretisierte Umsetzungsidee	Local Team	10
3	Anwendungsunterstützung nach Absprache (1): Video-Treffen / Webinar	empirica	3
4	Entwicklung Arbeitsdokument (2): Werkzeug zur Umsetzbarkeitseinschätzung	empirica	2
5	Anwendung des Arbeitsdokuments (2): Konsolidierte Umsetzungsidee und/oder alternative Ideen	Local Team	10
6	Anwendungsunterstützung nach Absprache (2): Video-Treffen / Webinar	empirica	3
7	Entwicklung Arbeitsdokument (3): Werkzeug zur operativen Umsetzungsplanung	empirica	2
8	Anwendung des Arbeitsdokuments (3): Operativer Umsetzungsplan	Local Team	10
6	Anwendungsunterstützung nach Absprache (2): Video-Treffen / Webinar	empirica	3

4. Vorläufige Schlüsselfragen zur Konkretisierung der Ausgangsidee

Das bisher in Sollstedt erarbeiteten Strategiedokument sowie das erste Gespräch legen eine Reihe von Schlüsselfragen nahe, die nach dem augenblicklichen Wissensstand für die weitere Konkretisierung des angestrebten telemedizinischen Netzwerkes relevant sein können.

A. Erfassung der Ausgangssituation

A.1 Zu versorgende Bevölkerungsgruppe(n)

Welche Informationen liegen nach dem derzeitigen Wissensstand hinsichtlich der telemedizinisch zu versorgender Bevölkerung vor? Lässt sich die anvisierte Zielgruppe(n) z.B. geographisch oder hinsichtlich der Anzahl der zu Versorgenden eingrenzen? Liegen Informationen zur Verbreitung bestimmter Erkrankungen, etwa chronischer Erkrankungen, oder sonstiger Versorgungsbedarfe vor?

A.2 Derzeitigen Versorgungssituation

Welche Informationen liegen nach dem derzeitigen Wissenstand hinsichtlich der Akteure vor, die die medizinische Versorgung der anvisierten Bevölkerungsgruppe(n) derzeit gewährleisten? Welche Gesundheitsleistungen werden von den einzelnen Akteuren jeweils erbracht, etwa hinsichtlich der ambulanten Versorgung durch Allgemeinärzte und Fachärzte sowie hinsichtlich der stationären Versorgung durch Krankenhäuser, Pflegeeinrichtungen oder anderer Einrichtungen? Welches Einzugsgebiet decken die jeweiligen Leistungserbringer ab? Wie viele Versorgende werden jeweils betreut?

A.3 Bisherige Zusammenarbeit von Leistungserbringern

Welche Informationen liegen nach dem derzeitigen Wissensstand hinsichtlich etwaig bestehender Kooperationsbeziehungen von einzelnen Leistungserbringern vor, etwa von niedergelassenen Ärzten und stationären Einrichtung? Arbeiten z.B. einzelne Akteure bereits in irgendeiner Weise zusammen?

A.4 Bisherige Nutzung von telemedizinischen Anwendungen?

Welche Informationen liegen nach dem derzeitigen Wissensstand hinsichtlich der aktuellen Nutzung von telemedizinischen Anwendungen vor? Ist z.B. bekannt, ob einzelne Leistungserbringer bereits die Videosprechstunde anbieten oder dies zumindest erwogen haben, etwa im Zuge der Covid-19 Pandemie?

A.5 Verfügbare Telekommunikationsinfrastruktur

Welche Informationen liegen nach dem derzeitigen Wissensstand hinsichtlich der verfügbaren Telekommunikationsinfrastruktur vor? Ist z.B. bekannt, inwieweit die lokalen Akteure der medizinischen Versorgung mit Praxissystemen, Internetverbindungen und Endgeräten (PC, Laptop, Tablet o.ä.) ausgestattet sind, die in der Alltagspraxis derzeit eingesetzt werden. Liegen Informationen vor, inwieweit die Bevölkerung oder einzelne Teile der Bevölkerung derzeit mit Internetverbindungen und/oder digitalen Endgeräten ausgestattet sind?

A.6 Verfügbare Expertise von Dritten

Liegen nach dem derzeitigen Wissenstand Informationen darüber vor, inwieweit die Expertise weiterer Akteure in den weiteren Planungsprozess des anvisierten telemedizinischen Netzwerkes einbezogen werden könnte, zumindest potenziell? Ist z.B. einschätzbar, inwieweit lokale medizinische Leistungserbringer oder relevante Interessenvertreter dem Thema offen oder ablehnend gegenüberstehen? Liegen Informationen vor, ob und wenn ja inwieweit das Thema der Digitalisierung im Allgemeinen und/oder der digitalen Gesundheitsversorgung auf der Landkreisebene bereits thematisiert worden ist, etwa im Rahmen einer Kreisentwicklungsstrategie oder in anderer Form?

B. Umsetzungsmöglichkeiten

B.1 Technische Umsetzung

Welche derzeit erstattungsfähigen telemedizinischen Anwendungen ließen sich nach dem jetzigen Wissenstand zur Versorgung der anvisierten Zielgruppe(n) nutzen, zumindest theoretisch? Welche medizinischen Akteure könnten diese in welcher Weise einsetzen? Sind andere telemedizinischen Anwendungen vorstellbar, die zur Versorgung der anvisierten Bevölkerungsgruppe(n) eingesetzt werden könnten, zumindest theoretisch?

B.2 Organisatorische Umsetzung

Welche Organisationsmodelle wären nach dem jetzigen Informationsstand vorstellbar, zumindest theoretisch, um telemedizinische Anwendungen zur Versorgung der anvisierten Bevölkerungsgruppe(n) zu nutzen? Wäre es z.B. denkbar, dass einzelnen niedergelassene Ärzte durch das Angebote von Videosprechstunden ihre Versorgungsreichweite erweitern könnten? Wäre es denkbar, dies durch telemedizinische Delegationsverfahren zu erreichen, etwa durch die Anstellung entsprechender Assistenzkräfte durch eine oder mehrere niedergelassenen Ärzte oder ein Versorgungszentrum?

C. Mögliche Auswirkungen

C.1 Auswirkungen auf die medizinischen Leistungserbringer

Welche Auswirkungen auf die medizinischen Leistungserbringer wären aufgrund der technisch-organisatorischen Umsetzung des anvisierten telemedizinischen Netzwerkes nach heutigem Wissenstand denkbar, zumindest theoretisch? Wäre es z.B. denkbar, dass niedergelassene Ärzte in der Region eine größere Zahl von Patienten als bisher im Alltagsbetrieb versorgen könnten, ggf. auch von außen in die Regionen hinein? Wäre es denkbar, dass sich die Qualität der Versorgung in der Fläche verbessern ließe? Wären positive Folgeeffekte denkbar, z.B. eine Verringerung der Zahl von akuten Notfällen durch eine qualitativ bessere Versorgung in der Fläche? Wäre es denkbar, dass junge Ärzte durch die Anwendung digitaler Lösungen und/oder Kooperationsmodelle den Standort als ausreichend attraktiv wahrnehmen würden, ggf. in Kombination mit möglichen anderen Anreizen? Wäre es nach jetzigem Wissensstand denkbar, dass auf Seiten der Leistungserbringer Nachteile hinsichtlich des Vorhabens wahrgenommen werden könnten? Wäre es z.B. denkbar, dass zusätzliche Kosten auf die medizinischen Leistungserbringer zukommen könnten, etwa für die Anschaffung von Technik und/oder Fortbildung von Mitarbeitern?

C.2 Auswirkungen auf die zu versorgende Bevölkerungsgruppe(n)

Welche Auswirkungen auf die zu versorgende Bevölkerung wären aufgrund der technisch-organisatorischen Umsetzung des anvisierten telemedizinischen Netzwerkes nach jetzigem Wissenstand denkbar, zumindest theoretisch? Wäre es z.B.

vorstellbar, dass sich aus der Sicht der zu versorgenden Bevölkerung und/oder einzelnen Gruppen bestimmte Vorteile aus dem Vorhaben ergeben könnte, etwa für chronisch Erkrankte mit einem regelmäßigen Versorgungsbedarf? Wäre es denkbar, dass sich Nachteile aus deren Sicht ergeben könnten, etwa für Menschen, die bisher keine Erfahrung mit digitalen Technologien und Anwendungen im Alltagsleben gemacht haben?

Contract No AGRI-2019-409 supported by the European Union contributed to the results presented in this document. The opinions expressed are those of the contractor only and do not represent the Contracting Authority's official position.



Prepared in the framework of the 'Preparatory Action on Smart Rural Areas in the 21st Century' project funded by the:

