

Preparatory Action on Smart Rural Areas in the 21st Century



Leitfaden zur Fokussierung
der Smart Village Strategie in Sollstedt

empirica Gesellschaft für Kommunikations- und Technologieforschung mbH

01.02.2022

Inhalt

1. Einleitung	3
2. Mögliche Fragestellungen zur Konkretisierung der Ausgangsidee	4
2.1 Wie ist die Ausgangslage für ein telemedizinisches Netzwerk in Sollstedt?	4
2.1.1 Anhand welcher Kriterien lässt sich die Bevölkerung beschreiben, die in Sollstedt mit Hilfe von telemedizinischen Anwendungen versorgt werden könnte?	4
2.1.2 Durch welche Akteure des Gesundheitswesens werden die anvisierten Patienten- oder Bevölkerungsgruppen bisher medizinisch und ggf. auch pflegerisch versorgt? ...	4
2.1.3 Wie lässt sich die derzeit verfügbare technische Infrastruktur beschreiben, auf die zurückgegriffen werden können?	5
2.2 Wie könnte eine telemedizinische Versorgung in Sollstedt umgesetzt werden?	6
2.2.1 Ist es denkbar, dass telemedizinische Anwendungen im Rahmen der Delegation ärztlicher Leistungen in Sollstedt eingesetzt werden?	6
2.2.2 Ist es denkbar, Telesprechstunden zur Gesundheitsversorgung in Sollstedt zu nutzen?	6
2.2.3 Ist es denkbar, die „App auf Rezept“ zur Gesundheitsversorgung in Sollstedt zu nutzen?	7
2.3 Welchen konkreten Nutzen könnte der Einsatz telemedizinischer Anwendungen für die Gesundheitsversorgung in Sollstedt haben?	8
2.3.1 Welchen konkreten Nutzen könnten telemedizinische Anwendungen für die Akteure der Gesundheitsversorgung haben?	8
2.3.2 Welchen konkreten Nutzen könnten telemedizinische Anwendungen für die zu versorgende Bevölkerung?	9
Anhang I: Übersicht über telemedizinische Anwendungen	10
Anhang II: Vorgeschlagene Struktur zur schriftlichen Dokumentation der konsolidierten Projektidee	14

1. Einleitung

Im Rahmen des Smart Rural 21 Projektes ist in Sollstedt die Idee entwickelt worden, ein telemedizinisches Netzwerk aufzubauen, um einem absehbaren Mangel an niedergelassenen Allgemeinmedizinerinnen begegnen zu können und die Samtgemeinde für junge Ärzte attraktiver zu machen. Um eine weitere Konkretisierung dieser Idee zu unterstützen, wurde von empirica zunächst ein kurzes Eckpunktepapier erarbeitet, das u.a. einen dreistufigen Konkretisierungsprozesses vorschlägt.

In einem nächsten Schritt soll die ursprüngliche Ausgangsidee unter Einbeziehung aller relevanten Akteure vor Ort weiter konkretisiert werden. Das Vorliegende Dokument ist als ein Leitfaden gedacht, der das Team in Sollstedt dabei unterstützen soll, das ursprünglich angedachte Konzept eines telemedizinischen Netzwerkes in Zusammenarbeit mit relevanten Akteuren weiter zu konkretisieren. In inhaltlicher Hinsicht besteht der vorliegende Leitfaden aus drei Teilen:

- Im folgenden Kapitel 2 werden eine Reihe von grundsätzlichen Fragestellungen vorgeschlagen und erläutert, die zur weiteren Konkretisierung der Ausgangsidee eines telemedizinischen Netzwerkes mit relevanten Akteuren vor Ort erörtert werden können.
- Zudem wird in Anhang I eine kurze Übersicht über telemedizinische Anwendungen bereitgestellt, die im Rahmen des anvisierten telemedizinischen Netzwerkes u. U. genutzt werden könnten.
- In Anhang II wird eine Kapitelstruktur vorgeschlagen, anhand derer die Ergebnisse des Erörterungsprozesses mit relevanten Akteuren in schriftlicher Form dokumentiert werden können. Dabei sollten nach Möglichkeit die Positionen aller beteiligten Akteure einfließen. Es sollte angestrebt werden im Ergebnis eine Vision für ein gemeinsam umzusetzendes Projekt zu dokumentieren, die möglichst von allen Beteiligten Akteuren inhaltlich unterstützt werden kann. Ein solches Dokument kann als Grundlage für einen weiteren Austausch mit relevanten Akteuren in Sollstedt und ggf. auch darüber hinaus genutzt werden.

Die Einbeziehung relevanter Akteure vor Ort sollte falls möglich in einem Workshop-Format stattfinden. In Anbetracht der hohen Belastung im Gesundheitswesen durch die aktuelle Covid-19 Pandemie und damit einhergehender Einschränkungen der zeitlichen Verfügbarkeit relevanter Akteure ist es aber auch möglich die einzelnen Fragestellungen ggf. in Einzelsprachen zu erörtern.

2. Mögliche Fragestellungen zur Konkretisierung der Ausgangsidee

2.1 Wie ist die Ausgangslage für ein telemedizinisches Netzwerk in Sollstedt?

2.1.1 *Anhand welcher Kriterien lässt sich die Bevölkerung beschreiben, die in Sollstedt mit Hilfe von telemedizinischen Anwendungen versorgt werden könnte?*

Unter dem Stichwort „Telemedizin“ werden bereits seit Jahren unterschiedliche Möglichkeiten des Einsatzes von Telekommunikationstechnologie in der Gesundheitsversorgung erprobt. Dabei geht es vor allem um Möglichkeiten, trotz räumlicher Trennung eine technisch gestützte Gesundheitsversorgung anzubieten, etwa zur Diagnostik, für ärztliche Konsultationen oder für die medizinische Notfallhilfe. Dabei wird die Telemedizin nicht zuletzt als möglicher Bestandteil der allgemeinen medizinischen Versorgung für den ländlichen Raum gesehen. Je nach Zielsetzung können sich telemedizinische Anwendungen aber auch gezielt an bestimmte Bevölkerungs- oder Patientengruppen richten, etwa an Menschen mit bestimmten chronischen Erkrankungen oder an Menschen mit Mobilitätseinschränkungen.

Vor diesem Hintergrund zielt dieser Abschnitt darauf ab, die Bevölkerung, die in Sollstedt mit Hilfe von telemedizinischen Anwendungen versorgt werden könnte, auf der Basis des derzeitigen Wissensstandes so detailliert wie möglich zu beschreiben. Dafür können unterschiedliche Charakteristika herangezogen werden, die ggf. aus der Sicht unterschiedlicher Akteure (z.B. Ärzte, Gesundheitsämter, Bürger o.ä.) mehr oder weniger wichtig sein mögen. Daher wird an dieser Stelle bewusst darauf verzichtet, bestimmte Beschreibungskriterien zwingend vorzuschreiben. Je nach Betrachtungsweise können beispielsweise medizinische, geografische, statistische, soziale oder andere Kriterien aus der Sicht einzelner Akteure wichtig sein. Dennoch sollte darauf hingewirkt werden, dass die beteiligten Akteure die anvisierte(n) Zielgruppe(n) bereits zum jetzigen Zeitpunkt so konkret wie möglich beschreiben.

2.1.2 *Durch welche Akteure des Gesundheitswesens werden die anvisierten Patienten- oder Bevölkerungsgruppen bisher medizinisch und ggf. auch pflegerisch versorgt?*

Je nach der (den) anvisierten Zielgruppe(n), können unterschiedliche Akteure des Gesundheitswesens von der Einführung telemedizinischer Anwendungen betroffen sein. Beispielsweise können Menschen, die in einer stationären Einrichtung leben, von einem niedergelassenen Arzt betreut werden. In einem solchen Fall könnte neben dem Arzt und seinen Patienten auch die stationäre Einrichtung von der Einführung von Telemedizinischen Anwendungen betroffen sein, etwa durch die zur

Verfügungstellung eines geeigneten Raumes für die Teilnahme an Telesprechstunden des Arztes. In ähnlicher Weise könnten bei Menschen, die zu Hause von einem Pflegedienst betreut werden, neben dem Arzt auch Mitarbeiter des Pflegedienstes betroffen sein, wenn sie der gepflegten Person bei der Messung und/oder elektronischen Übermittlung von Vitaldaten (z.B. Blutdruckwerte) an den betreuenden Arzt behilflich sein sollen.

Vor diesem Hintergrund zielt dieser Abschnitt darauf ab, möglichst umfassend zu beschreiben, durch welche Akteure die anvisierten Zielgruppen für telemedizinische Anwendungen bisher gesundheitlich betreut werden und worin deren jeweilige Rollen in etwaigen Versorgungsketten bestehen. Neben professionellen Akuteren aus Gesundheit und Pflege sollte dabei auch die Rolle von Angehörigen in den Blick genommen werden, wenn dies hinsichtlich der anvisierten Zielgruppe(n), die es zu telemedizinisch zu versorgen gilt, sinnvoll erscheint.

2.1.3 Wie lässt sich die derzeit verfügbare technische Infrastruktur beschreiben, auf die zurückgegriffen werden könnte?

Für die Inanspruchnahme einer telemedizinischen Versorgung sind unter Umständen bestimmte Anforderungen an die verfügbare technische Infrastruktur zu berücksichtigen. Beispielsweise kann die Teilnahme an einer Telesprechstunde aus der eigenen Wohnung ohne einen breitbandigen Internetanschluss unter Umständen recht mühsam sein. Demgegenüber kann die elektronische Übermittlung von Vitaldaten (z.B. Blutdruckwerte) von zu Hause an einen Arzt auch ohne einen solchen Anschluss recht gut funktionieren. Neben einer geeigneten Telekommunikationsverbindung können aber auch geeignete Zugangsgeräte erforderlich sein, etwa ein PC und eine internetfähige Kamera (Webcam) für die Teilnahme an der Telesprechstunde eines Arztes.

Vor diesem Hintergrund zielt dieser Abschnitt darauf ab, auf der Basis des aktuellen Wissensstandes möglichst umfassend einzuschätzen, auch welche technische Infrastruktur die zu versorgende(n) Zielgruppe(n) zum jetzigen Zeitpunkt zurückgreifen können. Falls in diesem Zusammenhang keine „harten“ Informationen wie statistische Daten zur Breitbandabdeckung oder technischen Ausstattung der Haushalte zur Verfügung stehen, könnte hierfür auch auf persönliche Einschätzungen und Erfahrungen von etwaigen Wissensträgern zurückgegriffen werden, soweit sie sich eine solche „weiche“ Einschätzung zutrauen (z.B. beteiligte Ärzte, Pflegeeinrichtungen, Vereine, o.ä.).

2.2 Wie könnte eine telemedizinische Versorgung in Sollstedt umgesetzt werden?

2.2.1 *Ist es denkbar, dass telemedizinische Anwendungen im Rahmen der Delegation ärztlicher Leistungen in Sollstedt eingesetzt werden?*

Wie in Anhang 1 erläutert, ist der Grundgedanke, der dem Konzept der Delegation in der haus- und fachärztlichen Versorgung zugrunde liegt, 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.

Vor diesem Hintergrund zielt dieser Abschnitt darauf ab, mit den beteiligten Akteure zu reflektieren, ob es aus deren Sicht zumindest grundsätzlich denkbar wäre, dass telemedizinische Anwendungen im Rahmen des Delegationsverfahren in Sollstedt in sinnvoller Weise angewendet werden könnten. Dabei sollte reflektiert werden, welche telemedizinischen Anwendungen in diesem Zusammenhang grundsätzlich sinnvoll sein könnten, auch wenn es den beteiligten Akteuren zum jetzigen nicht ohne weiteres klar erscheinen mag, wie solche Anwendungen im Detail umgesetzt werden könnten (z.B. Übertragung von Vitaldaten oder Hinzuziehung eines Arztes mittels Videoverbindung durch eine nicht-ärztliche Fachkraft). Darüber hinaus sollte versucht werden, zu reflektieren, welches Organisationsmodell zumindest theoretisch denkbar wäre, um ein Delegationsverfahren in Sollstedt in die Praxis umzusetzen. Eine nicht-ärztliche Fachkraft könnte z.B. von einer einzelnen Arztpraxis beschäftigt werden oder für mehrere Ärzte tätig sein. Auch hier geht es darum zu reflektieren, welche Organisationsmodelle aus der Sicht der beteiligten Akteure grundsätzlich denkbar erscheinen, auch wenn Detailfragen der Praktischen Umsetzung zum jetzigen Zeitpunkt noch nicht vollständig beantwortet werden können. Nach Möglichkeit sollte an dieser Stelle auch reflektiert werden, unter welchen Umständen oder Bedingungen eine Delegation ärztliche Aufgaben and nicht-ärztliche Fachkräfte in Sollstedt ggf. genutzt werden könnte.

2.2.2 *Ist es denkbar, Telesprechstunden zur Gesundheitsversorgung in Sollstedt zu nutzen?*

Wie in Anhang I erläutert, geht es bei der Videosprechstunde um eine direkte Fernbetreuung des Patienten durch den Arzt oder Psychotherapeuten, etwa um lange Anfahrtswege einzusparen oder bei grundsätzlicher 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.

Dieser Abschnitt zielt darauf ab, mit den beteiligten Akteure zu reflektieren, ob es aus deren Sicht zumindest grundsätzlich denkbar wäre, dass Ärzte in Sollstedt oder aus der Umgebung die Telesprechstunde anbieten, um die Versorgung von Patienten zumindest teilweise ortsunabhängiger zu gestalten (ggf. auch nur von bestimmten Patientengruppen). Dabei geht es zum einen um eine mögliche Nutzung entsprechender technischer Dienstleister, wie etwa einem zertifizierten Videodienstanbieter (s. Anhang I). Zum anderen geht es aber auch darum, zu reflektieren, inwieweit das Angebot einer Telesprechstunde in die Abläufe der jeweiligen Praxis eingebunden werden könnte und welche Patientengruppen auf diese Weise (teil)versorgt werden könnten. Auch hier sollte versucht werden zu reflektieren, inwieweit die Telesprechstunde grundsätzlich in technischer und organisatorischer Hinsicht denkbar wäre, auch wenn z.B. Fragen der Abrechenbarkeit bei den Kostenträgern im Detail noch geklärt werden müssten (s. Anhang 1). Nach Möglichkeit sollte an dieser Stelle auch reflektiert werden, unter welchen Umständen oder Bedingungen die Telesprechstunde zur Gesundheitsversorgung in Sollstedt eingesetzt werden könnte.

2.2.3 *Ist es denkbar, die „App auf Rezept“ zur Gesundheitsversorgung in Sollstedt zu nutzen?*

Wie in Anhang I erläutert, hat das Digitale-Versorgung-Gesetzes (DVG) von 2019 die Möglichkeit geschaffen, sog. Digitalen Gesundheitsanwendungen (DiGA) in die Gesundheitsversorgung einzubeziehen. Als „App auf Rezept“ sollen sie als digitale Helfer in der Hand des Patienten bei der Erkennung, Überwachung, Behandlung, Linderung oder Kompensierung von Krankheiten, Verletzungen oder Behinderungen unterstützen. 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 Medizinprodukte mit geringem Risiko zur Eigennutzung zur Verfügung zu stellen. Eine solche DiGA kann aber durchaus auch von Arzt und Patient gemeinsam genutzt werden. Es kann auch vorkommen, dass eine bestimmte DiGA in der Kombination mit anderen Geräten wie z.B. Pulsmessern oder Software angewendet wird. Grundsätzlich ist die DiGA als eine sinnvolle Ergänzung und Unterstützung einer „klassischen“ Behandlung durch den Arzt gedacht.

Dieser Abschnitt zielt darauf ab, mit den beteiligten Akteure zu reflektieren, ob es aus deren Sicht zumindest grundsätzlich denkbar wäre, dass Ärzte in Sollstedt oder aus der Umgebung DiGAs einsetzen, um die Versorgung von Patienten ortsunabhängiger zu gestalten (ggf. auch nur von bestimmten Patientengruppen). Über die Verfügbarkeit von zertifizierten DiGAs (Anhang I) hinaus, geht es dabei auch wieder darum, zu reflektieren, inwieweit die Verwendung einer DiGA in die Abläufe der jeweiligen Praxis eingebunden werden könnte und welche Patientengruppen auf

diese Weise (teil)versorgt werden könnten. Auch hier sollte versucht werden zu reflektieren, inwieweit die Nutzung eine DiGA grundsätzlich in technischer und organisatorischer Hinsicht denkbar wäre, auch wenn z.B. Fragen der Abrechenbarkeit bei den Kostenträgern im Detail nicht klar erschienen mögen (s. Anhang I). Nach Möglichkeit sollte an dieser Stelle auch reflektiert werden, unter welchen Umständen oder Bedingungen DiGAs zur Gesundheitsversorgung in Sollstedt genutzt werden könnte.

2.3 Welchen konkreten Nutzen könnte der Einsatz telemedizinischer Anwendungen für die Gesundheitsversorgung in Sollstedt haben?

2.3.1 Welchen konkreten Nutzen könnten telemedizinische Anwendungen für die Akteure der Gesundheitsversorgung haben?

Digitale Anwendungen werden im Gesundheits- und Pflegebereich seit längerem erprobt. Im Hinblick auf die Gesundheitsversorgung in ländlichen Räumen werden damit gemeinhin unterschiedliche Chancen verbunden:

- Überbrückung räumlicher Distanzen: Die Nutzung digitaler Anwendungen ermöglicht Versorgungsangebote ortsunabhängiger und zeitlich flexibler zu gestalten.
- Stärkung der Vernetzung und Kooperation von Versorgenden: Unter Umständen ermöglicht die Nutzung telemedizinischer Anwendungen auch eine stärkere Vernetzung und Kooperation zwischen Versorgenden, etwa durch die gemeinsame Nutzung der elektronischen Patientenakte.
- Delegation von Aufgaben zur effizienteren Nutzung ärztlicher Expertise: Wie bereits erwähnt, zielt das Konzept der Delegation auf eine effizientere Nutzung ärztlicher Expertise als Ressource für die Gesundheitsversorgung ab. Digitale Anwendungen können in diesem Zusammenhang eine zeitnahe Kommunikation zwischen medizinischen Fachangestellten und Ärzten unterstützen, etwa durch Videotelefonie oder Messenger-Dienste.
- Stärkung der Attraktivität der ländlichen Krankenversorgung als Berufsfeld: Technologische Innovationen könnten zur Attraktivität des ländlichen Arbeitsplatzes im Sinne eines „weichen“ Faktors beitragen. Insbesondere Berufseinsteiger*innen könnten es als attraktive Möglichkeit wahrnehmen, innovative Versorgungskonzepte ausprobieren und mitgestalten zu können.

Vor diesem Hintergrund zielt dieser Abschnitt darauf ab, zu reflektieren, welchen konkreten Nutzen telemedizinische Anwendungen für die unterschiedlichen Akteure der Gesundheitsversorgung in Sollstedt haben könnte. Je nach Situation vor Ort, sollten dabei ein möglichst breites Spektrum an Akteuren und möglichen Auswirkungen in den Blick genommen werden (z.B. Allgemeinmedizinische Praxen, Facharztpraxen, Krankenhäuser, stationäre Pflegeeinrichtungen o.ä.). Soweit dies mit

dem aktuellen Wissensstand möglich ist, sollten mögliche Auswirkungen aus der Sicht relevanter Akteure so konkret wie möglich reflektiert werden. 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 auch denkbar, dass auf Seiten der jeweiligen Akteure negative Auswirkungen mit der Nutzung telemedizinischer Anwendungen verbunden sein könnten?

2.3.2 *Welchen konkreten Nutzen könnten telemedizinische Anwendungen für die zu versorgende Bevölkerung*

Neben den bereits erwähnten Effekten für den ländlichen Raum werden aber auch andere Auswirkungen auf Patienten diskutiert. Im Zuge der Corona-Pandemie hat beispielsweise auf Seiten einiger Patienten der Wunsch nach Vermeidung von Kontakten in der Praxis aus Infektionsschutzgründen zugenommen. Insbesondere für Risikogruppen wie Menschen mit chronischen Erkrankungen oder älteren Patienten könnten telemedizinische Anwendungen wie die Telesprechstunde hier von Nutzen sein. Darüber hinaus kann z.B. die Nutzung von Messenger-Diensten auf dem Computer oder Smartphone, etwa zur Terminvereinbarung oder Anforderung von Rezepten auch wenn die Praxis geschlossen sein sollte, den Patienten unter Umständen mehr zeitliche Flexibilität bei der Gesundheitsversorgung ermöglichen.

Dieser Abschnitt zielt darauf ab, mögliche Auswirkungen von telemedizinischen Anwendungen auf die zu versorgende Bevölkerung zu reflektieren. Dabei sollten einzelne telemedizinische Anwendungen und Bevölkerungs- oder Patientengruppen möglichst so konkret wie möglich in den Blick genommen werden. Könnten z.B. unterschiedliche telemedizinischen Anwendungen (z.B. technisch gestützte Delegation ärztlicher Leistungen, Telesprechstunde, DiGA, o.ä.) aus der Sicht der zu versorgenden Bevölkerung und/oder einzelnen Gruppen mit bestimmten Vorteilen verbunden sein? Könnten sich unter Umständen unterschiedliche Vorteile für unterschiedliche Gruppen ergeben, etwa für chronisch Kranke mit einem regelmäßigen Versorgungsbedarf oder für Bürger, die besonders weit von der nächsten Arztpraxis entfernt leben und/oder in irgendeiner Weise mobilitätseingeschränkt sind (z.B. aufgrund von Gebrechlichkeit oder des Fehlens eines Führerscheins)?

Anhang I: Übersicht über telemedizinische Anwendungen

In einer jüngst erschienenen Veröffentlichung fassen Bach et al. (2021)¹ 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.² 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.³ Vor diesem Hintergrund scheinen sich im Regelbetrieb unterschiedliche Lösungsansätze im Rahmen der Vertragsärztlichen Versorgung herauszukristallisieren, die in den folgenden Abschnitten kurz skizziert.

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

¹ 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.

² 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.

³ 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]

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 Modellvorhaben⁴ erprobt und ist seither mehrfach variiert worden, u.a. in Thüringen.⁵ 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.⁶ 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.⁷ Generell stellt auch die Kassenärztliche Bundesvereinigung auf ihrer Internetseite Informationen zur Beschäftigung von nichtärztlichen Praxisassistenten im Rahmen der Delegation bereit.⁸ Dies betrifft beispielsweise Kriterien, die Haus- und Fachärzte erfüllen müssen, die Regelung der Vergütung und die Anforderungen an die Ausbildung von Praxisassistenten.

Die Videosprechstunde

Die Videosprechstunde ermöglicht eine direkte Fernbetreuung des Patienten durch den Arzt oder Psychotherapeuten, etwa um lange Anfahrtswege einzusparen oder bei grundsätzlicher 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.⁹ Bisherige Erfahrungen deuten darauf hin, dass die Videosprechstunde eine sinnvolle Ergänzung zur klassischen Sprechstunde in der Praxis sein kann.¹⁰ 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

⁴ Vgl. <https://cdn.aerzteblatt.de/pdf/106/1/m3.pdf?ts=25.08.2009+14%3A15%3A17> [letztmaliger Zugriff: 21.04.2021]

⁵ 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]

⁶ <https://www.tele-arzt.com/#produkt> [letztmaliger Zugriff: 21.04.2021]

⁷ <https://www.tele-arzt.com/honorarvereinbarungen/> [letztmaliger Zugriff: 21.04.2021]

⁸ <https://kbv.de/html/12491.php> [letztmaliger Zugriff: 21.04.2021]

⁹ Vgl. <https://www.kbv.de/html/videosprechstunde.php> [letztmaliger Zugriff: 27.05.2021]

¹⁰ <https://www.kbv.de/html/52109.php> [letztmaliger Zugriff: 27.05.2021]

definierten Voraussetzungen seit 2017 Videosprechstunde zu Lasten der Gesetzlichen Krankenversicherung anbieten.¹¹ 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.¹² 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.

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).¹³ Sie sollen als digitale Helfer in der Hand des Patienten bei der Erkennung, Überwachung, Behandlung, Linderung oder Kompensierung von Krankheiten, Verletzungen oder Behinderungen unterstützen.¹⁴ 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 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)

¹¹ 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]

¹² https://www.kbv.de/media/sp/Liste_zertifizierte-Videodienstleister.pdf [letztmaliger Zugriff: 03.05.2021]

¹³ 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]

¹⁴ 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]

angesiedelt ist.¹⁵ 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.

¹⁵ <https://diga.bfarm.de/de> [letztmaliger Zugriff: 03.05.2021]

Anhang II: Vorgeschlagene Struktur zur schriftlichen Dokumentation der konsolidierten Projektidee

1. Die Ausgangslage in Sollstedt

- 1.1 Die telemedizinisch zu versorgender Bevölkerung
- 1.2 Akteure des Gesundheits- und Pflegewesens
- 1.3 Derzeit verfügbare technische Infrastruktur

2. Umsetzungsmöglichkeiten einer telemedizinischen Versorgung in Sollstedt.

- 2.1 Telemedizinische Anwendungen im Rahmen der Delegation ärztlicher Leistungen.
- 2.2 Anwendung der Telesprechstunden
- 2.3 Anwendung der „App auf Rezept“

3 Erwarteter Nutzen telemedizinischer Anwendungen in Sollstedt

- 3.1 Nutzen telemedizinischer Anwendungen für Anbieter von Gesundheits- oder Pflegeleistungen
- 3.2 Nutzen telemedizinischer Anwendungen für die zu versorgende Bevölkerung

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:

