

Zukunftsfeste Gesundheitsversorgung für den Landkreis Lörrach

Erstellt für:

Landkreis Lörrach Gesundheit

Frau Sophia Warnecke

Leiterin der Geschäftsstelle Kommunale Gesundheits-
konferenz Landkreis Lörrach

Palmstraße 3

79539 Lörrach

Hamburg, 08.04.2022



Aufsichtsrat:

Dr. Manfred Richter-Reichhelm (Vorsitzender)
Jochen Herdrich
Prof. Dr. Gerd Glaeske
Prof. Dr. Ilona Kickbusch
Prof. Dr. Heike Köckler
Dr. Renée Buck

Vorstand:

Dr. h. c. Helmut Hildebrandt (Vorsitzender)
Dr. Oliver Gröne
OptiMedis AG
Burchardstraße 17
20095 Hamburg
Tel.: +49 40 22621149-0
Fax: +49 40 22621149-14

Bankverbindung:

Dt. Apotheker- und Ärztebank e.G.
IBAN: DE81 3006 0601 0005 7330 49
BIC (Swift Code) DAAEDEDXXX
HRB 87604 Amtsgericht Hamburg
USt.-ID-Nr. DE227566961

Autoren

Daniel Dröschel, Senior Manager Project & Business Development, OptiMedis AG

Ulf Werner, Head of Project & Healthcare Management, OptiMedis AG

Anja Klose, Manager Project & Healthcare Management, OptiMedis AG

Auftraggeber

Landkreis Lörrach, Geschäftsstelle Kommunale Gesundheitskonferenz Landkreis Lörrach

Hinweis

Die Inhalte des vorliegenden Ideenpapiers beziehen sich in gleichem Maße auf alle Geschlechter. Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird jedoch im folgenden Text nur die männliche Form verwendet. Eine Ausnahme bilden Inhalte, die sich ausdrücklich auf Frauen beziehen.

Projektleitung und Kontakt

OptiMedis AG

Daniel Dröschel

Senior Manager Project & Business Development

Burchardstr. 17, 20095 Hamburg

Telefon: +49 40 22621149-0

E-Mail: d.droeschel@optimedis.de

© OptiMedis AG 2022

Inhaltsverzeichnis

I Abbildungsverzeichnis	5
II Tabellenverzeichnis	6
1. Hintergrund und Ausgangssituation	7
1.1. Bezug zur aktuellen gesundheitspolitischen Agenda Bund und Land	8
2. Versorgungssituation	10
2.1. Sozio-demografische Situation im Landkreis.....	10
2.2. Ambulante medizinische Versorgungssituation	12
2.3. Fazit und Ableitungen für die medizinische Versorgung im Landkreis Lörrach.....	13
2.3.1. Bedeutung von konzeptioneller Altersmedizin für den Landkreis.....	14
3. Konzepte für Versorgungszentren.....	15
3.1. Versorgungszentren im Landkreis Lörrach (Ist-Analyse).....	15
3.1.1. Fazit und Ableitungen.....	16
3.2. Konzeptionelle Ansätze für Versorgungszentren	17
3.2.1. Intersektorales Gesundheitszentrum.....	17
3.2.1.1. IGZ - Optionen für den Landkreis Lörrach	18
3.2.2. Regionales Pflegekompetenzzentrum	19
3.2.2.1.ReKo - Optionen für den Landkreis Lörrach	20
3.2.3. Lokales Gesundheitszentrum	21
3.2.3.1.LGZ - Optionen für den Landkreis Lörrach	22
3.2.4. Gesundheitskiosk	23
3.2.4.1.Gesundheitskiosk - Optionen für den Landkreis Lörrach	24
4. Interprofessionelle Zusammenarbeit, Nachwuchsgewinnung und Weiterbildung.....	24
4.1. Gesundheitsfachberufe zur Erweiterung des ärztlichen Handlungsspielraumes	24
4.1.1. Haus- und fachärztliche Entlastung durch Delegation.....	26
4.1.2. Komplementäre Versorgungssteuerung und Case Management.....	26
4.1.3. Weitere Perspektiven für Gesundheitsfachberufe.....	30
4.2. Gesundheitsfachberufe – Optionen für den Landkreis Lörrach zur Nachwuchsgewinnung und Erhaltung von Fachkräften.....	31
4.2.1. Qualifizierungs- und Weiterbildungsmanagement.....	31
4.2.2. Aus- und Weiterbildung der Ärzte.....	31
4.2.2.1.Stipendium für Medizinstudierende.....	31
4.2.2.2. Weiterbildungsverbund Allgemeinmedizin	32

5. Digitale Vernetzung aller Akteure zur effizienteren Patientenversorgung	32
5.1. Digital Health Konzepte.....	32
5.2. Smarte.Land.Regionen - Digitale Daseinsvorsorge im Landkreis	33
5.2.1. Exkurs: Digital-analoges Versorgungszentrum.....	34
5.2.2. Digital Health und Smarte.Land.Regionen – Optionen für den Landkreis Lörrach	34
5.3. Telemedizinische Konzepte für die Notfallversorgung	35
5.3.1. Einrichtung eines Tele-Notfall-Systems	36
5.3.2. Versorgungsunterstützung durch Telemonitoring, Telekonsultation und Tele-Rucksack	38
5.3.3. Telemedizinische Konzepte und Versorgungsunterstützung - Optionen für den Landkreis	38
6. Fazit und Empfehlungen für das weitere Vorgehen.....	39
7. Über die OptiMedis AG	42
III Literaturverzeichnis	43

I Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1 Bevölkerungsprognose der >65-Jährigen nach Gemeinden und Gesamtlandkreis für 2025 bis 2035	11
Abbildung 2: Zahl der Pflegebedürftigen im Landkreis	11
Abbildung 3. Pflegearrangements im Landkreis	12
Abbildung 4: Erreichbarkeit bei Schließung Krankenhaus Rheinfelden	15
Abbildung 5: Erreichbarkeit bei Schließung Krankenhaus Schopfheim	16
Abbildung 6: Kernleistung und potenzielle Erweiterungen des IGZ.....	18
Abbildung 7: Die zwei Organisationsverständnisse von Regionalen Pflegekompetenzzentren	20
Abbildung 8: Lokale Gesundheitszentren, Quelle: Sachverständigenrat Gesundheit 2014	22
Abbildung 9: Exemplarische Darstellung eines Gesundheitskiosks.....	24
Abbildung 10: Case Management Prozess, eigene Darstellung	27
Abbildung 11: Netzwerkarbeit durch Versorgungssteuerung und Case Management	30
Abbildung 12: Digital-analoges Versorgungszentrum.....	34
Abbildung 13: Prozess der Versorgung in einem Tele-Notfall-System	37

II Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Anteil der Hausärzte inkl. Altersstruktur im Vergleich zum Bundesland	13
Tabelle 2: Übersicht über Handlungsfelder der Gesundheitsfachberufe	25

1. Hintergrund und Ausgangssituation

Im Auftrag des Landkreises Lörrach hat die Stabstelle Gesundheit im Namen der Kommunalen Gesundheitskonferenz (KGK) und der Arbeitsgruppe medizinische Versorgung die OptiMedis AG mit der Entwicklung eines Ideenpapiers für eine zukunftsfeste Gesundheitsversorgung im Landkreis beauftragt. Das vorliegende Papier ist sowohl für den internen Gebrauch der Arbeitsgruppe medizinische Versorgung, der KGK wie auch für die weitere politische Diskussion im Kreistag geeignet.

Hintergründe für die Beauftragung liegen zum einen – wie bei vielen anderen Landkreisen auch – in der Trendentwicklung, dass aufgrund des demografischen Wandels zunehmend weniger Ärzte eine gleichzeitig älter werdende und stärker chronisch erkrankte Bevölkerung versorgen müssen. Im Landkreis mit seinen knapp 230.000 Einwohnern verteilt auf 32 Gemeinden kann die Nachbesetzung vieler Haus- und Facharztpraxen nicht mehr sichergestellt werden. Der Landkreis möchte daher mit zukunftssichernden Maßnahmen auf diese Entwicklung reagieren. Einen gesicherten Befund über den kurz- bis mittelfristigen Bedarfe an Haus- und Fachärzten zeigt eine kleinräumige Bedarfsanalyse¹ des Landkreises. Bisherige Bemühungen, niedergelassene Ärzte für die allgemeinmedizinische Versorgung zu gewinnen, können den Bedarf für eine nachhaltig gesicherte Gesundheitsversorgung nicht hinreichend sichern. Diese bleiben dennoch ein wichtiger Baustein für den Landkreis. Darüber hinaus benötigt der Landkreis eine Strategie, wie er auch unabhängig von der Verfügbarkeit von ärztlichen Ressourcen, eine nachhaltige Sicherung der ambulanten bzw. integrierten Gesundheitsversorgung zukunftsfest sicherstellen kann. Eine einwohnernahe und moderne integrierte Gesundheitsversorgung hat sich der Landkreis, neben anderen wichtigen Themen, auch in der kürzlich veröffentlichten Zukunftsstrategie 2035 in strategischen Schwerpunkten und Handlungsfeldern zum Ziel gemacht². Bereits im Bericht zur kleinräumigen Bedarfsanalyse wurde empfohlen, die Themen neue Versorgungsformen, Mobilität und Digitalisierung bzw. Telemedizin aufzugreifen.

Zudem werden im Jahr 2024 die Kliniken des Landkreises Lörrach zu einem Zentralklinikum am Standort Lörrach zusammengefasst. Aktuell sichert der Landkreis Lörrach als Träger der beiden Kliniken in Lörrach und der Krankenhäuser in Schopfheim und Rheinfelden, die stationäre Grund- und Regelversorgung. Ein medizinisches Nachnutzungskonzept für die zukünftig geschlossenen Klinikstandorte Rheinfelden und Schopfheim ist den Autoren nicht bekannt. Der Landkreis kann mit einem strategischen medizinischen Nachnutzungskonzept, einen Beitrag zur Sicherung der ambulanten und sektorenübergreifenden, integrierten Versorgung leisten und konkret hinsichtlich der strategischen Schwerpunkte die Zukunftsstrategie umsetzen.

Ein weiteres Potential, die einwohnernahe moderne integrierte Versorgung zu fördern, hier mit dem Fokus der ambulanten psychiatrischen Versorgung, besteht durch das Projekt Smarte.Land.Regionen. Der dringende Bedarf ist bereits mit der Machbarkeitsstudie psychische Versorgung festgestellt und Handlungsempfehlungen sind daraus abgeleitet worden. Insbesondere die frühzeitige und wohnortnahe schnelle Hilfe für betroffene verschiedener psychischen Erkrankungen, ist ein wichtiger Versorgungsauftrag und hat im Landkreis einen besonders hohen Bedarf.

¹ Dr. Wagner, S., „Hausärztliche Versorgung im Landkreis Lörrach - Abschlussbericht 2016/2017“.

² Landkreis Lörrach, „Zukunftsstrategie 2035 | Landkreis Lörrach - Gemeinsam Zukunft gestalten“.

1.1. Bezug zur aktuellen gesundheitspolitischen Agenda Bund und Land

Der jüngst beschlossene Koalitionsvertrag der Ampel-Koalition adressiert insbesondere wichtige Vorhaben der Integrierten Versorgung, die Chancen für Regionale Versorgung bieten. Ein kleiner Auszug wesentlicher Punkte aus dem Koalitionsvertrag (Koa-Bund) der Bundesregierung³ (SPD, Grüne, FDP), sowie Auszüge aus dem Koalitionsvertrag (Koa-Land⁴) der Landesregierung (Grüne und CDU) soll aufzeigen, welches die Anknüpfungspunkte zum nachfolgend erarbeiteten Ideenpapier für den Landkreis sind und dass diese Themenfelder, auch im überregionalen Kontext, die entscheidenden konzeptionellen Eckpfeiler einer zukunftsfesten integrierten Versorgung darstellen.

Schon in der Zielvorgabe des Koa-Bund wird festgehalten, dass eine sektorenübergreifende Gesundheits- und Pflegepolitik in Kombination mit Innovationen + Digitalisierung + stabiler Finanzierung auf lange Sicht (=Effizienz) ein regionales Produkt und am Bedarf der Menschen vor Ort orientiert sein soll: *„Alle Menschen in Deutschland sollen gut versorgt und gepflegt werden – in der Stadt und auf dem Land. Wir wollen einen Aufbruch in eine moderne sektorenübergreifende Gesundheits- und Pflegepolitik [...]. Wir ermöglichen Innovationen und treiben die Digitalisierung voran. Grundlage für all dies ist eine auf lange Sicht stabile Finanzierung des Gesundheitswesens und der Pflege.“*³

Die Fortschreibung der Präventionsstrategie hat vor allem eine Stärkung der Primär- und Sekundärprävention zum Ziel (Koa-Bund): *„Wir entwickeln das Präventionsgesetz weiter und stärken die Primär- und Sekundärprävention. Dem Leitgedanken von Vorsorge und Prävention folgend stellen wir uns der gesamtgesellschaftlichen Aufgabe zielgruppenspezifisch und umfassend. Wir unterstützen die Krankenkassen und andere Akteure dabei, sich gemeinsam aktiv für die Gesunderhaltung aller einzusetzen. Wir schaffen einen Nationalen Präventionsplan sowie konkrete Maßnahmenpakete z.B. zu den Themen Alterszahngesundheit, Diabetes, Einsamkeit, Suizid, Wiederbelebung und Vorbeugung von klima- und umweltbedingten Gesundheitsschäden.“*³ Auf der regionalen Ebene können und sollten Kommunen durch Gesundheitskonferenzen, sowie die darin beteiligten Akteure und auch über den „Neuen“ ÖGD, als die Promotoren und Umsetzer für Primär- und Sekundärprävention eintreten und die angekündigte Förderung aktiv gemeinsam einfordern. Auch der Koa-Land legt einen Fokus darauf Gesundheit in allen Lebensbereichen zu fördern: *„wir [...] wollen in dieser Legislatur den „Health in All Policies“-Ansatz (intersektorielle Gesundheitspolitik) [...] in unsere Entscheidungsfindung übernehmen. Dazu zählt eine ressortübergreifende Strategie für die Gesundheitsförderung, die bereits im Kindesalter ansetzt. [...] Wir rüsten uns gegen Gesundheitsgefahren der Zukunft und stärken den Öffentlichen Gesundheitsdienst (ÖGD) im Land. Neben einer besseren personellen Ausstattung ... der Gesundheitsämter in der Fläche werden wir das Landesgesundheitsamt als fachliche Leitstelle aufstellen. Die Aus-, Fort- und Weiterbildung im ÖGD wollen wir fördern und qualifiziertes neues Personal gewinnen.“*⁴

Durch eine gezielte Stärkung der Möglichkeiten für „bevölkerungsbezogene Versorgungsverträge“ soll die Zusammenarbeit erleichtert werden. *„Zudem erhöhen wir die Attraktivität von bevölkerungsbezogenen Versorgungsverträgen (Gesundheitsregionen) und weiten den gesetzlichen Spielraum für Verträge zwischen Krankenkassen und Leistungserbringern aus, um innovative Versorgungsformen zu stärken.“*³ Regionale Akteure sollten gemeinsam einfordern, dass dies handwerklich sauber geschieht! Sabine Dittmar, MdB, Parlamentarische

³ Presse- und Informationsamt der Bundesregierung, „Koalitionsvertrag 2021“. Ab Seite 80

⁴ BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN Baden-Württemberg und CDU Baden-Württemberg, „Jetzt für Morgen – Der Koalitionsvertrag für Baden-Württemberg“. Ab Seite 71

Staatssekretärin beim Bundesminister sagt dazu: „Das Bundesgesundheitsministerium wird prüfen, wie regionale Versorgungslösungen und Verträge verbindlicher und für alle Krankenkassen übergreifend gestaltet werden können. So haben wir das in der Koalitionsvereinbarung vorgesehen“

„In besonders benachteiligten Kommunen und Stadtteilen (5 Prozent) errichten wir niedrigschwellige Beratungsangebote (z.B. Gesundheitskioske) für Behandlung und Prävention. Im ländlichen Raum bauen wir Angebote durch Gemeindeschwestern und Gesundheitslotsen aus.“³ Für die Entwicklung von niedrigschwelligen Beratungsangeboten, insbesondere im ländlichen Raum sind „Gesundheitskiosk“, „Gemeindeschwestern“ und „Gesundheitslotsen“ wichtige Instrumente für regionale (Erste-)Starthilfe und benötigen jeweils eine Vernetzung vor Ort.

Im Rahmen von regionalen Notfallbudgets könnten „Emergency-Regionen“ entstehen, in denen die Gesundheitsträger oder eine Gesundheitsallianz ein vorab definiertes Budget von den Krankenkassen erhalten, mit dem sie die ambulante und stationäre Notfallversorgung ebenso wie den Rettungsdienst erbringen und die Versorgung in diesem Bereich sicherstellen könnten: „Die Notfallversorgung soll in integrierten Notfallzentren in enger Zusammenarbeit zwischen den kassenärztlichen Vereinigungen (KV) und den Krankenhäusern (KH) erfolgen. Wir räumen den KVen die Option ein, die ambulante Notfallversorgung dort selbst sicherzustellen oder diese Verantwortung in Absprache mit dem Land ganz oder teilweise auf die Betreiber zu übertragen. Durch eine Verschränkung der Rettungsleitstellen mit den KV-Leitstellen und standardisierten Einschätzungssystemen (telefonisch, telemedizinisch oder vor Ort) erreichen wir eine bedarfsgerechtere Steuerung. Wir nehmen das Rettungswesen als integrierten Leistungsbereich in das SGB V auf.“ „[...] Wir ermöglichen regelhaft telemedizinische Leistungen inklusive Arznei-, Heil- und Hilfsmittelverordnungen sowie Videosprechstunden, Telekonsile, Telemonitoring und die telenotärztliche Versorgung.“³

„Professionelle Pflege ergänzen wir durch heilkundliche Tätigkeiten und schaffen u. a. das neue Berufsbild der „Community Health Nurse“. [...] Wir bringen ein allgemeines Heilberufegesetz auf den Weg [...]“³ In der Aufwertung der Gesundheits(fach)berufe gibt insbesondere in regionalen Settings, Erfahrungen mit der Ausbildung von Gesundheitslotsen und dem Einsatz von „Community Health Nurses“ und „Case Managern“. Diese neuen Gesundheitsfachpersonen (Health Care Professionals) sind ein regionales „Produkt“. Regionale Gesundheitsträger sollten jetzt Kontakte und Kooperationen mit den Hochschulen aufbauen und können Modellversuche nach § 64d SGB V mit der Übertragung ärztlicher Tätigkeiten entwickeln. Zudem sieht der Koa-Land konkret vor, die Attraktivität der Gesundheits- und Pflegeberufe zu fördern: „[...] Schulgeldfreiheit sicherstellen und die generalistische Pflegeausbildung durch eine Erhöhung der Ausbildungsplätze weiter stärken. Um für diese Ausbildung ausreichend praktische Plätze zur Verfügung stellen zu können, sichern wir die Koordinierung der ausbildungsrechtlich vorgeschriebenen Praxiseinsätze vor Ort zu... ein „Fair Care“-Gütesiegel für die häusliche Betreuung entwickeln, um faire Arbeitsbedingungen auszuzeichnen [...] und [...] Pflegenden mehr Verantwortung in der Konzeption und Gestaltung von Pflege geben.“⁴

„Durch den Ausbau multiprofessioneller, integrierter Gesundheits- und Notfallzentren stellen wir eine wohnortnahe, bedarfsgerechte, ambulante und kurzstationäre Versorgung sicher und fördern diese durch spezifische Vergütungsstrukturen.“³ Eine wohnortnahe, bedarfsgerechte, ambulante und kurzstationäre Versorgung soll zum einen durch den Ausbau regionaler Versorgungszentren erfolgen. Auch der Koa-Land Vertrag sieht dazu vor: „Wir wollen eine interprofessionelle und innovative, am Bedarf der Patientinnen und Patienten ausgerichtete Versorgung erreichen. Dafür werden wir beispielsweise die flächendeckende Einrichtung von interdisziplinären

*Primärversorgungszentren und den weiteren Aufbau von Telemedizin fördern.*⁴ Zum anderen soll durch spezifische regionale Vergütungsstrukturen, das große Problem der Finanzierung an der Schwelle zwischen ambulanter und stationärer Versorgung: „Gleiches Geld für gleiche Leistung“ lösen. Beides ist vor allem auch ein regionales Thema, da bspw. auch Ambulant-Sensitive Krankenhausfälle (ASK) und Pflegeheim-Sensitive Krankenhausfälle (PSK), durch neue Konzepte von Versorgungszentren vermieden werden können.

Insbesondere der Koa-Land will die seelische Gesundheit vor Ort stärken: *„Wir werden gemeindenahе, psychiatrische Angebote weiterhin fördern sowie Krisen- und Notfalldienste sicherstellen.“*⁴ Hier kann Smarte.Land.Regionen anknüpfen.

2. Versorgungssituation

In diesem Kapitel wird die Versorgungssituation im Landkreis Lörrach anhand von sozio-demografischen Daten für den Status Quo und für prognostizierte Werte darlegt. Des Weiteren wird die ambulante medizinische Versorgungssituation anhand der hausärztlichen Versorgung und der Struktur bestehender medizinischer Versorgungszentren (MVZ) beschrieben.

2.1. Sozio-demografische Situation im Landkreis

Sozio-demografisch wird der Landkreis in die fünf Planungsräume Lörrach/Inzlingen/Steinen, Weil am Rhein/Markgräflerland, Hochrhein, Mittleres Wiesental und Oberes Wiesental unterteilt. Anhand der Daten zur Kreisbevölkerung sind die Planungsbereiche Weil am Rhein/Markgräflerland (69.934 Einwohner) und Hochrhein (51.447 Einwohner) am stärksten besiedelt. Der Planungsraum Oberes Wiesental ist mit 17.538 Einwohnern am geringsten besiedelt (Stand 31.12.2020)⁵.

In Bezug auf die Bevölkerungsprognose für 2025 bis 2030 lässt sich zunächst positiv festhalten, dass laut Berechnungsstand von 2017 kein starker Bevölkerungsrückgang für den Gesamtlandkreis und auch nicht für die fünf Planungsbereiche zu verzeichnen ist, wie dies indess bei vielen anderen Landkreisen in Deutschland der Fall ist. Schaut man sich im Vergleich dazu jedoch die Verteilung der Altersstrukturen für die Prognose an, so zeigt sich auch hier insgesamt eine Alterung der Gesellschaft, da der prozentuale Anteil der über 65-jährigen zunimmt (s. Abbildung 1). Der prozentuale Anteil der jüngeren Generationen nimmt prognostiziert langsamer ab, welches zwar den Trend des demografischen Wandels auch in dieser Region widerspiegelt und Folgen für die gesundheitliche Versorgung hat. Im Vergleich zu vielen anderen ländlichen Regionen in Deutschland ist hier jedoch vorteilhaft, dass es sich nach wie vor um eine Zuzugsregion handelt und die Spanne zwischen jüngeren und älteren Generationen noch weniger groß ist und langsamer wächst.

⁵ Statistisches Landesamt Baden-Württemberg, „Bevölkerungsvorausrechnung des Statistischen Landesamts Baden-Württemberg für den Landkreis Lörrach“.

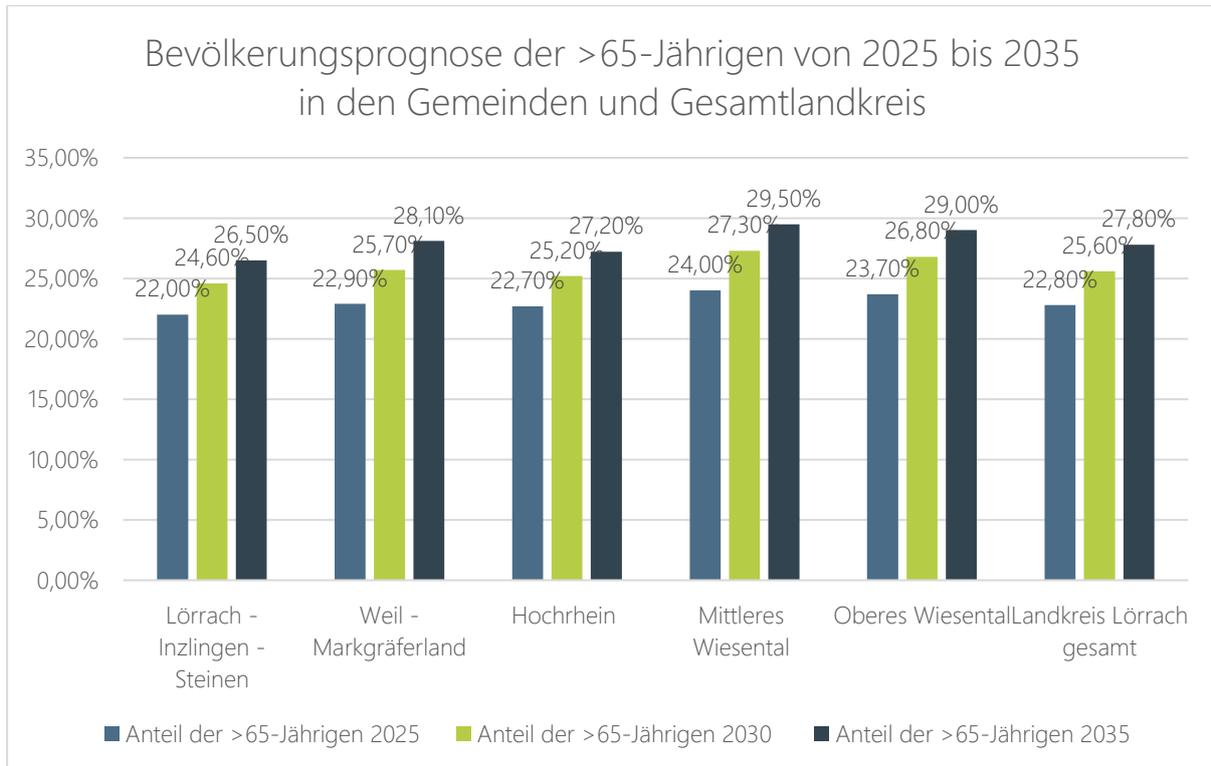


Abbildung 1 Bevölkerungsprognose der >65-Jährigen nach Gemeinden und Gesamtlandkreis für 2025 bis 2035
Quelle: eigene Darstellung in Anlehnung an Statistisches Landesamt Baden-Württemberg.

Mit Alterung der Bevölkerung wird dennoch die Zahl der Pflegebedürftigen im Landkreis weiter steigen. Bis zum Jahr 2030 auf 3,8 % an der Gesamtbevölkerung, und zwar auf 8.543 Pflegebedürftige, siehe Abbildung 2. Dies entspricht einer Steigerung von gut 41 % - und korrespondiert mit der demografischen Entwicklung im Landkreis. Als Zuzugsregion klappt zwar die Altersschere weniger stark auseinander aber es fehlen umso mehr familiäre Settings, wodurch der Anteil der Angehörigenpflege sinkt.

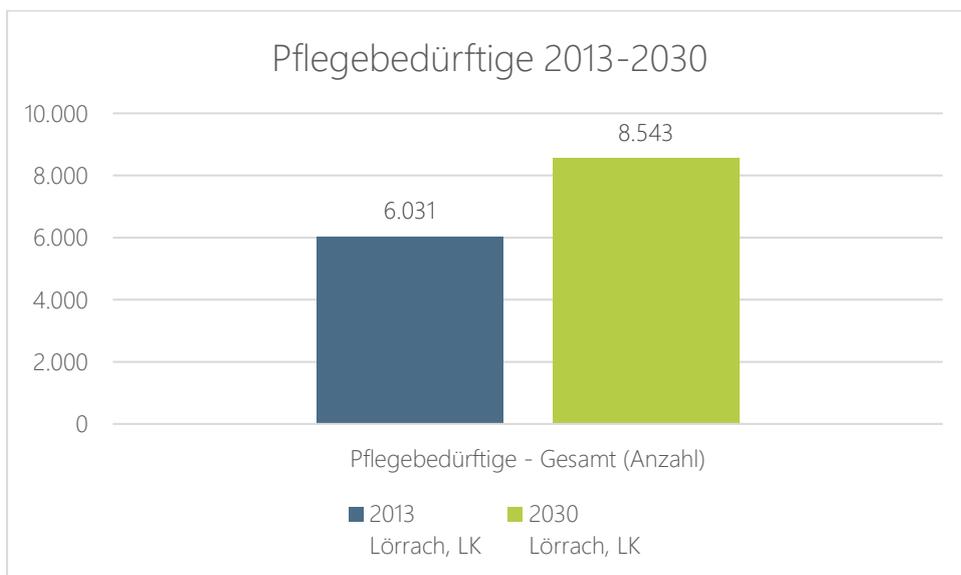


Abbildung 2: Zahl der Pflegebedürftigen im Landkreis
Quelle: eigene Darstellung in Anlehnung an Bertelsmann Stiftung - Wegweiser Kommune

Bei den Pflegearrangements wird bis zum Jahr 2030 der Anteil der Angehörigenpflege von 48,7 % auf 45,4 % sinken; die Anteile der ambulanten Pflege und der stationären Pflege steigen marginal auf 22,6 % bzw. 32,0 % an⁶.

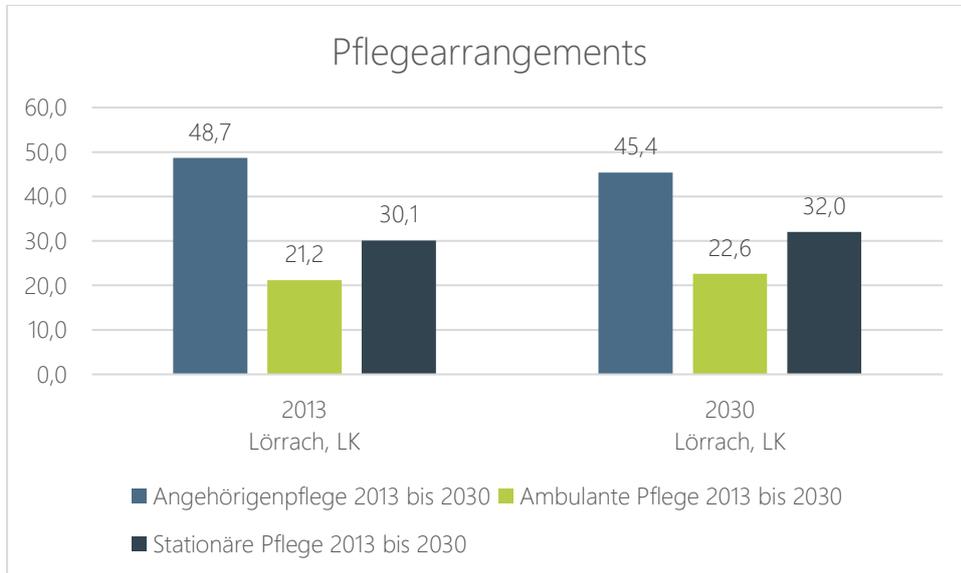


Abbildung 3. Pflegearrangements im Landkreis

Quelle: eigene Darstellung in Anlehnung an Bertelsmann Stiftung - Wegweiser Kommune

Die Pflegearrangements im Landkreis bleiben in dieser Dekade somit noch nahezu unverändert. Der Bedarf an zeitgemäßen Alten- und Pflegeheimenrichtungen in der Zukunft, die den Anforderungen einer älter werdenden Gesellschaft bei gleichzeitigem Fachkräftemangel gerecht werden, wird aber steigen und kann durch neue Versorgungsmodelle gedeckt werden, siehe Kapitel 3.2.

2.2. Ambulante medizinische Versorgungssituation

Die kleinräumige Bedarfsanalyse zur hausärztlichen Versorgung aus dem Jahr 2017 hat bereits die aktuellen und auch zukünftig von ambulanter medizinischer Unterversorgung bedrohten Bereiche in einzelnen Gemeinden des Landkreises aufgezeigt. Hier waren bereits insgesamt 62 Hausärzte mindestens 60 Jahre alt und das Durchschnittsalter lag bei 54,0 Jahren⁷. Aktuelle Daten zur haus- und fachärztlichen Versorgungsstruktur belegen ebenfalls die drohende Unterversorgung in den einzelnen Mittelbereichen und die zunehmend alternde Ärztestruktur (s. Tabelle 1). Das Durchschnittsalter der Hausärzte liegt mit 56,9 Jahren bereits jetzt höher als der Durchschnitt in Baden-Württemberg (BW) von 55,8 Jahren. Bei den Fachärzten liegt das Verhältnis bei 55,0 (Landkreis) zu 54,0 (BW) in etwa gleichauf und bei den Psychotherapeuten bei 57,5 (Landkreis) zu 55,0 (BW) wiederum nochmal deutlicher älter (Stand 20.10.2021). Hinzu kommt, dass alle Mittelbereiche nach aktuellem Stand noch Niederlassungsmöglichkeiten von vier bzw. acht Sitzen offen haben⁸.

⁶ Bertelsmann Stiftung, „Wegweiser Kommune“.

⁷ Dr. Wagner, S., „Hausärztliche Versorgung im Landkreis Lörrach - Abschlussbericht 2016/2017“.

⁸ Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg, „Entwicklung der hausärztlichen Versorgung“.

Mittelbereich	Hausärzte (Kopfzahlen)	Hausärzte >60 Jahre	% Anteil Hausärzte >60 Jahre
Lörrach / Weil	89	37	41,6 %
Rheinfelden	26	12	46,2 %
Schopfheim	26	12	46,2 %
Baden-Württemberg	7.155	2.719	38,0 %

Tabelle 1: Anteil der Hausärzte inkl. Altersstruktur im Vergleich zum Bundesland

Quelle: eigene Darstellung in Anlehnung an Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg (Stand 20.10.2021)

Es gibt insgesamt fünf Medizinische Versorgungszentren (MVZ) im Landkreis. Drei davon sind unter der Trägerschaft der Kliniken des Landkreises Lörrach GmbH angesiedelt und befinden sich in Schopfheim (Orthopädie und Unfallchirurgie), Rheinfelden (Orthopädie und Unfallchirurgie) und in Grenzach (Gynäkologie und Geburtshilfe). Zu den Leistungen gehören neben der allgemeinen ambulanten medizinischen Versorgung in den jeweiligen Fachbereichen hauptsächlich minimalinvasive ambulante Operationen. Laut des Leistungsspektrums wird keine interdisziplinäre Versorgung oder die Zusammenarbeit im Bereich Case Management angeboten⁹. Zwei weitere unabhängige MVZs befinden sich in Schopfheim und Rheinfelden und sind spezialisiert auf allgemeinmedizinische Versorgung^{10, 11}.

2.3. Fazit und Ableitungen für die medizinische Versorgung im Landkreis Lörrach

Mit Alterung der Bevölkerung wird auch die Zahl der Pflegebedürftigen im Landkreis weiter steigen. Zwar ist kein starker Bevölkerungsrückgang für den Gesamtlandkreis und auch nicht für die fünf Planungsbereiche zu verzeichnen und, da der Landkreis nach wie vor eine Zuzugsregion handelt, entwickelt sich die Spanne zwischen jüngeren und älteren Generationen weniger stark. Dennoch hat der Landkreis mit ähnlich großen Herausforderungen zu kämpfen, wie andere Regionen auch, da:

1. der prozentuale Anteil der über 65-jährigen im Landkreis zunimmt,
2. als Zuzugsregion zwar die Altersschere weniger stark auseinanderklafft, aber umso mehr familiäre Settings fehlen und daher der Anteil der Angehörigenpflege sinkt und
3. die Pflegearrangements im Landkreis in dieser Dekade somit zwar noch nahezu unverändert bleiben, die allgemein- und fachärztliche Versorgung, jedoch selbst bereits ein Altersthema ist und
4. der Bedarf an zeitgemäßen Alten- und Pflegeheimenrichtungen, die den Anforderungen einer älter werdenden Gesellschaft bei gleichzeitigem Fachkräftemangel gerecht werden, nicht die Frage von gegenwärtigem Bedarf, sondern vielmehr eine Frage der zukunftsfesten Ausrichtung geworden ist, ein selbstbestimmtes Leben und nachhaltige Lebenszufriedenheit, durch neue Versorgungsmodelle sicherzustellen.

⁹ MVZ Landkreis Lörrach GmbH, „Unfallchirurgie, Orthopädie und Gynäkologie in Schopfheim, Rheinfelden und Grenzach“.

¹⁰ Fink, Wolfgang, „ÄRZTE vor Ort – MEDI-MVZ GmbH - Schopfheim“.

¹¹ Medizinisches Versorgungszentrum Rheinfelden GmbH, „MVZ-Rheinfelden | Hausarzt | Rheinfelden“.

2.3.1. Bedeutung von konzeptioneller Altersmedizin für den Landkreis

Bei der Altersmedizin geht es darum, dass größtmögliches Maß an Gesundheit, Eigenständigkeit und Lebensqualität zu erhalten – bis ins hohe Alter. Die Menschen im Landkreis werden immer älter und leiden immer mehr unter altersbedingten Krankheiten. Die Anzahl der Jahre ist dabei nicht entscheidend. Entscheidend sind die Lebensqualität und das subjektive Lebensgefühl. Damit es gute Jahre werden, geht es nicht nur darum, gesund zu bleiben, sondern auch zu lernen, mit Krankheiten umzugehen sowie mit körperlichen und geistigen Einschränkungen zu leben. Altern hat für jeden einzelnen Menschen immer eine persönliche, soziale und körperliche Dimension. Faktoren wie Schmerzen, mentale Gesundheit, Wohlbefinden, vorhandene Ressourcen oder die Einbindung in ein intaktes soziales Umfeld bestimmen die subjektiv empfundene Gesundheit und damit auch das Lebensgefühl. Aber Prävention, Diagnose und Therapie von Erkrankungen bzw. ein Leben in hoher Lebensqualität trotz Krankheit sind entscheidend für ein selbstbestimmtes Leben und für nachhaltige Lebenszufriedenheit. Genau hier sollte der Landkreis mit einer klaren konzeptionellen Strategie für Altersmedizin, neue Wege gehen. Die Altersmedizin beschäftigt sich mit fünf Hauptsymptomen, die einzeln, zusammen oder auch in Verbindung mit anderen Erkrankungen auftreten:

- › Immobilität (mangelnde Beweglichkeit)
- › Instabilität (erhöhtes Sturzrisiko)
- › Inkontinenz (Störung von Blasen- und Darmfunktion)
- › Intellektueller Abbau (Einschränkung von Hirnleistung, Denken und Orientierung) und
- › Iatrogene Probleme (Probleme, die sich aus der Vielzahl der zu behandelnden Erkrankungen und deren Medikation ergeben).

Den Herausforderungen in der Medizin älterer Menschen, die an chronischen oder mehreren anderen schweren Erkrankungen leiden, kann nur interdisziplinär begegnet werden. Dieses Ideenpapier legt einen besonderen Fokus darauf. Altersmedizin soll konzeptionell in allen aufzuzeigenden Ideen eingewebt sein, um bei älteren Patienten, die an Gebrechlichkeit oder mehreren anderen schweren Erkrankungen leiden, durch eine komplexes Versorgungskonzept, die krankheitsbedingten Einschränkungen im Alltag zu begrenzen oder rückgängig zu machen. Darüber hinaus gilt es, den möglichst langen Verbleib in der häuslichen Umgebung oder auch die möglichst schnelle Rückführung, mit einem Optimum an Lebensqualität zu sichern und Pflegebedürftigkeit zu verhindern oder hinauszuzögern. Die interdisziplinäre und am Case Management ausgerichtete Zusammenarbeit, sollte die Zahl stationärer Einweisungen und die Fälle vermeidbarer Wiederaufnahmen reduzieren aber auch Doppeluntersuchungen und lange Wartezeiten vermeiden. Nur eine enge Zusammenarbeit in einem multiprofessionellen Team wird den individuellen Bedürfnissen des alten und sehr alten Patienten gerecht. Dabei spielt insbesondere der Bedarf anderer Gesundheitsberufe und die Entwicklung und Nutzung digitaler Versorgungssysteme eine bedeutsamere Rolle als bisher. Es geht nicht nur um zusätzliche medizinische und pflegerische Angebote, sondern auch um die Prävention, die Stärkung des Selbstmanagements, der Gesundheitskompetenz und Sensibilisierung der Öffentlichkeit für das Thema Altersmedizin.

3. Konzepte für Versorgungszentren

Mit der strategischen Entscheidung aus den bisher vier Klinikstandorten, ein zentrales Klinikum aufzubauen fallen gleichzeitig für die Bevölkerung wahrnehmbare, wohnortnahe Versorgungsstandorte weg. Parallel dazu zeigt der kleinräumig festgestellte Bedarf reell und zusehends in wachsendem Ausmaß, dass die ambulante Versorgung in der Region, nachhaltig sichergestellt werden muss. Daher ergibt sich ein Bedarf für den Landkreis, zeitnah auch im ambulanten Sektor mit Versorgungszentren für eine einwohnernahe integrierte Versorgung nachzuziehen. Konzeptionelle Optionen für den Landkreis werden nachfolgend aufgezeigt.

3.1. Versorgungszentren im Landkreis Lörrach (Ist-Analyse)

Die stationäre Akut- und Regelversorgung im Kreis wird durch die Kliniken des Landkreises Lörrach GmbH an den drei Standorten Lörrach, Rheinfelden und Schopfheim gesichert. Die kreiseigenen Kliniken mit 331 Betten und 227 Betten im Elisabethen Stift am Standort Lörrach, 101 Betten in Schopfheim und 115 Betten in Rheinfelden umfassen u. a. mehrere chirurgische Abteilungen, Kliniken für Innere Medizin, Klinik für Geriatrie. Ein Versorgungsschwerpunkt in Schopfheim liegt zudem in der ambulanten und stationären psychiatrischen und psychotherapeutischen Versorgung erwachsener Patienten¹². Im Jahr 2024 sollen die bisherigen Klinikstandorte Schopfheim und Rheinfelden im Klinikneubau in Lörrach zusammengelegt werden. Das hätte Auswirkungen auf eine wohnortnahe Versorgung, wie die Analyse des GKV-Kliniksensors zeigt:

Rheinfelden: Das Krankenhaus mit 115 Betten hat eine Klinik für Innere Medizin und eine Klinik für Orthopädische Chirurgie. Das Krankenhaus nimmt an der Notfallversorgung teil. Die durchschnittliche PKW-Fahrzeit beträgt derzeit 10,6 min (Status quo); bei einer Schließung des Hauses betrüge die Fahrzeit zum nächstgelegenen Krankenhaus 12,4 min, jedoch in keinem Fall länger als 30-PKW-Fahrminuten, um ein Krankenhaus der Grundversorgung zu erreichen.



Abbildung 4: Erreichbarkeit bei Schließung Krankenhaus Rheinfelden

Quelle: GKV- Kliniksensorm

¹² Anm.: Die Klinikstandorte in Lörrach und Schopfheim haben eine regionale Versorgungsverpflichtung in der Psychiatrie.

Schopfheim: Das Krankenhaus mit 101 Betten hat eine Klinik für Innere Medizin, Klinik für Plastische Chirurgie und eine Klinik für Psychiatrie/Psychotherapie. Das Krankenhaus nimmt an der Notfallversorgung teil. Die durchschnittliche PKW-Fahrzeit beträgt derzeit 10,7 min (Status quo); bei einer Schließung des Hauses betrüge die Fahrzeit zum nächstgelegenen Krankenhaus 14,3 min. Doch – anders als in Rheinfelden – würde sich für Patienten vieler Gemeinden – insbesondere im Nordwesten des Landkreises – die Fahrzeiten zur nächsten Klinik auf 30 bis 40 PKW-Fahrminuten erhöhen. Die Zahl der betroffenen Einwohner, die bei der Schließung des Hauses länger als 30-PKW-Fahrminuten benötigen würden, um ein Krankenhaus der Grundversorgung zu erreichen, beträgt daher über 16.000. Die Gründe liegen in der Topografie und Verkehrsanbindung der betroffenen Gemeinden.

Erreichbarkeit bei Schließung



Abbildung 5: Erreichbarkeit bei Schließung Krankenhaus Schopfheim

Quelle: GKV-Kliniksimulator

3.1.1. Fazit und Ableitungen

Bislang liegt für die bisherigen Klinikstandorte (Schopfheim, Rheinfelden) kein medizinisches Nachnutzungskonzept vor. Das ist aufgrund der geografischen Nähe und der Bedeutung als Versorgungsstandort für die Bevölkerung, bei gleichzeitigem Rückgang ambulant ärztlicher Versorgung, herausfordernd. Zumal die ambulanten Fallzahlen an beiden Standorten im Jahr 2019 viermal so hoch waren, wie die stationären Fälle: Rheinfelden mit 13.354 und Schopfheim mit 15.435 ambulanten Fällen¹³. Der Wegfall des Krankenhauses in Schopfheim hätte erheblichen Einfluss auf die Grundversorgung großer Bevölkerungsteile, welches schon jetzt nicht mehr ausreichend durch die ambulante Versorgung kompensiert werden kann. Zudem würde auch ein wohnortnahe Angebot in der stationären psychiatrischen Versorgung wegfallen, sowie die wohnortnahe akutstationäre Altersmedizin sich örtlich entfernen und ein rehabilitatives Angebot weiterhin fehlen.

¹³ Deutsche Krankenhaus TrustCenter und Informationsverarbeitung GmbH (DKTIG), „Deutsches Krankenhaus Verzeichnis“.

3.2. Konzeptionelle Ansätze für Versorgungszentren

Konzeptionelle Optionen mit Versorgungszentren für den Landkreis eine einwohnernahe integrierte Versorgung sicherzustellen, werden nachfolgend aufgezeigt. Generell gilt, dass der überwiegende Teil der Leistungen über den Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM), den bestehenden und zukünftigen AOP-Katalog (beides SGB V) und die Pflegevergütungen nach SGB XI vergütet werden könnten. Hinzu kommen Möglichkeiten der selektivvertraglichen Vergütungen (SGB V) oder der Gebührenordnung der Ärzte (GÖÄ; Selbstzahlerleistungen). Bisher sind Leistungen wie die erweiterte ambulante Versorgung und das Case Management noch nicht umfassend über die Vergütungssystematiken abgedeckt. Diese könnten im Rahmen eines Gesamtfinanzierungskonzepts gedeckt werden und zudem sieht der Gesetzgeber vor, sektorengleiche und spezifische Vergütungsstrukturen für die wohnortnahe, bedarfsgerechte, ambulante und kurzstationäre Versorgung zu schaffen.

3.2.1. Intersektorales Gesundheitszentrum

Intersektorale Gesundheitszentren (IGZ) dienen als Modell für die Transformation kleinerer ländlicher Krankenhäuser. Neben einer klassischen ambulanten Versorgung von Haus- und Fachärzten halten diese auch eine erweiterte ambulante Versorgung mit einer bettenführenden Einheit vor. Der Schwerpunkt eines IGZs liegt auf der medizinischen Versorgung.

Die von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) in Auftrag gegebene Studie zu IGZ stellt den hausärztlichen Fachbereich in den Vordergrund, fachärztliche Versorger können aber genauso eingebunden werden. Im Rahmen einer erweiterten ambulanten Versorgung sollen Patienten dort auch für drei bis fünf Nächte versorgt werden¹⁴. Mithilfe einer erweiterten ambulanten Versorgung könnten Krankenhauseinweisungen vermieden werden. Sofern nötig, könnten Patienten nach Eingriffen, die eine pflegerische und medizinische Überwachung bedürfen, oder ggf. psychiatrische Notfälle kurzzeitig für mehrere Tage in einer Betteneinheit versorgt werden. Hierzu wären entsprechende Fachpflegekräfte und Mediziner – durch Visiten oder im Bereitschaftsdienst – für eine 24-Stunden-Überwachung und Versorgung vorzuhalten.

¹⁴ Schmid u. a., „IGZ konkret, Erweiterte Ambulante Versorgung – Umsetzung und Implikationen, Gutachten des Instituts für Allgemeinmedizin und Interprofessionelle Versorgung des Universitätsklinikums Tübingen und der Oberender AG im Auftrag der Kassenärztlichen Bundesvereinigung“.

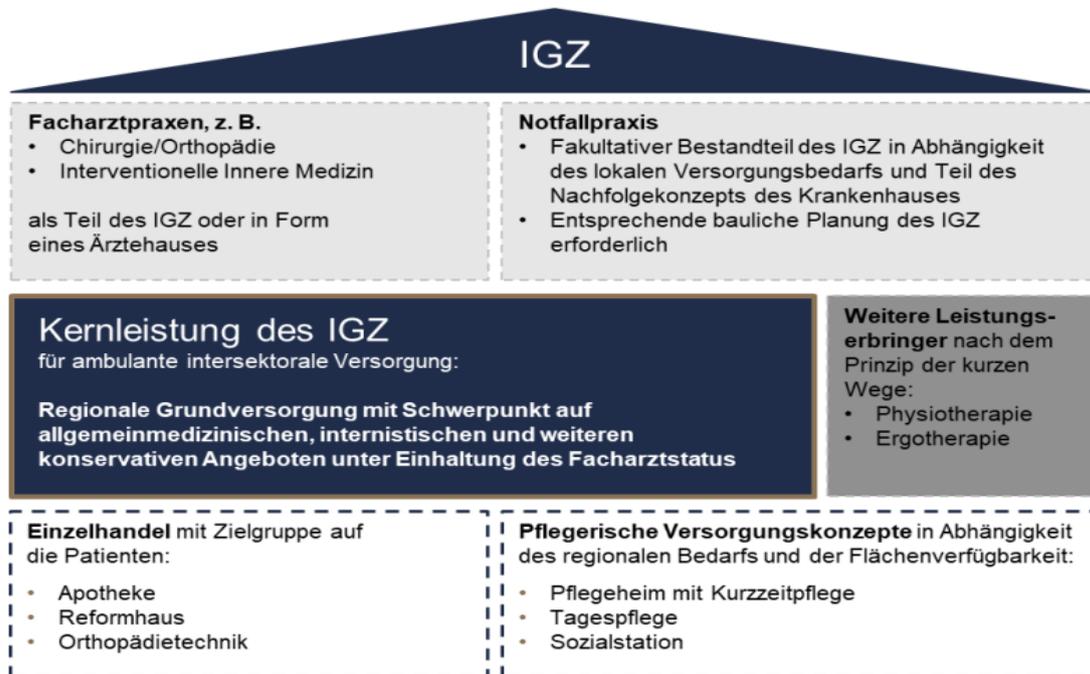


Abbildung 6: Kernleistung und potenzielle Erweiterungen des IGZ

Quelle: Schmid et al. 2021

3.2.1.1. IGZ - Optionen für den Landkreis Lörrach

Ein IGZ könnte als Modell für die Nachnutzung des Krankenhauses in Schopfheim dienen. Das Krankenhaus in Schopfheim hält die notwendige Infrastruktur für eine Transformation in ein IGZ vor. Unter dem Dach eines IGZ am Standort Schopfheim können weitere Anbieter aus Medizin und Pflege Leistungen anbieten, z.B. ambulante Pflegedienste, Apotheken oder Gesundheitsberufe wie Physiotherapeuten, etc. Innerhalb eines IGZ würde sich auch ein Schwerpunkt für Familienmedizin integrieren lassen, welches auch dem zunehmenden Bedarf im Bereich der Kinder- und Jugendmedizin¹⁵ sowie der Mutterschaftsvorsorge durch Hebammen¹⁶ und Frauenärzten mit einem attraktiven Arbeitssetting begegnen kann. Hierzu könnte z.B. auch die Option eines Beleg-Hebammen-Kreislaales integriert werden. Dabei würden Hebammen eigenständig und freiberuflich als Beleg-Hebammen tätig sein, haben aber durch das IGZ eine räumliche Instanz, Geburten vor-, mit- und nachzubetreuen und interdisziplinär zusammenzuarbeiten. Beispielhaft sei hier das Hebammenkontor in Hamburg genannt, welcher seit 2017 partnerschaftlich mit dem Asklepios Klinikum Altona zusammenarbeitet¹⁷.

Innerhalb des IGZ könnten auch ein ambulantes, ggf. teilstationäres Angebot an psychotherapeutischer oder psychiatrischer Versorgung vorgehalten werden. So würde weiterhin ein gemeinde- bzw. wohnortnahes Versorgungsangebot bestehen bleiben, auch wenn die stationäre Versorgung in Lörrach erfolgt. Die Kooperation von kommunalen psychologischen Beratungsstellen oder sozialpsychiatrischem Dienst, mit den ambulant tätigen Psychotherapeuten und Psychiatern könnte am IGZ Standort zu einem integrierten Ansatz weiterentwickelt werden. Weiterhin sollte die Kooperation oder Integration von niederschweligen Beratungsangeboten

¹⁵ Werndorff und Konrad, „Kreis Lörrach“.

¹⁶ Gramespacher, „Im Kreis Lörrach mangelt es weiter an freiberuflichen Hebammen“.

¹⁷ Helena Marie Pape, „Hebammenkontor Altona“.

wie einem Gesundheitskiosk, Gesundheitslotsen oder Case Management und damit ein Überleitungsmanagement angedacht werden.

Fakultativer Bestandteil eines IGZ könnte auch eine KV-Notfallpraxis sein, die die ambulante Notfallversorgung außerhalb der Sprechzeiten der Praxen und insbesondere am Wochenende ermöglicht. Dadurch könnte der Wegfall der Notfallambulanz am Klinikstandort Schopfheim teilweise aufgefangen werden und auch die Kinder- und Jugendmedizinische Notfallversorgung gestärkt werden¹⁵.

In Schopfheim sollte geprüft werden, auch ein Angebot für ambulantes Operieren (AOP) nach § 115b 1 SGB V aufrechtzuerhalten, da OP-Räume hier vorhanden sind. Der Katalog ambulanter Operationen sieht u. a. eine Vielzahl hand- und fußchirurgischen Operationen vor¹⁸. Eine Neuordnung des Katalogs wird das Leistungsangebot zukünftig noch erweitern.

Ein IGZ am Standort Schopfheim könnte somit intersektoral mehrere Versorgungsleistungen vorhalten:

- › ambulantes, ggf. teilstationäres Angebot an psychotherapeutischer oder psychiatrischer Versorgung (Versorgungsschwerpunkt)
- › interdisziplinäres Case Management und niederschwellige Unterstützungs- und Beratungsangebote, inklusive Hilfe zur Selbsthilfe und Vermittlung ehrenamtlicher Angebote
- › ambulante haus- und fachärztliche Versorgung (auch Belegärzte), komplementär zum Bedarf im Einzugsbereich (mittleres und oberes Wiesental)
- › ambulante Pflege
- › erweiterbare ambulante Versorgung mit Betteneinheit (15 Betten, 24 bis 72 Stunden Liegezeit)
- › ambulant zu erbringende Heilmittelversorgung und geriatrische Rehabilitation, u.a. Physiotherapie, Ergotherapie
- › ambulantes Operieren

Träger und Bauherr des IGZ könnten öffentliche wie private Träger sein (bspw. die Kliniken des Landkreises, Kommunen, frei Gemeinnützige Organisationen, Ärztenetze, MVZ-Träger, etc.). Besonders die Kliniken könnten mit dem bestehenden MVZ, OP-Bereich und Bettenhaus die Grundfunktionen des IGZ bereitstellen. Niedergelassene Haus- und Fachärzte, Heilberufe oder Pflegedienste könnten sich, in einem Gesamtversorgungskonzept, mittels Kooperations- und Mietverträge unter dem Dach des IGZ integrieren. Komplementär könnten soziale, kommunale und andere Dienste dazugewonnen werden, siehe auch Kapitel 3.4. Ein solches Zentrum kann zudem die Attraktivität in der Gewinnung von Personal und Fachkräften erhöhen und die Wahrnehmung, einer qualitativ hochwertigen Versorgung im Landkreis, positiv verändern.

3.2.2. Regionales Pflegekompetenzzentrum

Regionale Pflegekompetenzzentren (Reko) könnten ebenfalls als Modell zur Nachnutzung kleinerer ländlicher Krankenhäuser dienen. Das von Prof. Thomas Klie und Prof. Michael Monzer von der Evangelischen Hochschule Freiburg i. B. entwickelte Konzept will die Langzeitpflege mit der Gesundheitsversorgung auf regionaler Ebene

¹⁸ Kassenärztliche Bundesvereinigung, „KBV - Ambulantes Operieren“.

verbinden¹⁹. ReKo können Impulse in Richtung einer intersektoralen bzw. kooperativen Versorgung, z. B. im Bereich der Altersmedizin geben.

Das Konzept der ReKo wird von der Krankenkasse DAK-Gesundheit mitgetragen und seit dem Jahr 2019 in einem Modellprojekt in Niedersachsen (Nordhorn) implementiert und evaluiert²⁰. Die ReKo sind im Wesentlichen durch zwei Organisationsverständnisse geprägt: Erstens als eine zentrale Infrastruktureinrichtung der Daseinsfürsorge, in der unterschiedliche Dienstleistungen und Einrichtungen beherbergt werden, zweitens als eine Case Management-Organisation, die sich durch eine bestimmte Prozessgestaltung und Strukturentwicklung auszeichnet, siehe Abb. 7.

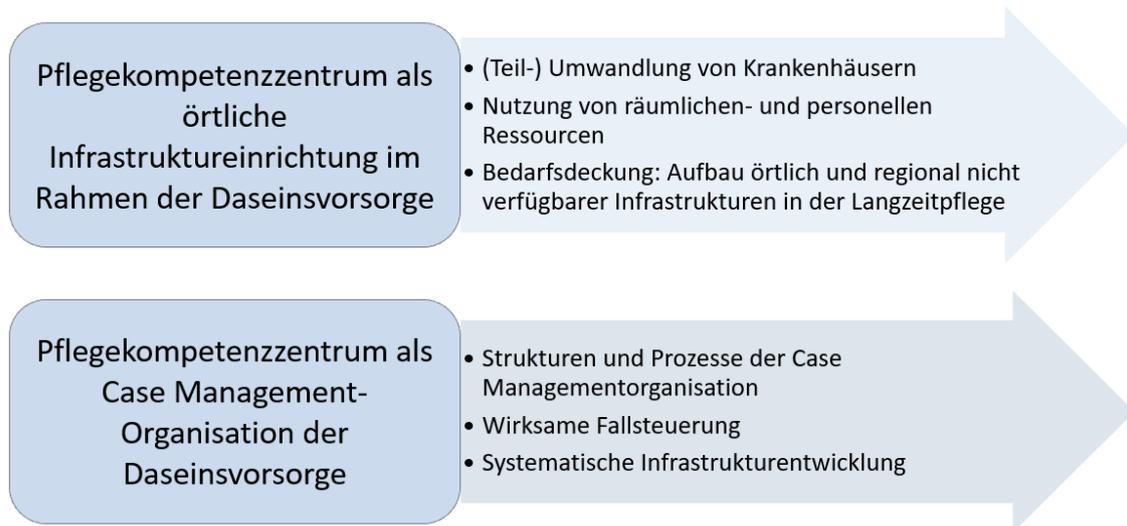


Abbildung 7: Die zwei Organisationsverständnisse von Regionalen Pflegekompetenzzentren

Quelle: Klie und Monzer

Das letztgenannte Organisationsverständnis als Case Management-Organisation könnten z. B. durch eine Integration bzw. Kooperation der dort ansässigen Pflege- und Medizindienstleister realisiert werden, z. B. in den Versorgungsprozessen und -strukturen. Eben dies wird in dem bundesweit ersten ReKo in Nordhorn erprobt. Dieses hat zum Ziel, die bereits bestehende Infrastruktur von medizinischen und pflegerischen Versorgungsstrukturen samt Service-Wohnen bzw. Betreutes Wohnen um eine Case Management-Organisation zu erweitern. Dabei spielen der Aufbau eines Case Managements und die Implementierung einer digitalen Plattform zum Austausch und Koordination der Versorgung eine herausragende Rolle. Nachbarschaftliche oder ehrenamtliche Hilfen für Anwohner und Bewohner sowie Angebote aus den Bereichen Bildung, Kultur, Begegnung oder Gastronomie könnten das Angebot innerhalb des ReKos abrunden.

3.2.2.1. ReKo - Optionen für den Landkreis Lörrach

Als Versorgungsstandort für die ganze Region am Rheinknie sollte ein besonderer Schwerpunkt im Landkreis auch in einem komplementären ambulant-stationären geriatrischen Rehabilitationszentrums angedacht werden. Mit den Regionalen Pflegekompetenzzentren sollen mehrere Herausforderungen adressiert werden, die

¹⁹ Klie und Monzer, *Regionale Pflegekompetenzzentren*.

²⁰ Gesundheitsregion EUREGIO e. V., „ReKo - Regionales Pflegekompetenzzentrum“.

auch für den Landkreis Lörrach relevant sind. Es könnte somit im Wesentlichen zwei Versorgungssäulen geben: Ein altersmedizinisches Versorgungszentrum, welches durch eine vollständige Versorgungskette vom ambulanten über den teilstationären bis zum stationären Bereich, mit einem integrierten Überleitungsmanagement, als Voraussetzung für eine erfolgreiche Therapie, Komplexbehandlungen, Frührehabilitation, aktivierend-therapeutische Pflege, geriatrische Tagesklinik, etc. ein regional komplementäres (Alleinstellungsmerkmal) nachhaltiges Versorgungsangebot schafft. Ergänzt um ein Pflegezentrum, bei dem einrichtungsübergreifende Managementleistungen, insbesondere für die Bewohner des Pflegezentrums im Sinne eines Case Managements, vom Träger des Pflegezentrums organisiert werden könnten. Zudem ein medizinisches Haus- und Fachärzteezentrum, welches weitere Gesundheitsdienstleister integrieren kann. Ein solches Zentrum kann zudem die Attraktivität in der Gewinnung von Personal und Fachkräften erhöhen, indem beispielsweise weitergebildete Case-Manager u.a. Gesundheitsfachberufe angestellt werden.

Das Kreiskrankenhaus in **Rheinfeld** könnte eine Nachnutzung als ReKo erfahren, da das in Rheinfeld bereits bestehende geriatrische Versorgungsangebot der Akutgeriatrie teilweise weiter vorgehalten werden könnte. Darüber hinaus der Schwerpunkt auf geriatrischer Rehabilitation und Angeboten der Langzeitpflege nach SGB XI und der medizinischen Versorgung nach SGB V liegen könnte. Hierzu sei auch nochmal auf den Beschluss des Kreistags vom März 2020 verwiesen, worin die Kreisverwaltung aufgefordert wurde, dies zu prüfen²¹.

3.2.3. Lokales Gesundheitszentrum

Lokale Gesundheitszentren (LGZ) sind als praxis- oder klinikgestützte Zentren in ländlichen Räumen konzipiert. Das Konzept geht auf den Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (SVR-G) aus dem Jahr 2014 zurück²². In der Praxis entstehen LGZ zumeist ambulanten medizinischen Versorgungseinrichtungen, die weitere Leistungen und Leistungserbringer integrieren bzw. sich mit diesen vernetzen.

Das Modell wurde von der Robert Bosch Stiftung im Rahmen der Initiative PORT - Patientenorientierte Zentren zur Primär- und Langzeitversorgung - aufgegriffen²³. Aktuell fördert die Robert-Bosch-Stiftung bundesweit 13 Initiativen. Die Autoren sind über den Landkreis Darmstadt-Dieburg an der Entwicklung, Förderantragstellung und Umsetzung an einer der PORT-Initiativen beteiligt.

Vorbild für diese Überlegungen des SVR-G und bei den PORT-Initiativen sind u.a. die Family Health Teams oder Community Health Centres in Kanada²⁴. Der SVR-G beobachtete, dass ein Umbau lokaler Versorgungsstrukturen zu regional orientierten Mitversorgungszentren und die Zentrierung von u.a. ambulanten Versorgungsstrukturen, eine Antwort auf die Herausforderungen in ländlichen Regionen sein könnte, um bspw. Fachkräfte zu halten und den Standort als attraktiven Lebensraum für Familien, ältere Menschen oder Handel und produzierendes Gewerbe zu erhalten. Weitere Maßnahmen zur Sicherung der Versorgung in ländlichen Regionen, wie sie der SVR-G vorgeschlagen hatte, existieren im Landkreis Lörrach bereits, u. a. Kommunale Gesundheitskonferenz oder ein Pflegestützpunkt.

²¹ Landkreis Lörrach, „Sitzungen Verwaltungsausschuss - Sitzung vom 30.04.2020“.

²² Sachverständigenrat, *Bedarfsgerechte Versorgung*.

²³ Robert Bosch Stiftung, „PORT Patientenorientierte Zentren zur Primär- und Langzeitversorgung“.

²⁴ Schaeffer, Hämel, und Ewers, *Versorgungsmodelle für ländliche und strukturschwache Regionen*.

Die lokalen Gesundheitszentren zeichnen sich durch folgende Kernmerkmale aus:

- › Populationsorientierter Versorgungsansatz, der sich an den Bedarfslagen der Bevölkerung orientiert
- › Prävention und Gesundheitsförderung als Teil der Versorgung
- › Umfassende und ganzheitliche Versorgung der Patienten, orientiert an deren Bedarfslagen
- › Koordination der Versorgung durch Case Manager
- › Versorgung durch multiprofessionelle Teams von Ärzten und nicht-ärztlichen Fachkräften
- › Kooperation mit anderen Fach- und Berufsgruppen und Kliniken und mit Freiwilligeninitiativen bei der Versorgung
- › Niedrigschwelliger Zugang der Patienten durch Mobilitätsdienste oder erweiterte Öffnungszeiten
- › Einsatz von Telemedizin für Konsultationen mit Fachleuten oder Sprechstunden für Patienten (siehe Abb. 8)



Abbildung 8: Lokale Gesundheitszentren, Quelle: Sachverständigenrat Gesundheit 2014

3.2.3.1. LGZ - Optionen für den Landkreis Lörrach

Als praktischer Ansatz, ähnlich eines LGZ, kann im Landkreis Lörrach das interdisziplinäre Gesundheitszentrum Todtnau gesehen werden, welches die medizinische Versorgung im Oberen Wiesental sicherstellt. Dort arbeiten mehrere Fachärzte u. a. der Chirurgie und Augenheilkunde, ein Arbeitsmediziner und weitere Heilberufe wie Physiotherapeuten in einer selbst entwickelten Immobilie zusammen. Im Gesundheitszentrum werden sogar ambulante Operationen angeboten und es besteht eine D-ärztliche Zulassung, für Arbeits- und Wegeunfälle²⁵. Ein LGZ wäre eine konzeptionelle Alternative oder Ergänzung zu den zuvor vorgestellten Ansätzen, welches noch stärker die Aspekte der Prävention und Gesundheitsförderung als Teil der Versorgung, die

²⁵ Dr.med. Martin Honeck, „Gesundheitszentrum Todtnau“.

Koordination der Versorgung durch Case Manager, die Versorgung durch multiprofessionelle Teams und den Einbezug von digitaler Gesundheit und Telemedizin vorsieht. In einem derartigen Konzept könnten bspw. auch Hebammen angestellt oder freiberuflich beschäftigt werden, um die vor- und nachgeburtliche Betreuung von Schwangeren und Familien im Landkreis sicherzustellen. Dieses würde einerseits die berufliche Perspektive dieser Berufsgruppe verbessern und andererseits würden Schwangere und Familien vor und nach der Geburt außerhalb der Klinik eine fachgerechte Betreuung erleben. Der niedrigschwellige Zugang für die Bürger und Patienten durch Mobilitätsdienste oder erweiterte Öffnungszeiten in diesem Versorgungskonzept, sowie die Kooperation mit anderen Fach- und Berufsgruppen und Freiwilligeninitiativen spielen dabei außerdem eine wichtige Rolle.

3.2.4. *Gesundheitskiosk*

Ein Gesundheitskiosk als neuartige gesundheitliche und soziale Infrastruktur auch für den ländlichen Raum hat das Ziel, nicht nur Gesundheitsdienstleistungen und die Koordination im Gesundheitswesen anzubieten, sondern auch soziale Teilhabe zu ermöglichen. Ebenfalls stellt die Vermittlung und der Aufbau einer (digitalen) Gesundheitskompetenz der Bevölkerung (e-Health literacy) eine mögliche Aufgabe dar.

Gerade im ländlichen Raum mit eingeschränktem Zugang zur medizinischen Versorgung kann ein Netz von Gesundheitskiosken ein erster Anlaufpunkt für die lokalen Bewohner sein. Sie sollen als Informations-, Beratungs- und Steuerungsstelle dienen und als soziale Infrastruktur und Gesundheitsvorsorge in den ländlichen Ortschaften und Dörfern, sowie als Mittler und Kümmerer zwischen ambulanter Versorgung, ärztlichen Diensten und der Pflege verstanden werden. In Kombination mit aufsuchenden Gemeindeschwestern oder Gesundheitslotsen können Gesundheitskioske die Versorgungslücken identifizieren und ggf. füllen. Ziel ist es, einen einfachen und ortsnahen Zugang zu niedrigschwelligen Gesundheitsdienstleistungen anzubieten.

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat empfohlen, den mit Innovationsfondsmitteln geförderten Gesundheitskiosk in Billstedt-Horn in die Regelversorgung zu überführen²⁶. OptiMedis war Konsortialführer des Innovationsprojektes INVEST, in welchem der Gesundheitskiosk drei Jahre erprobt worden ist. Auch Der Koalitionsvertrag sieht den Aufbau von Gesundheitskiosken vor³.

²⁶ Gemeinsamer Bundesausschuss, „Impulse für die Regelversorgung aus weiteren drei Projekten des Innovationsausschusses“.

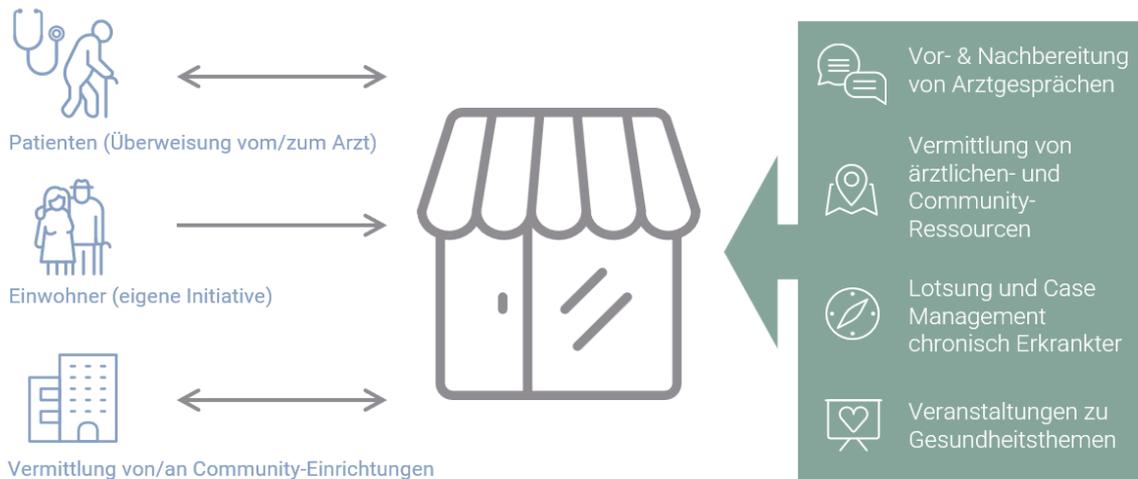


Abbildung 9: Exemplarische Darstellung eines Gesundheitskiosks

Quelle: eigene Darstellung

3.2.4.1. Gesundheitskiosk - Optionen für den Landkreis Lörrach

Ein Gesundheitskiosk kann entweder als ein Element der in 3.1 bis 3.3 dargestellten Zentren oder eigenständig an mehreren Standorten mit der Option zu einem mobilen Konzept (Kiosk-Bus) etabliert werden. Beispielhaft könnte die Struktur eines Gesundheitskiosks oder einer mobilen Einheit wie in folgender Abbildung aussehen:

4. Interprofessionelle Zusammenarbeit, Nachwuchsgewinnung und Weiterbildung

Unter dem Begriff interprofessionelle Zusammenarbeit versteht man die Zusammenarbeit verschiedener Professionen, Patienten, Klienten, Angehörigen, aber auch Gesellschaften, um interprofessionelles Arbeiten zu ermöglichen und so optimale Gesundheitsversorgung zu gewährleisten²⁷.

In den folgenden Kapiteln werden das Handlungsfeld der interprofessionellen Zusammenarbeit im Zusammenhang mit relevanten Gesundheitsfachberufen sowie Konzepte für die Nachwuchsgewinnung im Landkreis mit möglichen Aus- und Weiterbildungsmöglichkeiten dargestellt.

4.1. Gesundheitsfachberufe zur Erweiterung des ärztlichen Handlungsspielraumes

Die Professionalisierung nicht-ärztlicher Gesundheitsfachberufe spielt im Rahmen der Delegation und Substitution zukünftig eine immer größere Rolle und ist nicht nur im Sinne einer Stärkung dieser Berufsbilder und zum Abbau von hierarchischen Strukturen wichtig, sondern kann für niedergelassene Haus- und Fachärzte eine zusätzliche Entlastung schaffen sowie letztlich die Patientenversorgung dadurch erheblich verbessern. Dieses lässt sich auch durch eine Studie belegen, in der 90% der befragten Hausärzte angaben, mehr Zeit für die Patienten zu haben und gleichzeitig zufriedener mit ihrer Arbeit zu sein. Viele delegieren bereits unterschiedliche Tätigkeiten an nicht-ärztliches Teampersonal und (z.B. EKG-Aufzeichnungen,

²⁷ World Health Organization, „Framework for Action on Interprofessional Education & Collaborative Practice“.

Blutzuckermessungen)²⁸. Zahlreiche Versorgungs- und Bildungsexperten empfehlen eine kooperative Zusammenarbeit der verschiedenen Gesundheitsfachberufe, um den Versorgungsanforderungen gerecht zu werden. Für eine Verbesserung in der interprofessionellen Zusammenarbeit und zur Erhöhung der Versorgungskapazitäten kann sich der Landkreis daher proaktiv für die Weiterentwicklung nicht-ärztlicher Gesundheitsfachberufe und Delegations- und Substitutionsfelder engagieren.

Zur Übersicht über die verschiedenen Komponenten der delegationsfähigen, komplementären und substitutiven Handlungsfelder sind in Tabelle 2 relevante Berufsbilder dargestellt, welche nachfolgend noch beispielhaft erläutert werden.

Komponenten	Nicht-ärztliche Praxisassistentenz	Gemeindeschwester 2.0, Gesundheitslotsen	Community Health Nursing
Handlungsradius	Delegation	Komplementär zur medizinischen Versorgung	Substitution und komplementär in der Versorgungssteuerung
Trägerschaft	KV (Praxis, MVZ)	Landkreis, Wohlfahrtsverband	Länderebene, Landkreis
Kosten für Aus- und Weiterbildung	Je nach Modulauswahl ca. 1.600 € ²⁹	ca. 3.000 € ³⁰	Aktuell noch über privat finanziertes Masterstudium
Finanzierung und Rechtsgrundlage	EBM, SGB-Leistungen	Steuergelder / Fördergelder	Aktuell unklar, möglicherweise Mischfinanzierung aus Beteiligung von Kostenträgern, Krankenkassen und Pflegekassen und aus (kommunalen) Steuergeldern, SGB-Leistungen mit möglicher Ausweitung
Zulassungsvoraussetzung	MFA o. GKP mit mind. drei Jahren Berufserfahrung in hausärztlicher Praxis	GKP, MFA, Sozialarbeiter	B.Sc. Pflege oder B.Sc. Hebammenwissenschaften
Akademisierungsgrad	Fortbildung NÄPa	Fortbildung Case Management	Masterstudium (M. Sc.)

Tabelle 2: Übersicht über Handlungsfelder der Gesundheitsfachberufe

²⁸ Goetz u. a., „At the Dawn of Delegation?“

²⁹ Landesärztekammer Baden-Württemberg, „Fortbildung zur Nicht-ärztliche Praxisassistentin (NÄPa)“.

³⁰ DGCC e.V., „Weiterbildungsangebote - Case-Management“.

4.1.1. Haus- und fachärztliche Entlastung durch Delegation

Ein Beispiel für eine innovative Versorgungsform im Rahmen der ärztlichen Delegationsmöglichkeiten ist die seit einigen Jahren existierende Nicht-ärztliche Praxisassistenz (NäPa). Ärztliche delegierbare Leistungen sind im Rahmen einer bundesweit geltenden Delegationsvereinbarung geregelt worden. Das Ziel ist, dass sich die Ärzte auf ihre Kernaufgaben fokussieren und eine höhere Anzahl von Patienten adäquat versorgen können. Delegierbar sind Leistungen für bestimmte Patientengruppen, die z. B. mindestens eine schwerwiegende chronische Erkrankung ausweisen und die Praxis aufgrund ihres Gesundheitszustandes nicht oder nur unter erschwerten Bedingungen aufsuchen können. Ärzte dürfen Leistungen nur an medizinische Fachangestellte (MFA) oder examinierte Pflegekräfte (GKP) delegieren, die eine mindestens dreijährige Berufserfahrung nachweisen sowie eine entsprechende Weiterbildung zur NäPa absolviert haben. Arztpraxen erhalten für die Anstellung einer NäPa einen extrabudgetierten Zuschlag, wodurch sich die Kosten für die Weiterbildung wiederum rentieren. Die Rechtsgrundlage für die Delegation ärztlicher Leitungen an nicht-ärztliches Personal bildet das SGB V³¹. Der Landkreis Lörrach könnte in seiner Rolle über die KGK und die AG medizinische Versorgung für die Ausbildung und Anstellung von NäPa's bei den niedergelassenen Ärzten werben, in dem Informationsmaterial, Kosten-Nutzen-Kalkulationen und Best-Practice-Beispiele vorgestellt werden, um die Bereitschaft bei den Ärzten zu steigern.

4.1.2. Komplementäre Versorgungssteuerung und Case Management

Zur Einordnung über das Handlungsfeld weiterer Berufsgruppen im Bereich komplementärer Versorgungssteuerung und Case Management, ist die Definition von Case Management und die Betrachtung des Case Management Regelkreises hilfreich. Dieses zeigt auch die Anforderungen an den Landkreis Lörrach auf, Weiterbildungsmöglichkeiten für die Gesundheitsfachberufe vor Ort zu schaffen.

Definition des Case Managements: „*Case Management ist eine Verfahrensweise in Humandiensten und ihrer Organisation zu dem Zweck, bedarfsentsprechend im Einzelfall eine nötige Unterstützung, Behandlung, Begleitung, Förderung und Versorgung von Menschen angemessen zu bewerkstelligen. Der Handlungsansatz ist zugleich ein Programm, nach dem Leistungsprozesse in einem System der Versorgung und in einzelnen Bereichen des Sozial- und Gesundheitswesens effektiv und effizient gesteuert werden können.*“³²

³¹ Vereinbarung über die Delegation ärztlicher Leistungen an nichtärztliches Personal in der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung gemäß § 28 Abs. 1 S. 3 SGB V

³² Kollak und Schmidt, *Instrumente des Care und Case Management Prozesses*.



Abbildung 10: Case Management Prozess, eigene Darstellung
Quelle: Kollak und Schmidt, 2016

Gemeindeschwester 2.0 und Gesundheitslotsen

Die Modelle der Gemeindeschwester 2.0 und des Gesundheitslotsen stellen eine komplementäre Ergänzung für die Versorgungssteuerung dar und verknüpfen die (ambulante) medizinische und pflegerische Versorgung mit der psycho-sozialen Ebene, um Patienten optimal entlang eines Versorgungspfades zu begleiten. Das Ziel ist, soziale und medizinische Unterstützungsangebote sinnvoll miteinander zu verbinden, damit gerade ältere Menschen im ländlichen Raum möglichst lange sozial integriert sind und gleichzeitig eine gute Gesundheitsversorgung erleben. Nach diesen Modellen werden Patienten partizipativ und im Sinne des Empowerments unterstützt, so dass die Selbstständigkeit und Initiative erhalten bzw. gefördert werden. Dabei geht es im Sinne des Präventionscharakters auch darum, den Eintritt von Pflegebedürftigkeit so lange wie möglich zu vermeiden und Fehlinanspruchnahme oder Zugangsbarrieren zu Gesundheitsleistungen zu verhindern. Die Fachkräfte decken (psycho-)soziale Problemlagen bei Menschen auf, um bedarfsgerechte Hilfen und Unterstützungsmaßnahmen zu organisieren. Hauptsächlich handelt sich dabei um die Vermittlung an entsprechende Beratungsstellen, Institutionen oder Leistungserbringer. Leistungen nach dem SGB V, XI oder XII, z. B. Blutdruckmessungen oder Pflegeberatungen, werden nicht selbst von den Fachkräften erbracht, sondern die entsprechenden Leistungserbringer, an welche vermittelt wird. Durch die Schaffung eines über die medizinische Versorgung hinausgehenden Versorgungsarrangements soll die Inanspruchnahme hausärztlicher Kontakte durch ältere und zeitintensive Patienten reduziert werden. Für die Finanzierung dieser Versorgungsansätze existiert derzeit noch keine Vergütungsmöglichkeit nach den Sozialgesetzbüchern, der Gesetzgeber sieht dies zukünftig aber vor. Derzeit basiert die Finanzierungsbasis meist auf Drittmitteln, Modellvorhaben und Selektivverträgen nach SGB V, öffentlichen Budgets bspw. von Landkreisen und anderen Institutionen öffentlichen Rechts, etc. Aus diesem Grund sind solche Fachkräfte derzeit häufig auch direkt bei den Finanzierungsgebern angestellt.

Eine beispielhafte Region für eine erfolgreiche Umsetzung des Modells der Gemeindegeschwister 2.0 ist der Vogelsbergkreis. Der Landkreis hat dafür eigens eine Fachstelle für Prävention im Alter (PrimA) eingerichtet. Die ausgebildeten Fachkräfte übernehmen vielfältige Aufgaben in der Patientenversorgung und sind zusätzlich eng mit weiteren Akteuren und Institutionen aus dem Landkreis vernetzt³³. Im Landkreis Lörrach könnten Gemeindegeschwister oder Gesundheitslotsen entweder über eine ähnlich eingerichtete, zentralisierte Fachstelle im Landratsamt oder einen Gesundheitskiosk angestellt werden. So würden nicht nur neue Berufsperspektiven für medizinisches Fachpersonal geschaffen, sondern auch ein sektorenübergreifender Versorgungsaustausch zwischen Gesundheitsakteuren, Kommunen und Patienten stattfinden. Hinsichtlich der Qualifikation kommen erfahrene medizinische Fachangestellte, sowie Gesundheits-, Kranken- und Altenpfleger in Frage, welche eine Weiterbildung im Bereich Case-Management absolvieren. Dieses wird durch das von der Robert Bosch Stiftung geförderte Projekt in Darmstadt-Dieburg im MVZ Ober-Ramstadt bereits erfolgreich durchgeführt und sei exemplarisch an dieser Stelle genannt³⁴.

Zukünftige Erweiterung: Community Health Nursing

Im Zuge der Professionalisierung der Gesundheitsberufe stellt das Modellvorhaben der Robert-Bosch-Stiftung des Community Health Nursing (CHN) einen weiteren Baustein für den Abbau von hierarchischen Strukturen in der Primärversorgung dar. CHN ist kein neuer Gesundheitsberuf, sondern erweitert das pflegerische Handlungsfeld zu einem neuen Berufsbild, in dem die wohnortnahe, evidenzbasierte Versorgung und Gesundheitsförderung im Mittelpunkt steht. Wie auch beim Case Management spielt die koordinierte Behandlung von chronisch und multimorbid Erkrankten eine zentrale Rolle und CHN sind anders als Gesundheitslotsen oder Gemeindegeschwister noch stärker auf der Public Health Ebene im Bereich kommunaler Prävention und Gesundheitsförderung angesiedelt. Das Aufgabenfeld bietet dabei ein breites Spektrum von gezielten Interventionsstrategien über Steuerung, Beratung und Vermittlung von Gesundheitskompetenzen entlang des gesamten Behandlungspfades eines Patienten. Die Fachkräfte sollen in ihrer Professionalisierung zukünftig im Vergleich zu NāPa's vor allem auch substitutiv agieren und können daher in einigen medizinischen Versorgungsbereichen unabhängig von Ärzten arbeiten. International werden vergleichbare Versorgungsmodelle schon längere Zeit umgesetzt und es zeigt sich hier bereits eine hohe Erfolgsquote. Aktuell kann in Deutschland CHN nur als Masterstudiengang an einigen privaten Hochschulen im Modellprojekt durchlaufen werden und die ersten Kohorten schließen bald das Modellstudium ab. Die Weiterentwicklung zu staatlich akkreditierten Studiengängen und einem niedrigschwelligen Zugang für Pflegekräfte (ggf. auch auf Bachelorniveau) unterliegt jedoch der politischen Entscheidung. Aktuell ergeben sich auf der rechtlichen Grundlage außerhalb von Modellvorhaben zur Übertragung von ärztlichen Leistungen zur selbstständigen Durchführung von Heilkunde noch keine weitreichenden Möglichkeiten und die entsprechende Finanzierung ist ebenfalls noch nicht flächendeckend geklärt. Reformimpulse zur Finanzierung und Implementierung für das Berufs- und Leistungsrecht existieren bereits³⁵. Dadurch bieten sich dadurch auf Landkreisebene einige Impulse, zukünftig neue Arbeitsstellen für diese Berufsgruppen zu schaffen und damit die interprofessionelle Zusammenarbeit zu stärken.

³³ Vogelsbergkreis, „Fachstelle Prävention im Alter“.

³⁴ Zentrum der medizinischen Versorgung (MVZ) GmbH, „Projekte | Medizinische Versorgungszentren Darmstadt-Dieburg“.

³⁵ Agnes-Karll-Gesellschaft für Gesundheitsbildung und Pflegeforschung mbH, „Community Health Nursing in Deutschland - Eine Chance für eine bessere Gesundheitsversorgung in den Kommunen“.

Versorgungssteuerung in der Geburtshilfe

Neben den Herausforderungen, die mit einer altersmedizinischen Versorgung vorwiegend älterer und chronisch erkrankter Patienten einhergehen, ist seit einigen Jahren auch die Geburtshilfe und damit auch die Berufsgruppe der Hebammen wieder verstärkt in den Fokus gerückt. Die bundesweit steigenden Geburtszahlen stehen einem eklatanten Fachkräftemangel gegenüber, da einerseits immer weniger Hebammen ambulant (freiberuflich) oder stationär (angestellt) im Kreißaal arbeiten und andererseits die Zentralisierung von Krankenhäusern zur verstärkten Schließung von geburtshilflichen Abteilungen führt³⁶. Hinzu kommt, dass viele Hebammen die finanziellen Risiken der Berufshaftpflichtversicherung, die die Freiberuflichkeit mit sich führt, nicht tragen möchten oder können und daher die freiberufliche Hebammenbetreuung auch immer stärker abnimmt. Die Beteiligung von Kliniken an den Haftpflichtprämien der Beleghebammen, Personaluntergrenzen für Hebammen, eine Entlastung bei fachfremden Tätigkeiten, Arbeitszeitmodelle, die eine Vereinbarkeit von Beruf und Familie gewährleisten, gezielte Unterstützung beim Wiedereinstieg in die berufliche Tätigkeit (z.B. nach Elternzeit), berufliche Entwicklungsmöglichkeiten gehören zu den Themen, die in verschiedenen Bundesländern in der Diskussion um die geburtshilfliche Versorgungssituation derzeit adressiert werden. Hier kann der Landkreis Lörrach in seiner Rolle nur bedingt unterstützen, jedoch können durch neue Versorgungskonzepte wie z.B. lokale Gesundheitszentren neue Perspektiven für Hebammen geschaffen werden, um weiterhin in der Region tätig zu sein und damit die Berufsgruppe zu stärken. Auch das Thema Digitalisierung ist durch die Corona-Pandemie in der Geburtshilfe noch wichtiger geworden und es kann mittlerweile auch eine digitale Wochenbettbetreuung durch Hebammen abgerechnet werden. Insofern gilt es hier, die digitalen Möglichkeiten zu unterstützen und durch neue Versorgungskonzepte bessere Berufsperspektiven für Hebammen zu schaffen.

Versorgungssteuerung im Netzwerk

Gesundheitslotsen oder Gemeindeschwestern arbeiten interdisziplinär mit den ambulanten und stationären Sektoren zusammen und begleiten und beraten den Patienten entlang seines Behandlungspfades bzw. bevor möglicherweise überhaupt erst ein Versorgungsbedarf entsteht. Diese Art der Zusammenarbeit kann Netzwerkstrukturen zwischen den unterschiedlichen Versorgungssektoren fördern, wenn bspw. im nördlichen Teil des Landkreises ein Gesundheitslotse mehrere Patienten betreut und sich digital mit den Kliniken in Lörrach oder dem behandelnden Hausarzt über die Versorgungssteuerung austauscht, wodurch Fahrtzeiten für Behandlungen minimiert werden und der Patient vor Ort versorgt werden kann. Zudem können Gesundheitslotsen, die in einem Gesundheitskiosk angestellt sind, niedrigschwellige Beratungsangebote zu Präventions- und Gesundheitsförderungsthemen für einzelne Patienten oder ganze Gruppen anbieten, was wiederum die medizinischen Versorgungsangebote entlastet. Auch NāPa's können durch die hausärztliche Entlastung in diesem Netzwerk der Versorgungssteuerung eine gewinnbringende Rolle einnehmen und dieses kann letztlich im Landkreis zukünftig zu einer verbesserten Kommunikation zwischen allen Gesundheitsakteuren und für die Versorgung der Bevölkerung führen (s. Abb. 11).

³⁶ Kohler und Bärnighausen, *Entwicklung und aktuelle Versorgungssituation der Geburtshilfe in Baden-Württemberg. Bericht für den Runden Tisch Geburtshilfe in Baden-Württemberg.*

4.2. Gesundheitsfachberufe – Optionen für den Landkreis Lörrach zur Nachwuchsgewinnung und Erhaltung von Fachkräften

Die Gewinnung und Erhaltung von Fachkräften spielt für die zukünftige Versorgung im Landkreis eine entscheidende Rolle. Durch die räumliche Nähe zur Schweiz hat die Region zum Teil mit der Abwanderung von hochqualifizierten Fachkräften zu kämpfen. Umso wichtiger ist es, ein gutes Qualifizierungs- und Weiterbildungsmanagement für die Gesundheitsfachberufe anzubieten und die Aus- und Weiterbildung der Ärzteschaft zu unterstützen, um neben der Unterversorgung auch die Abwanderung aufzuhalten. Dieses würde nicht nur die Attraktivität zur Niederlassung von Ärzten, sondern auch die Qualifizierung der Gesundheitsberufe steigern und letztlich zu einer Verbesserung für den Arbeitsmarkt und die Gesundheitsversorgung führen.

4.2.1. Qualifizierungs- und Weiterbildungsmanagement

Um eine hohe Qualität in der Gesundheitsversorgung zu gewährleisten kann sich der Landkreis für lokale Qualifizierungs- und Weiterbildungsangebote für Gesundheitsfachberufe engagieren. Der deutsche Berufsverband für Pflegeberufe (DbfK) bietet z.B. über den Regionalverband Südwest regelmäßig Fortbildungen und für Pflegefachkräfte im Bereich Case Management an. Viele finden als Online-Veranstaltung oder als Präsenz-Veranstaltung in Stuttgart bzw. Heidelberg statt. Möglichweise lassen sich über den Berufsverband auch lokale Weiterbildungsangebote in Lörrach realisieren, sodass Fachkräfte zur Qualifizierung motiviert und ihnen anschließend attraktivere Berufsmöglichkeiten geboten werden. Für derartige Weiterbildungsangebote könnte der Landkreis auch mit Stipendien bzw. mit der Übernahme der Ausbildungskosten werben und anschließende Anstellungsmöglichkeit vergeben, um die Gesundheitsberufe gezielt zu akquirieren und in der Region zu halten.

Auch über die Robert-Bosch-Stiftung könnten regionale Organisationsmöglichkeiten der Weiterbildung in Betracht gezogen werden, da die Stiftung immer wieder Projekte im Gesundheits- und Bildungssektor fördert wie beispielsweise das Modellvorhaben Community Health Nursing (CHN) als zukunftsweisende Entwicklung für die Primärversorgung. Im Koalitionsvertrag der Bundesregierung ist dieses ebenfalls fest verankert. Der Landkreis Lörrach könnte zu diesem Handlungsfeld Modellversuche nach § 64d SGB V mit der Übertragung ärztlicher Tätigkeiten zusammen mit den Krankenkassen entwickeln, wobei anzumerken ist, dass das Zeitfenster sehr eng ist, da der Beginn spätestens zum 01.01.2023 erfolgt sein muss.

4.2.2. Aus- und Weiterbildung der Ärzte

Der Landkreis Lörrach kann dazu beitragen, frühzeitig Medizinstudierende oder Ärzte in Weiterbildung für eine Tätigkeit z. B. als Allgemeinmediziner im Landkreis zu gewinnen. Für junge Ärzte interessante Arbeitsmodelle, die es erlauben, angestellt oder in Teilzeit zu arbeiten, erhöhen die Attraktivität der Praxen und Zentren im Landkreis.

4.2.2.1. Stipendium für Medizinstudierende

Der Landkreis Lörrach kann für Studierende der Humanmedizin ein Stipendium ausloben. So könnten Medizinstudierende nach dem Physikum ein Stipendium von z. B. mehreren hundert Euro pro Monat bis zur Approbation erhalten. Für diese finanzielle Zuwendung verpflichten sich die Stipendiaten, ihre

Facharztweiterbildung z. B. als Allgemeinmediziner oder Internist in einer Praxis im Landkreis Lörrach zu absolvieren und/oder nach bestandener Facharztprüfung für eine Mindestdauer im Landkreis angestellt oder niedergelassenen tätig zu sein. Alternativ kann auch eine Facharztweiterbildung im Öffentlichen Gesundheitswesen absolviert werden und eine dreijährige Tätigkeit im Gesundheitsamt Landkreises erfolgen. Kontakte zu den Studierenden können über Famulaturen in den Praxen oder Kreiskliniken geknüpft werden. Die Zielgruppe sind vor allem Medizinstudierende, die aus dem Landkreis kommen, und nach ihrem Medizinstudium animiert werden sollen, in ihre Herkunftsregion zurückzukehren.

4.2.2.2. *Weiterbündungsverband Allgemeinmedizin*

Ein Weiterbündungsverband bietet Ärzten in Weiterbildung (AiW) durch verlässliche Rotationen die Möglichkeit, die Facharztweiterbildung Allgemeinmedizin über die Gesamtdauer der Weiterbildung ohne Umzug oder erneute Bewerbung zu absolvieren. Dazu kooperieren die regionalen Praxen und Kliniken hinsichtlich der Einhaltung eines einheitlichen Curriculums der DEGAM, eines Rotationsplans des AiW und einer einheitlichen Vergütung nach dem Tarifvertrag der kommunalen Krankenhäuser (TV-Ärzte/VKA). Ein Zusammenschluss im Weiterbündungsverband ermöglicht ein gemeinsames Auftreten insbesondere für die Außendarstellung und damit für die Gewinnung neuer Ärzte, die die hausärztliche Versorgung im Landkreis dauerhaft sicherstellen helfen. Landesweit sind die baden-württembergischen Verbände in dem Kompetenzzentrum Weiterbildung Baden-Württemberg KWBW zusammengeschlossen³⁹. Im Land gibt es derzeit fünf Weiterbündungsverbände, u. a. im Landkreis Freudenstadt. Das KWBW bietet Verbänden bzw. Interessenten eine Vielzahl von Leistungen, z. B. Ansprechpartner bei Fragen der Weiterbildung in der Allgemeinmedizin und bei der Koordinierung und Initiierung von Weiterbündungsverbänden.

Die Initiierung und Organisation eines Weiterbündungsverbandes im Landkreis Lörrach samt der Kooperationspartner wie Universitätsklinikum Freiburg und der Koordinierungsstelle Allgemeinmedizin Baden-Württemberg (KoStA) könnte von der Geschäftsstelle der Kommunalen Gesundheitskonferenz übernommen werden.

5. Digitale Vernetzung aller Akteure zur effizienteren Patientenversorgung

Das Thema Digitalisierung wird zukünftig noch stärker an Relevanz zunehmen und ist von der neu gewählten Bundesregierung auch verbindlich im Koalitionsvertrag 2021 an vielen Stellen explizit aufgenommen worden. Auch die Verbesserung der Gesundheitsversorgung durch Digitalisierung spielt in diesem Zusammenhang eine besondere Rolle und kann einige Optionen zur Umsetzung im Landkreis Lörrach bieten. Im Folgenden werden zum einen digitale Konzepte und die Verknüpfung zum Modellvorhaben Smarte.Land:Regionen, sowie zum anderen telemedizinische (Notfall-)Versorgungskonzepte vorgestellt, welche konkrete Optionen für den Landkreis beinhalten.

5.1. Digital Health Konzepte

Eine Möglichkeit die Gesundheitsversorgung durch Digitalisierung zu verbessern, bietet sich durch die Einbindung von Gesundheitslotsen oder auch Gemeindegewestern (s. Kapitel 4.1.2) in ein digitales Netzwerk z.B.

³⁹ KWBW Verbundweiterbildung Plus, „Verbundweiterbildung Plus“.

über eine Plattform an. Hier können alle Gesundheitslotsenangebote oder weitere Verknüpfungen zur Gesundheitsversorgung dargestellt werden und die Nutzer können direkt über Kontaktdaten mit den Gesundheitslotsen und Angeboten in Verbindung treten. Eine derartige Plattform bietet zudem die Option, niedrigschwellig Informationen zur Gesundheitsförderung und Prävention darzustellen und die Nutzer in der Entwicklung der eigenen Gesundheitskompetenz zu stärken. Auch zukünftige Versorgungskonzepte wie lokale oder integrierte Gesundheitszentren können an eine Gesundheitslotsenplattform angebunden sein. Beispielhaft sei dafür an dieser Stelle die digitale Gesundheitslotsen-Plattform des Gesunden Werra-Meißner-Kreis (GWMK) genannt, welcher das Projekt seit 2020 erfolgreich umsetzt⁴⁰. Für die Vernetzung zwischen Gesundheitslotsen und Patienten hat der GWMK außerdem die App MIGO - Meine Gesundheit online entwickelt, welche Gesundheitsprogramme, -informationen und individuelle Gesundheitsziele und Maßnahmen zwischen den Lotsen und Nutzern verknüpft. Die Nutzer können über die App direkt Kontakt zu ihrem persönlichen Lotsen aufnehmen⁴¹. Zu beachten ist jedoch, dass die Implementierung, Aktualisierung und die Vermarktung einer Plattform und einer App sehr zeit- und ressourcenintensiv ist und eine Kosten-Nutzen-Risiken-Analyse erfordert. Andererseits kann auf bestehende Plattformanbieter zur Kooperation zu gegangen werden und die Nutzung für den Landkreis Lörrach, mit entsprechender Adaption, geprüft werden.

5.2. Smarte.Land.Regionen - Digitale Daseinsvorsorge im Landkreis

Der Landkreis Lörrach kann als Modellregion für das Projekt Smarte.Land.Regionen im Rahmen der digitalen Daseinsvorsorge einen entscheidenden Beitrag zur Gesundheitsversorgung für die Region leisten. Die Stabsstelle Digitale Daseinsvorsorge entwickelt dazu im Schwerpunkt derzeit eine Plattform, welche Angebote zur ambulanten psychiatrischen Hilfe und Selbsthilfe anbieten soll. Grundlage für diese Entwicklung wird ein Versorgungskonzept sein müssen, damit ein bedarfsgerechtes und zukunftsfestes Leistungsangebot auch technisch entwickelt werden kann. Es wird vor allem darum gehen müssen, Versorgungsangebote zur Akuthilfe und ein geeignetes Überleitungsmanagement in die Langzeitversorgung aufzubauen, welches dann durch Plattform unterstützt zur Versorgung im Landkreis zugänglich wird. Zentral wird dabei auch die Funktion der digital-analogen Lotsung und damit des niederschweligen Case Managements (siehe Ausführungen zuvor) sein. Dabei sollten auch aus dem Bereich Digital Health die Digitalen Gesundheitsanwendungen (DiGA) als nützliche Erweiterung betrachtet werden. Diese Anwendungen stehen seit September 2020 in der Regelversorgung zur Verfügung, werden als Medizinprodukte niedriger Risikoklasse bezeichnet und können als erstattungsfähige Krankenkassenleistungen verordnet werden können. DiGA's sollen dabei als Unterstützung bei der Früherkennung, Überwachung, Behandlung und Linderung von Krankheiten dienen und nicht als Ersatz für andere ärztliche Leistungen dienen. Im Zusammenhang mit dem Modellvorhaben Smarte.Land.Regionen zur besseren ambulanten Versorgung psychisch Erkrankter können DiGA's wie z.B. Novego oder Selfapy⁴² als sinnvolle Ergänzung dienen, um die sozial-psychiatrische Versorgung der Patienten digital zu verbessern. Auch im Rahmen eines Versorgungszentrums kann der Einsatz von DiGA's prospektiv als digitale Unterstützung genutzt werden, um digitale und analoge Versorgung miteinander zu verknüpfen und die Patientenversorgung qualitativ zu steigern.

⁴⁰ Gesunder Werra-Meißner-Kreis GmbH, „Digitaler Gesundheitslotse“.

⁴¹ Gesunder Werra-Meißner-Kreis GmbH, „GWMK immer dabei - mit ‚MIGO – Meine Gesundheit online‘“.

⁴² Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte, „DiGA-Verzeichnis“.

5.2.1. Exkurs: Digital-analoges Versorgungszentrum

Neben dem Landkreis Lörrach ist auch der Landkreis Neustadt an der Waldnaab in der bayrischen Oberpfalz eine Modellregion für das Projekt Smarte.Land.Regionen. In diesem Landkreis wird als Modellprojekt ein digital-analoges Versorgungszentrum entwickelt, welches ebenfalls als ein mögliches Handlungsfeld in der Verknüpfung von neuen Versorgungsformen und der Digitalisierungsstrategie betrachtet werden soll. In dieser Art eines Versorgungszentrums werden Patienten mit den jeweiligen Ärzten und ggf. zusätzlich mit medizinischem Fachpersonal telemedizinisch verbunden. Es kann dabei der virtuelle Kontakt zum behandelnden Haus-/Facharzt aufgenommen oder diese für eine gemeinsame Fallberatung hinzugezogen werden. Dabei können die unterschiedlichen Akteure im Versorgungsprozess und auch der Patient entweder jeweils vor Ort oder digital zugeschaltet werden. Ziel ist es, die medizinischen Ressourcen möglichst effizient einzusetzen und gleichzeitig den Patienten bestmöglich zu versorgen (s. Abb. 12)⁴³. Dieser Ansatz würde sich bspw. auch in einem Versorgungszentrum in Schopfheim integrieren lassen.

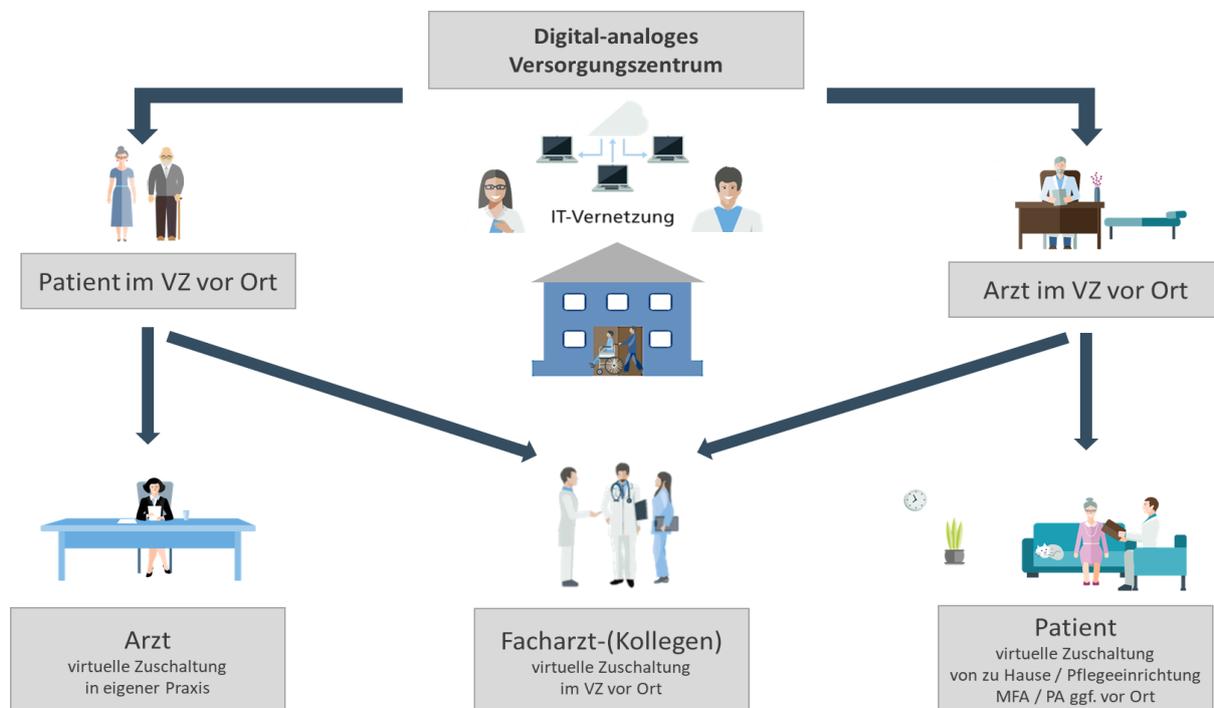


Abbildung 12: Digital-analoges Versorgungszentrum

Quelle: eigene Darstellung in Anlehnung an Landratsamt Neustadt an der Waldnaab

5.2.2. Digital Health und Smarte.Land.Regionen – Optionen für den Landkreis Lörrach

Perspektivisch könnte ein derartiges Versorgungskonzept im Landkreis Lörrach im konzeptionellen Ansatz und mit den Erfahrungen des Partnerlandkreises in zukünftige Konzepte (s. Kapitel 3) integriert werden. In kleinerer Form könnte ein solches Versorgungsangebot auch in Haus- und Facharztpraxis umgesetzt werden, wenn hier die entsprechende telemedizinische Infrastruktur vorliegt. Die Einbindung anderer Gesundheitsfachberufe wie NÄPa, Hebammen oder auch Gesundheitslotsen ist auch für dieses Versorgungskonzept sinnvoll, um die Haus- und Fachärzte digital zu unterstützen und im Sinne der Versorgungssteuerung den Behandlungspfad

⁴³ Landratsamt Neustadt an der Waldnaab, „NEW Perspektiven – Denk mal NEW“.

des Patienten zu optimieren. Die Verknüpfung von Telekonsilen, Telemonitoring und die Anbindung an ein Tele-Notarzt-System zwischen ambulanten und stationären Bereichen stellt zudem eine sinnvolle Ergänzung zur digital gestützten effizienten Patientenversorgung dar, was im Folgenden näher ausgeführt wird.

5.3. Telemedizinische Konzepte für die Notfallversorgung

Die Koalitionspartner der neuen Bundesregierung wollen u.a. den flächendeckenden Ausbau von Glasfasernetz stärken und den Rechtsrahmen z.B. für das Telemedizinengesetz überarbeiten, um die Voraussetzungen für die Anbindung an telemedizinische Versorgung zu vereinfachen. Die Gesundheitsversorgung wird ebenfalls in diesem Zusammenhang gesondert genannt, in dem z.B. bei der sektorenübergreifenden Versorgung, bei der Aus- und Weiterbildung sowie der Vermittlung digitaler Kompetenzen besonderer Schwerpunkt gelegt wird. Auch der Öffentliche Gesundheitsdienst soll in diesem Rahmen gefördert und gefordert werden, die notwendigen Schritte zur Verbesserung der Gesundheitsversorgung umzusetzen. Weitere Punkte für den Fortschritt stellen die Ermöglichung telemedizinischer Leistungen wie Videosprechstunden, Telekonsile und -monitoring und telenotärztliche Versorgung dar und die Beschleunigung der Einführung der elektronischen Patientenakte (ePa) und des e-Rezepts dar⁴⁴. Im Januar 2021 wurde in diesem Zusammenhang die elektronische Patientenakte (ePa) eingeführt und es liegen aktuelle Daten der gematik zur Nutzungsstatistik der Leistungserbringer für die ePa vor. Einerseits seien demnach etwa 93% der Arztpraxen an die TI angeschlossen und können Anwendungen wie Telemonitoring oder Videosprechstunden anbieten und jede dritte Arztpraxis biete demnach bereits die ePA an. Diese ist auf der anderen Seite jedoch nur 22% der Versicherten bisher bekannt und viele haben nach wie vor geringes Vertrauen in die Sicherheit ihrer Gesundheitsdaten. Hier gilt es daher, die Informationslücke zu schließen und eine Vertrauensbasis in die neuen Strukturen aufzubauen⁴⁵. Sinnvoll kann hier die Akquise von ärztlichen Vertretern der KV Baden-Württemberg sein, welche Schulungen zur Einführung, zum Nutzen und zum Umgang mit der ePa anbieten und hier speziell auch die Patienten als Nutzer abholen. Möglichweise ist auch die Einbindung der Krankenkassen sinnvoll, da die häufigsten Probleme nicht bei der generellen Nutzungsbereitschaft vorliegen, sondern bürokratische Hürden dazu führen, dass der Aufwand den Nutzen für Patienten übersteigt.

Der aktuelle Atlas zur Telematikinfrastruktur (TI) zeigt deutliche Fortschritte in Bezug auf die Anbindung von ambulanten Versorgungsstrukturen an die Telemedizin. Was sich durch den Atlas der TI jedoch nicht offenbart, sind die möglichen regionalen Unterschiede in der Nutzung telemedizinischer Anwendungen, weshalb der Landkreis Lörrach in der TI-Infrastruktur hier nicht unbedingt reell abgebildet sein kann bzw. noch kleinräumiger hinsichtlich der Unterschiede analysiert werden sollte. Nach dem Stand von 2019 liegt im Landkreis Lörrach ein Breitbandausbau von 78,1% bei den privaten Haushalten vor, was im Vergleich zum Landesdurchschnitt von 90% in Baden-Württemberg noch Handlungsspielraum nach oben bietet⁴⁶. Hier setzt der landkreiseigene *Zweckverband Breitbandversorgung* wichtige Entwicklungsschritte im Ausbau⁴⁷. Zudem hat der Landkreis eine eigene digitale Agenda⁴⁸ aufgestellt, in welcher nun Schwerpunktthemen bearbeitet werden sollen. Darin

⁴⁴ Presse- und Informationsamt der Bundesregierung, „Koalitionsvertrag 2021“.

⁴⁵ gematik GmbH, „TI-Atlas | Gematik“.

⁴⁶ Bertelsmann Stiftung, „Wegweiser Kommune“.

⁴⁷ Landkreis Lörrach, „Breitbandversorgung | Landkreis Lörrach - Gemeinsam Zukunft gestalten“.

⁴⁸ Landkreis Lörrach, „Digitalumfrage | Landkreis Lörrach - Gemeinsam Zukunft gestalten“.

könnte auch das Thema digitale Gesundheitsversorgung aufgegriffen werden, um sinnvolle digitale Handlungskonzepte zu entwickeln, um die Gesundheitsversorgung zukunftssicher zu gestalten.

5.3.1. *Einrichtung eines Tele-Notfall-Systems*

Telemedizin bietet gerade hinsichtlich der Notfallversorgung einige Möglichkeiten, die Folgen der Schließung der Kliniken in Schopfheim und Rheinfelden bestmöglich zu kompensieren. Bereits 2019 hat die SPD über die Arbeitsgemeinschaft der Sozialdemokraten im Gesundheitswesen Lörrach (ASG) dafür eingesetzt, ein Tele-Notarzt-System zu entwickeln und die Kreistagsfraktion dazu einen Antrag eingereicht, der zur Kenntnis genommen wurde^{49,50, 21}. Gesetzliche Unterstützung wird nun aktuell wiederum durch den Koalitionsvertrag geliefert, indem im Rahmen von regionalen Notfallbudgets sogenannte *Emergency Regionen* entstehen können. Dabei erhalten Gesundheitsträger bzw. -allianzen ein vorab definiertes Budget von den Krankenkassen, mit dem sie die ambulante und stationäre Notfallversorgung ebenso wie den Rettungsdienst erbringen und in die Versorgung in diesem Bereich sicherstellen. Konzeptionell kann dieses so gestaltet werden, dass ein Tele-Notarzt entweder in dem neuen Zentralklinikum Lörrach oder in einem zukünftig gestalteten IGZ bzw. LGZ (vgl. Kapitel 3) über ein Bereitschaftssystem ansässig ist und bei einem Notfalleinsatz telemedizinisch dazugeschaltet wird, um zu unterstützen und weitere Handlungsschritte wie eine ambulante oder stationäre Weiterversorgung einzuleiten (s. Abb. 13). Auch die Implementierung in ein digital-analoges Versorgungszentrum (vgl. Kapitel 5.2.1) ist dabei denkbar.

⁴⁹ SPD Ortsverein Rheinfelden, „Tele-Notarztsystem im Kreis Lörrach - SPD Rheinfelden“.

⁵⁰ Badische Zeitung, „Die SPD nimmt sich der Notfallversorgung im Landkreis Lörrach an - Efringen-Kirchen - Badische Zeitung“.

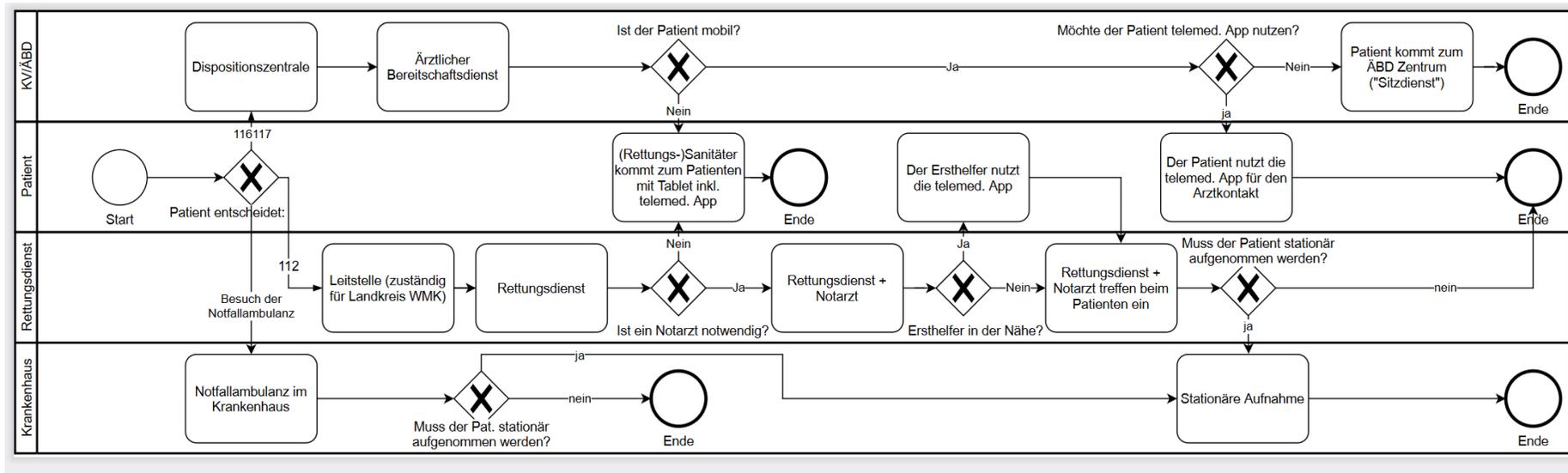


Abbildung 13: Prozess der Versorgung in einem Tele-Notfall-System

Quelle: eigene Darstellung

5.3.2. *Versorgungsunterstützung durch Telemonitoring, Telekonsultation und Tele-Rucksack*

Weitere Elemente der Telemedizin stellen die Versorgungsunterstützung durch Telemonitoring vor allem bei chronischen Erkrankungen dar. Patienten mit chronischen Herz-Kreislauf- oder Atemwegserkrankungen müssen oft mindestens quartalsweise zur Überprüfung der Vital- und Laborparameter bei ihrem Facharzt vorstellig werden und oftmals zeigt sich bei diesen Arztterminen nicht der reale Krankheitsverlauf im Status Quo. Telemonitoring kann über einen längeren Zeitraum in Echtzeit diese Parameter an den behandelnden Arzt übermitteln und der Patient muss nur dann zum Arzt, wenn es wirklich erforderlich ist. Neu im EBM wurde im Januar 2022 daher auch das Telemonitoring bei fortgeschrittener Herzinsuffizienz aufgenommen, indem mittels externer Waage, EKG- und Blutdruckgerät die Werte an den Arzt und an ein telemedizinisches Zentrum übermittelt werden⁵¹. Diese Leistung wird extra vergütet und sollte für niedergelassene Ärzte im ländlichen Raum daher einen weiteren Anreiz darstellen, sich telemedizinisch aufzurüsten. Auch Telekonsultationen zwischen Allgemein- und Fachärzten, sowie weiteren Gesundheitsfachberufen oder Case Managern können im Sinne einer interdisziplinären Fallbesprechung unnötige Arzt-Patienten-Kontakte reduzieren und gleichzeitig die Patientenversorgung erheblich verbessern. Derartige Fallbesprechungen könnten über ein ReKo, IGZ oder LGZ standardisiert eingebettet werden und damit die Qualität dieser Versorgungsoptionen steigern. Im Bereich der Delegation bietet sich bei Anstellung einer NÄPa zusätzlich die Option an, diese mit einem Tele-Rucksack auszustatten, damit im Falle von Hausbesuchen telemedizinisch der behandelnde Arzt hinzugeschaltet werden kann und die Vitalwerte direkt übertragen werden. Dieses Projekt wurde und wird in einigen ländlichen Regionen z.B. in Niedersachsen, Thüringen oder Nordrhein-Westfalen bereits umgesetzt.

5.3.3. *Telemedizinische Konzepte und Versorgungsunterstützung - Optionen für den Landkreis*

Die Einrichtung eines Tele-Notfall-Systems und die Einbindung der unterstützenden telemedizinischen Versorgungskomponenten können durch eine Art Reaktivierung und den zusätzlichen Ausbau eines integrierten Notallzentrums im Landkreis Lörrach umgesetzt werden. Dabei könnte beispielhaft eine bedarfsgerechte Steuerung entwickelt werden, indem eine Rettungsleitstelle mit den KV-Leitstellen und ein standardisiertes Einschätzungssystem (telemedizinisch, telefonisch oder vor Ort) eingeführt wird. Dabei würde in Zusammenarbeit mit der KV eine Modellregion entstehen, die in Absprache mit dem Land Baden-Württemberg ganz oder teilweise die Sicherstellung der Notfallversorgung übernimmt. Zusätzlich würden dadurch Synergien durch die Zusammenführung des ärztlichen Bereitschaftsdienstes, des Rettungsdienstes und der Notfallambulanzen geschaffen werden. Regelmäßig könnten zukünftig auch telemedizinische Leistungen inklusive Arznei-, Heil- und Hilfsmittelverordnungen sowie Videosprechstunden, Telekonsile, Telemonitoring und die telenotärztliche Versorgung im Rahmen der Regel- und Notfallversorgung entwickelt werden. Bei nicht mobilen Patienten könnte telemedizinischer Support durch niedergelassene Ärzte im Bereitschaftsdienst genutzt werden. Bereitschaftsdienste könnten ebenfalls durch externe Ärzte übernommen werden und im Rahmen der Delegation oder Substitution an medizinisches Fachpersonal und telemedizinisch unterstütztes Rettungsfachpersonal (z.B. auch durch eine App) erbracht werden. Auch die Entwicklung bzw. Erweiterung einer medizinischen App für die Versicherten im Rahmen des Erstkontakts im Notfall kann die Inanspruchnahme des ärztlichen Bereitschaftsdienstes verringern.

⁵¹ Kassenärztliche Bundesvereinigung, „Telemonitoring für Patienten mit Herzinsuffizienz startet“.

Für diese Handlungsoptionen ist es auch notwendig, dass Notfallsanitäter und andere Gesundheitsfachberufe notfallmedizinisch weitergebildet werden und ein rechtssicherer Handlungsspielraum geschaffen wird. Die Initiative Region der Lebensretter e.V. kann hier als sinnvolles Konzept unterstützen, indem Fachkräfte aus dem Gesundheitswesen notfallmedizinisch geschult werden und ehrenamtlich als Bestandteil des Tele-Notfall-Systems beschäftigt werden könnten⁵². Dabei würde nicht nur die medizinische Versorgung verbessert werden, auch die nicht-ärztlichen Gesundheitsfachberufe würden wiederum eine stärkere Professionalisierung erfahren und die Berufsbilder hinsichtlich der Attraktivität steigern. Einen ähnlichen Weg ist der Landkreis Vogelsbergkreis in Hessen in Kooperation mit den Landkreisen Gießen und Marburg-Biedenkopf bereits gegangen, in dem ein Telenotarzt bei Rettungseinsätzen zugeschaltet wird. Das Projekt wird durch das Hessische Sozialministerium gefördert⁵³. Ein ähnliches Projekt stellt das Konzept der mobilen Retter dar, indem medizinisch geschulte Ersthelfer über eine App alarmiert, geortet und durch den Rettungsdienst zum Notfallort geleitet werden. So wird die Rettungskette effizienter gestaltet bis der Rettungsdienst oder der Notarzt vor Ort sind. Das Konzept der mobilen Retter wird bereits in vielen Regionen in Nordrhein-Westfalen, Niedersachsen und auch in Bayern und Baden-Württemberg umgesetzt⁵⁴. Der Landkreis Lörrach plant derzeit, sich proaktiv als Lebensretter Region zu bewerben, um die Notfallversorgung zu stärken.

6. Fazit und Empfehlungen für das weitere Vorgehen

In der Zusammenfassung dieses Ideenpapiers zeigt sich anhand der Analysen, dass der Landkreis Lörrach einen hohen Bedarf an alternativen Versorgungskonzepten aufweist, der insbesondere durch die Überalterung der niedergelassenen Ärzte, verbunden mit der fehlenden Nachbesetzung von Praxen und zusätzlich durch den Wegfall der beiden Klinikstandorte Schopfheim und Rheinfelden entsteht. Dieser Bedarf wird sich zukünftig auch stärker auf den ambulanten Sektor ausweiten und erfordert eine einwohnernahe und integrierte Versorgungsstrategie, sowie Sie die Landkreisstrategie vorsieht.

Ein erster Fokus sollte in jedem Fall auf den Standort Schopfheim gelegt werden, da bei Wegfall dieses Standortes ohne medizinisches Nachnutzungskonzept die Grundversorgung großer Bevölkerungsteile nicht mehr ausreicht und zusätzlich die Entwicklung der ambulanten Fallzahlen für diesen Klinikstandort bereits jetzt die hohe Inanspruchnahme belegen. Weiterhin würden sich die Fahrtzeiten für die Patienten in den nördlich gelegenen Gemeinden dramatisch erhöhen und die wohnortnahen Angebote der stationären psychiatrischen Versorgung, sowie die akutstationäre Altersmedizin und Rehabilitation würden wegfallen. Die Implementierung eines intersektoralen Gesundheitszentrums am Standort Schopfheim könnte diese Versorgungslücken effizient schließen. Hierbei sollte auch geprüft werden einen Schwerpunkt für Familienmedizin zu integrieren, welcher auch den zunehmenden Bedarf im Bereich der Kinder- und Jugendmedizin⁵⁵ sowie der Mutterschaftsvorsorge durch Hebammen begegnen würde. Dabei sollte z.B. auch die Option eines Beleg-Hebammen-Kreisssaales geprüft werden.

⁵² Region der Lebensretter e.V., „Dein Retter - ein Klick entfernt“.

⁵³ Vogelsbergkreis, „Projekt ‚Telemedizin im Rettungsdienst‘ verlängert“.

⁵⁴ Mobile Retter e.V., „Mobile Retter – Jede Sekunde zählt!“

⁵⁵ Werndorff und Konrad, „Kreis Lörrach“.

Für den Standort Rheinfelden bietet sich strategisch die Entwicklung eines regionalen Pflegekompetenzzentrums mit zwei Versorgungssäulen an. Zum einen ist ein Versorgungszentrum mit dem Fokus auf Altersmedizin und geriatrische Rehabilitation und zum anderen die Implementierung eines Pflegezentrums hier eine sinnvolle Kombination. Im Kreistag ist dies ebenfalls bereits zur Prüfung aufgegriffen und sollte im Rahmen des Förderauftrags Primärversorgung des Landes Baden-Württemberg (nachfolgend) konzeptionell vertieft geprüft werden.

Zu diesen Konzepten für Versorgungszentren liefert die Struktur eines Gesundheitskiosks für besonders benachteiligte Kommunen und Stadtteile eine komplementäre Möglichkeit, welche optional eigenständig an mehreren Standorten aufgebaut und auch in die Versorgungszentren integriert werden könnte, beispielsweise mit der Erweiterung um ein mobiles Konzept (Gesundheitskiosk-Bus).

Um diese Versorgungskonzepte durch interprofessionelle Zusammenarbeit und digitale Vernetzung zu ergänzen, bedarf es der Entwicklung guter Qualifizierungs- und Weiterbildungsangebote, sowie einer sinnvollen Digitalisierungsstrategie in Kombination mit dem Modellvorhaben Smarte.Land.Regionen. Die Modelle der Case Management-Ansätze liefern eine sinnvolle Ergänzung in der komplementären Versorgungssteuerung durch Gemeindeschwestern oder Gesundheitslotsen als konzeptioneller Bestandteil von Versorgungszentren oder Gesundheitskiosken. Auch andere Gesundheitsfachberufe für delegationsfähige, ärztliche Handlungsfelder sollten gestärkt werden, um die ambulante Versorgungssituation zu entlasten. Die Entwicklung eines lokalen Qualifizierungs- und Weiterbildungsmanagements mit einem Stipendienangebot kann dem Fachkräftemangel erheblich entgegenwirken und die Attraktivität der Region für diese Zielgruppen auf dem Arbeitsmarkt stärken. Hier kann der Landkreis aktiv und steuernd das Angebot erweitern. Zusätzlich sollte die Förderung der Aus- und Weiterbildung der Ärzte im Landkreis weiterhin verstärkt gefördert werden, in dem der Ausbau zu einem Weiterbildungsverbund für Allgemeinmedizin und ein größeres Angebot für Medizinstipendien gefördert werden.

Letztlich spielt auch die digitale Vernetzung aller Akteure für eine bessere Patientenversorgung im Landkreis Lörrach eine entscheidende Rolle, damit zukünftige Versorgungskonzepte und die interprofessionelle Zusammenarbeit sinnvoll digital integriert werden. Digitale Gesundheitsanwendungen können dabei als gewinnbringende Synergiekonzepte zum Modellvorhaben Smarte.Land.Regionen des Landkreises Lörrach dienen und der Aufbau einer Gesundheitslotsenplattform oder die Nutzung von digitalen Gesundheitslotsen können Versorgungszentren und Case Management-Ansätze zusätzlich unterstützen. Hinzukommt, dass die telemedizinisch unterstützte Notfallversorgung in Kombination mit anderen Versorgungsansätzen zukünftig einen wichtigen Bestandteil für die ambulante und stationäre Versorgung im Landkreis darstellt und das Gesundheitssystem effizient entlasten kann. Die Reaktivierung eines integrierten Notfallzentrums mit mobiler, digitaler Erweiterung verknüpft dabei die ambulante Notfallversorgung mit Telemedizin und bindet sowohl ehrenamtlich als auch professionell tätige Fachkräfte in die Versorgung ein. Der Landkreis sollte dies unter den vom Bundesgesetzgeber beabsichtigten, erweiterten Möglichkeiten, proaktiv aufgreifen und sich hier frühzeitig aufstellen.

Der Förderaufruf zur Primärvorsorgung des Landes Baden-Württemberg adressiert alle konzeptionellen Aspekte des Ideenpapiers und bietet optimale Voraussetzung, die Ideen umzusetzen.

Für die Umsetzung der vorgestellten Handlungsfelder bietet sich für den Landkreis Lörrach aktuell eine große Chance, durch den kürzlich veröffentlichten Förderaufruf des Ministeriums für Soziales, Gesundheit und Integration des Landes Baden-Württemberg. Das Ziel der Förderung ist die Erarbeitung von Konzepten zur sektorenübergreifenden Versorgung und der Aufbau von Primärversorgungszentren und -netzwerken mit dem Fokus auf innovative Konzepte für die Versorgung insbesondere chronisch kranker bzw. multimorbider und psychisch erkrankter Personen. Die erforderlichen Elemente sind zu dem in Bezug zur Corona-Pandemie, multiprofessionellen Behandlungsteams, zum Thema Case Management, sowie zur digitalen Kommunikation in Netzwerken, der Nachsorge und zur Kooperation mit anderen Dienstleistern zu setzen⁵⁶. Der Förderaufruf adressiert somit alle konzeptionellen Ansätze des vorliegenden Ideenpapiers und bietet dem Landkreis optimale Voraussetzungen, einige Ideen mit Fördermitteln umsetzen zu können. Bei der Vorstellung der Ideenskizze im Rahmen der AG medizinische Versorgung am 08.03.2022 wurde ausdrücklich die Empfehlung zur Teilnahme am Förderantrag ausgesprochen: *„Die AG med. Versorgung empfiehlt einstimmig und mit Nachdruck die Teilnahme am Förderaufruf. Die KGK sollte die Empfehlung bestätigen und den Kreistag und die SST KGK zur Umsetzung auffordern. Die AG med. Versorgung fordert die KGK auf sie möge beschließen, den Kreistag aufzufordern auch Alternativen zu entwickeln und entsprechende Eigenmittel des Landkreises bereitzustellen und für die Folgejahre in den Haushalt einzuplanen, sollte der Förderaufruf nicht positiv beschieden werden.“* OptiMedis unterstützt diese Empfehlung ebenfalls.

Hinsichtlich des weiteren Vorgehens wird daher empfohlen, die vorgestellten Handlungsempfehlungen im Rahmen des Förderaufrufs aufzugreifen und zu prüfen und daher den Antrag auf Fördermittel für den Landkreis Lörrach zu stellen. Sollte der Förderantrag nicht positiv beschieden werden, so empfiehlt OptiMedis zudem die Entwicklung alternativer Möglichkeiten für die Weiterentwicklung der vorgestellten Handlungsfelder. Weiterhin empfiehlt OptiMedis die bereits begonnenen Aktivitäten im Bereich der Ärzte Gewinnung um die Handlungsempfehlungen zu interprofessioneller Versorgung und Zusammenarbeit auszubauen und die Handlungsfelder, welche nicht durch den Förderaufruf adressiert werden können in weiteren Projektschritten durch die KGK, AGen und die Geschäftsstelle der KGK und die Kreisverwaltung aufzugreifen und zu prüfen.

⁵⁶ Ministerium für Soziales, Gesundheit und Integration Baden-Württemberg, „Land fördert Ausbau von Primärversorgungszentren mit 10 Millionen Euro“.

7. Über die OptiMedis AG

Die OptiMedis AG ist ein Unternehmen für Management, Analytik und Forschung im Gesundheitswesen mit Sitz in Hamburg. Schwerpunkt ist der Aufbau regionaler, populationsorientierter integrierter Versorgungsnetzwerke gemeinsam mit Ärzten, Krankenhäusern, anderen Heilberufen, Krankenkassen und Kommunen. OptiMedis vernetzt die regionalen Partner, verhandelt populationsorientierte Integrationsverträge, baut die nötigen Strukturen wie z. B. intersektorale Gesundheitszentren und Medizinische Versorgungszentren auf, übernimmt das Management, analysiert die Versorgungsbedarfe und -strukturen und bewertet digitale Unterstützungslösungen.

Die bekannteste Beteiligung von OptiMedis ist die Integrierte Versorgung Gesundes Kinzigtal in Südbaden (www.gesundes-kinzigtal.de). Seit Ende 2018 baut OptiMedis ein weiteres Netzwerk im hessischen Werra-Meißner-Kreis auf (www.gesunder-wmk.de), seit Ende 2020 im hessischen Schwalm-Eder-Kreis (www.gesunder-sek.de). Und für die Hamburger Stadtteile Billstedt und Horn hat OptiMedis gemeinsam mit Ärzten ein patientenorientiertes, sektorenübergreifendes Versorgungsmodell (inklusive „Gesundheitskiosk“) entwickelt, das diejenigen Menschen in den Fokus nimmt, die sozial benachteiligt sind, Schwierigkeiten haben, sich im Gesundheitssystem zurechtzufinden und sehr viel schlechtere Gesundheitschancen haben als Menschen in besser situierten Stadtteilen (www.gesundheit-bh.de).

Das Ziel ist dabei immer, die Strukturen und Abläufe im Gesundheitswesen und damit auch die Qualität der Versorgung zu verbessern. Voraussetzung hierfür ist, dass die medizinische Versorgung bewertet und angepasst wird. Deshalb analysiert OptiMedis die Versorgungsdaten ihrer eigenen und auch anderer Projekte (GKV-Routinedaten und Daten aus den Arztinformationssystemen), erhebt PROMs und PREMs und nutzt dazu ihr multidimensionales Data-Warehouse mit angedockter Business Intelligence-Software von Deltamaster.

Wichtig ist OptiMedis neben einem professionellen Management auch die wissenschaftliche Grundlage ihrer Arbeit. Deshalb arbeitet sie eng mit verschiedenen Universitäten und Lehrstühlen bundesweit und auch im europäischen Kontext zusammen. Die OptiMedis AG wird vertreten durch den Vorstand, bestehend aus Dr. h. c. Helmut Hildebrandt (Vorsitzender) und Dr. Oliver Gröne.

Mehr unter www.optimedis.de.

III Literaturverzeichnis

- Agnes-Karll-Gesellschaft für Gesundheitsbildung und Pflegeforschung mbH. „Community Health Nursing in Deutschland - Eine Chance für eine bessere Gesundheitsversorgung in den Kommunen“, o. J.
- Amelung, Volker Eric, Susanne Eble, Ralf Sjuts, Thomas Ballast, Helmut Hildebrandt, Franz Knieps, Ralph Lägel, Patricia Ex, MWV Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsges. mbH & Co. KG, und Katja Stahl. *Die Zukunft der Arbeit im Gesundheitswesen.*, 2020.
- Badische Zeitung. „Die SPD nimmt sich der Notfallversorgung im Landkreis Lörrach an - Efringen-Kirchen - Badische Zeitung“. Zugegriffen 17. Februar 2022. <https://www.badische-zeitung.de/die-spd-nimmt-sich-der-notfallversorgung-im-landkreis-loerrach-an>.
- Bertelsmann Stiftung. „Wegweiser Kommune“. Zugegriffen 8. Februar 2022. <https://www.wegweiser-kommune.de/>.
- Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte. „DiGA-Verzeichnis“. Zugegriffen 18. Februar 2022. <https://diga.bfarm.de/de/verzeichnis?category=%5B%2277%22%5D>.
- BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN Baden-Württemberg und CDU Baden-Württemberg. „Jetzt für Morgen – Der Koalitionsvertrag für Baden-Württemberg“. Baden-Württemberg.de. Zugegriffen 16. März 2022. <https://www.baden-wuerttemberg.de/de/regierung/landesregierung/koalitionsvertrag-fuer-baden-wuerttemberg/>.
- Deutsche Krankenhaus TrustCenter und Informationsverarbeitung GmbH (DKTIG). „Deutsches Krankenhaus Verzeichnis“. Zugegriffen 22. Februar 2022. <https://www.deutsches-krankenhaus-verzeichnis.de/app/suche>.
- DGCC e.V. „Weiterbildungsangebote - Case-Management“. DGCC e.V. Zugegriffen 15. Februar 2022. <https://www.dgcc.de/cm-weiterbildung/weiterbildungsangebote/>.
- Dr. Wagner, S. „Hausärztliche Versorgung im Landkreis Lörrach - Abschlussbericht 2016/2017“. Landratsamt Lörrach - Fachbereich Gesundheit - Geschäftsstelle Gesundheitskonferenz, 24. September 2017.
- Dr.med. Martin Honeck. „Gesundheitszentrum Todtnau“. Zugegriffen 16. März 2022. <https://www.gz-todtnau.de/index.php>.
- Fink, Wolfgang. „ÄRZTE vor Ort – MEDI-MVZ GmbH - Schopfheim“. Zugegriffen 8. Februar 2022. <https://www.aerzte-vorort.de/schopfheim/#ueberuns>.
- gematik GmbH. „TI-Atlas | Gematik“, 2022. <https://www.gematik.de/telematikinfrastruktur/ti-atlas/>.
- Gemeinsamer Bundesausschuss. „Impulse für die Regelversorgung aus weiteren drei Projekten des Innovationsausschusses“. Zugegriffen 16. März 2022. <https://www.g-ba.de/presse/pressemitteilungen-meldungen/1023/>.
- Gesunder Werra-Meißner-Kreis GmbH. „Digitaler Gesundheitslotse“. *Gesunder Werra Meißner Kreis* (blog). Zugegriffen 18. Februar 2022. <https://gesunder-wmk.de/digitaler-gesundheitslotse/>.
- Gesunder Werra-Meißner-Kreis GmbH. „GWMK immer dabei - mit ‚MIGO – Meine Gesundheit online‘“. *Gesunder Werra Meißner Kreis* (blog). Zugegriffen 18. Februar 2022. <https://gesunder-wmk.de/gesund-leben/migo/>.
- Gesundheitsregion EUREGIO e. V. „ReKo - Regionales Pflegekompetenzzentrum“. ReKo - Regionales Pflegekompetenzzentrum. Zugegriffen 15. Februar 2022. <https://www.rekopflege.de/>.
- Goetz, Katja, Anna Kornitzky, Janis Mahnkopf, und Jost Steinhäuser. „At the Dawn of Delegation? Experiences and Attitudes of General Practitioners in Germany – a Questionnaire Survey“. *BMC Family Practice* 18, Nr. 1 (Dezember 2017): 102. <https://doi.org/10.1186/s12875-017-0697-y>.

- Gramespacher, Daniel. „Im Kreis Lörrach mangelt es weiter an freiberuflichen Hebammen“. Zugegriffen 31. März 2022. <https://www.badische-zeitung.de/im-kreis-loerrach-mangelt-es-weiter-an-freiberuflichen-hebammen>.
- Helena Marie Pape. „Hebammenkontor Altona“. Hebammenkontor Altona. Zugegriffen 4. April 2022. <https://hebammenkontor-altona.de/>.
- Kassenärztliche Bundesvereinigung. „KBV - Ambulantes Operieren“. Zugegriffen 16. März 2022. https://www.kbv.de/html/themen_1126.php.
- Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV). „Telemonitoring für Patienten mit Herzinsuffizienz startet“. Zugegriffen 18. Februar 2022. https://www.kbv.de/html/1150_56619.php.
- Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg. „Entwicklung der hausärztlichen Versorgung“, 24. November 2021.
- Klie, Thomas, und Michael Monzer. *Regionale Pflegekompetenzzentren: Innovationsstrategie für die Langzeitpflege vor Ort*. Beiträge zur Gesundheitsökonomie und Versorgungsforschung, Band 25. Heidelberg: medhochzwei Verlag GmbH, 2018.
- Kohler, Stefan, und Till Bärnighausen. *Entwicklung und aktuelle Versorgungssituation der Geburtshilfe in Baden-Württemberg. Bericht für den Runden Tisch Geburtshilfe in Baden-Württemberg*. Heidelberg: Heidelberger Institut für Global Health. Universität Heidelberg, 2018.
- Kollak, Ingrid, und Stefan Schmidt. *Instrumente des Care und Case Management Prozesses*. Berlin, Heidelberg: Springer Berlin Heidelberg, 2016. <https://doi.org/10.1007/978-3-662-48085-4>.
- KWBW Verbundweiterbildung Plus. „Verbundweiterbildung Plus“. Zugegriffen 24. Februar 2022. <https://www.weiterbildung-allgemeinmedizin.de/>.
- Landesärztekammer Baden-Württemberg. „Fortbildung zur Nicht-ärztliche Praxisassistentin (NäPa)“, 4. Dezember 2017. <https://www.aerztekammer-bw.de/30mfa/30fortbildung/04-naepa/index.html>.
- Landkreis Lörrach. „Breitbandversorgung | Landkreis Lörrach - Gemeinsam Zukunft gestalten“. Zugegriffen 31. März 2022. <https://www.loerrach-landkreis.de/de/Leben-im-Landkreis/Wirtschaft/Breitbandversorgung>.
- Landkreis Lörrach. „Zukunftsstrategie 2035 | Landkreis Lörrach - Gemeinsam Zukunft gestalten“. Zugegriffen 22. Februar 2022. <https://www.loerrach-landkreis.de/de/Politik-Ziele/Kreispolitik/Zukunftsstrategie-2035>.
- Landratsamt Neustadt an der Waldnaab. „NEW Perspektiven – Denk mal NEW“. Zugegriffen 15. Februar 2022. <https://new-perspektiven.de/>.
- Medizinisches Versorgungszentrum Rheinfelden GmbH. „MVZ-Rheinfelden | Hausarzt | Rheinfelden“. MVZ-Rheinfelden. Zugegriffen 22. Februar 2022. <https://www.mvz-rheinfelden.de/aktuelles>.
- Ministerium für Soziales, Gesundheit und Integration Baden-Württemberg. „Land fördert Ausbau von Primärversorgungszentren mit 10 Millionen Euro“. Baden-Württemberg.de. Zugegriffen 15. März 2022. <https://sozialministerium.baden-wuerttemberg.de/de/service/presse/pressemitteilung/pid/land-foerdert-ausbau-von-primarversorgungszentren-mit-10-millionen-euro/>.
- Mobile Retter e.V. „Mobile Retter – Jede Sekunde zählt!“ Zugegriffen 15. März 2022. <https://www.mobile-retter.org/>.
- MVZ Landkreis Lörrach GmbH. „Unfallchirurgie, Orthopädie und Gynäkologie in Schopfheim, Rheinfelden und Grenzach“. MVZ Landkreis Lörrach - Ambulante Versorgung. Zugegriffen 3. Februar 2022. <https://www.mvzloe.de/startseite.html>.

- Presse- und Informationsamt der Bundesregierung. „Koalitionsvertrag 2021“. Webseite der Bundesregierung | Startseite, 2022. <https://www.bundesregierung.de/breg-de/aktuelles/koalitionsvertrag-2021-1990800>.
- Region der Lebensretter e.V. „Dein Retter - ein Klick entfernt“. Region der Lebensretter e.V. Zugriffen 18. Februar 2022. <https://regionderlebensretter.de/>.
- Robert Bosch Stiftung. „PORT Patientenorientierte Zentren zur Primär- und Langzeitversorgung“. Robert Bosch Stiftung. Zugriffen 22. Februar 2022. <https://www.bosch-stiftung.de/de/projekt/port-patientenorientierte-zentren-zur-primar-und-langzeitversorgung>.
- Sachverständigenrat. *Bedarfsgerechte Versorgung - Perspektiven für ländliche Regionen und ausgewählte Leistungsbereiche. Gutachten*. Bonn/Berlin: Sachverständigenrat, 2014.
- Schaeffer, D, K Hämel, und M Ewers. *Versorgungsmodelle für ländliche und strukturschwache Regionen: Anregungen aus Finnland und Kanada*. Weinheim: Beltz Juventa, 2015.
- Schmid, Andreas, Heidrun Sturm, Edgar Drechsel-Grau, Florian Kaiser, Philipp Leibinger, und Stefanie Joos. „IGZ konkret, Erweiterte Ambulante Versorgung – Umsetzung und Implikationen, Gutachten des Instituts für Allgemeinmedizin und Interprofessionelle Versorgung des Universitätsklinikums Tübingen und der Oberer AG im Auftrag der Kassenärztlichen Bundesvereinigung“, April 2021. DOI: 10.15495/EPub_UBT_00005662.
- SPD Ortsverein Rheinfelden. „Tele-Notarztsystem im Kreis Lörrach - SPD Rheinfelden“. Zugriffen 17. Februar 2022. <https://www.spd-kreis-loerrach.de/meldungen/tele-notarztsystem-im-kreis-loerrach/>.
- Statistisches Landesamt Baden-Württemberg. „Bevölkerungsvorausrechnung des Statistischen Landesamts Baden-Württemberg für den Landkreis Lörrach“, o. J.
- Stiftung Münch. „Reformkommission schlägt drei neue Berufe für das digitale Zeitalter vor - Stiftung Münch“, 5. Mai 2020. <https://www.stiftung-muench.org/reformkommission-schlaegt-drei-neue-berufe-fuer-das-digitale-zeitalter-vor/>.
- Vogelsbergkreis. „Fachstelle Prävention im Alter“. Zugriffen 9. Februar 2022. <https://www.vogelsbergkreis.de/buerger-service/senioren/fachstelle-praevention-im-alter/>.
- Vogelsbergkreis. „Projekt ‚Telemedizin im Rettungsdienst‘ verlängert“. Zugriffen 18. Februar 2022. <https://www.vogelsbergkreis.de/kreisverwaltung/presse-und-oeffentlichkeitsarbeit/pressearchiv/2020/juni-2020/projekt-telemedizin-im-rettungsdienst-verlaengert/>.
- Werndorff, Michael, und Bernhard Konrad. „Kreis Lörrach: Ärztemangel hat ernste Folgen“. Zugriffen 31. März 2022. <https://www.verlagshaus-jaumann.de/inhalt.kreis-loerrach-aerztemangel-hat-ernste-folgen.b3dcf4ce-c209-4f66-b36b-11ddeeb485e.html>.
- World Health Organization. „Framework for Action on Interprofessional Education & Collaborative Practice“. 2010, Health Professions Networks Nursing & Midwifery Human Resources for Health, o. J., 64.
- Zentrum der medizinischen Versorgung (MVZ) GmbH. „Projekte | Medizinische Versorgungszentren Darmstadt-Dieburg“. Zugriffen 9. Februar 2022. <https://mvz-dadi.de/projekte/>.