

Beutel/Leuffert/Walther

Kommunale Versorgungsstrukturanalyse und -planung

Ein praxisorientierter Handlungsleitfaden

Leseprobe



Gesundheitswesen in der Praxis

Beutel/Leuffert/Walther

Kommunale Versorgungsstrukturanalyse und -planung

Ein praxisorientierter Handlungsleitfaden

Kommunale Versorgungsstruktur-analyse und –planung

Ein praxisorientierter Handlungsleitfaden

von

Corinna Beutel
Cathrin Leuffert
Dr. Philipp Walther



Bibliografische Informationen der Deutschen Nationalbibliothek

Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über <http://dnb.d-nb.de> abrufbar.

Bei der Herstellung des Werkes haben wir uns zukunftsbewusst für umweltverträgliche und wiederverwertbare Materialien entschieden.

Der Inhalt ist auf elementar chlorfreiem Papier gedruckt.

ISBN 978-3-98800-163-4

ISBN eBook 978-3-98800-164-1

© 2025 medhochzwei Verlag GmbH, Heidelberg

Alte Eppelheimer Str. 42/1

69115 Heidelberg

E-Mail: info@medhochzwei-verlag.de

Web: www.medhochzwei-verlag.de

Informationen zur Produktsicherheit finden Sie unter
www.medhochzwei-verlag.de/Produktsicherheit

Dieses Werk, einschließlich aller seiner Teile, ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung außerhalb der engen Grenzen des Urheberrechtsgesetzes ist ohne Zustimmung des Verlages unzulässig und strafbar. Dies gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Übersetzungen, Mikroverfilmungen und Verarbeitung in elektronischen Systemen. Die automatisierte Analyse des Werkes, um daraus Informationen insbesondere über Muster, Trends und Korrelationen gemäß § 44b UrhG („Text und Data Mining“) zu gewinnen, ist untersagt.

Satz: Reemers Publishing Services GmbH, Krefeld

Druck: ADverts printing house, Riga

Umschlaggestaltung: kreativmedia KONZEPTION & DESIGN, Hückelhoven

Titelbild: #1932229892, Photoroyalty/Shutterstock.com

A001

Vorwort

Die Kommunen vor allem in ländlichen Regionen treffen die Veränderungen in der Gesundheitsversorgung besonders. Die Zentralisierung der stationären Versorgung, der demografische Wandel in der Fläche und die Fachkräftesituation machen ein Umdenken in der Gesundheitsversorgung dringend notwendig. Die derzeitigen zentral geplanten, analogen und primär auf Krankheitsversorgung ausgerichteten Versorgungsstrukturen können diesen Anforderungen nicht gerecht werden. Es muss regional geplant und gesteuert, in vielen Teilen hybride Ansätze gedacht sowie auf eine Gesundheitsversorgung ausgerichtete Struktur geschaffen werden. Gefordert als Gestalter in der Gesundheitsversorgung sind immer stärker die Kommunen, für die sich hiermit ein neues Feld der Daseinsvorsorge eröffnet.

Damit Kommunen die Leistungsfähigkeit der Gesundheitsversorgung in ihrer Gemeinde einschätzen und stärken können, ist eine Analyse und Planung der Versorgungsstrukturen erforderlich. Diese macht Versorgungslücken sichtbar, identifiziert Handlungsbedarfe und leitet daraus Maßnahmen zur Verbesserung ab. Ziel war es daher, ein datenbasiertes Vorgehensmodell zu entwickeln, mit dem die aktuellen und zukünftigen kommunalen Strukturen der Gesundheitsversorgung analysiert und geplant werden können. Dabei werden präventive und gesundheitsförderliche Aspekte ebenso betrachtet wie die Therapie im Krankheitsfall und die Nachsorge. Dieses Konzept soll Kommunen ein wissenschaftlich entwickeltes, aktuelles und praktikables Instrument an die Hand geben, das sich auch auf andere Regionen übertragen lässt.

Um das Ziel zu erreichen, wurde mit Unterstützung des Vereins „Gesundes Ostfriesland e. V.“ in der Gemeinde Krummhörn eine Versorgungsstrukturanalyse und -planung durchgeführt. Zu Beginn entstand ein mehrdimensionales, ganzheitliches Modell der Gesundheitsversorgung, das sich am Quintuple-Aim-Ansatz für eine bedarfsorientierte Versorgung orientiert. Im Rahmen eines quantitativen Forschungsansatzes wurden für vier Dimensionen Kennzahlen erhoben und prognostiziert. Daraus ließen sich zentrale Handlungsfelder ableiten. Im Abgleich mit einem entwickelten Portfolio an Lösungsansätzen konnten konkrete Maßnahmen sowie ein Zielbild für die Gesundheitsversorgung im Jahr 2035 in der Gemeinde Krummhörn definiert werden. Der daraus entstandene Leitfaden zur Steuerung kommunaler Gesundheitsversorgung dient als Managementkonzept und stärkt die Rolle der Kommunen als aktive Gestalter der Gesundheitsver-

Vorwort

sorgung vor Ort – insbesondere in den Bereichen Transparenz, Vertrauensbildung und Daseinsfürsorge.

Auf Basis der Erfahrungen, die bei der Entwicklung des Konzeptes gemacht wurden, konnten zentrale Erkenntnisse zum Vorgehen bei der Analyse und Planung kommunaler Gesundheitsversorgung sowie zur Übertragbarkeit auf andere Kommunen gewonnen werden.

Das Praxishandbuch gliedert sich im Wesentlichen in drei Themenbereiche. Nach den Grundlagen kommunaler Versorgungsstrukturen wird ein Modell und Vorgehen zu einer kommunalen Versorgungsstrukturanalyse entwickelt. Neben einem Modellprojekt zur sektorenübergreifenden Versorgung in Baden-Württemberg wird das Vorgehen anhand eines Praxisbeispiels in Ostfriesland dargestellt. Welche Möglichkeiten aktuell für den Aufbau nachhaltiger Versorgungsstrukturen existieren, wird über einen „Instrumentenkoffer“ zur Gesundheitsversorgung exemplarisch dargestellt. Nach konkreten Ableitungen für die Beispielregion in Ostfriesland werden Hilfestellungen zur konkreten Umsetzung diskutiert.

Wir hoffen, dass wir Ihnen mit dem entstandenen Buch eine spannende und praxisorientierte Lektüre zur schrittweisen Analyse und Planung von Gesundheitsregionen an die Hand geben und es so zum Impulsgeber für neue Aktivitäten und Projekte vor Ort wird.

In diesem Sinne: Holl Di munter!

Hannover/Emden, Mai 2025

Corinna Beutel, Cathrin Leuffert, Philipp Walther

Inhaltsverzeichnis

<i>Vorwort</i>	5
1 Einleitung	1
1.1 Hintergründe und Motivation	1
1.2 Zielstellung	3
2 Strukturen Kommunaler Gesundheitsversorgung verstehen	5
2.1 Die aktuelle Rolle der Kommune in der Gesundheitsversorgung	5
2.2 Herausforderungen und zukünftige Rolle der Kommune	7
2.3 Akteure und Organisationsformen	8
2.4 Praxisbeispiel Gesundheitsnetzwerk „Gesundes Ostfriesland e. V.“	9
2.5 Kommunale Koordination der Gesundheitsversorgung	11
3 Vorgehen und Modell der Versorgungsstrukturanalyse und -planung	13
3.1 Methodisches Vorgehen	13
3.2 Quintuple Aim als ganzheitlicher Ansatz im Gesundheitswesen	14
3.3 Modellprojekt zur sektorenübergreifenden Versorgung in Baden-Württemberg	15
3.3.1 Ziele, Vorgehen, Laufzeit und Aufwand	15
3.3.2 Beschreibung der Teilprojekte	17
3.3.3 Zusammenfassung der Ergebnisse des Modellprojektes	20
3.4 Der Weg zu einem praktikablen Modell kommunaler Gesundheitsversorgung	21
4 Praxis: Versorgungsstrukturanalyse aktueller und zukünftiger Strukturen	25
4.1 Dimension Regionalität	26
4.2 Dimension Bevölkerung	27
4.2.1 Demografie	27
4.2.2 Sozioökonomische Lage	29
4.2.3 Gesundheitsverhalten und Gesundheitskompetenz	31

Inhaltsverzeichnis

4.2.4	Demografische Typisierung nach der Bertelsmann Stiftung.....	33
4.2.5	Gesundheitszustand: Mortalität und Morbidität	35
4.3	Dimension Inanspruchnahme	38
4.3.1	Gesundheitsförderung und Prävention.....	38
4.3.2	Vertragsärztliche Inanspruchnahme.....	40
4.3.3	Krankenhaus und Rehabilitation.....	43
4.3.4	Pflegeleistungen.....	43
4.4	Dimension Angebotsstrukturen	46
4.4.1	Gesundheitsförderung und Prävention.....	47
4.4.2	Vertragsärztliche Versorgung	48
4.4.3	Pflege	51
4.4.4	Notfallversorgung	53
4.4.5	Erreichbarkeit der Leistungserbringer.....	53
4.4.6	Soziale Strukturen.....	54
4.4.7	Landkarten der Angebote zur Gesundheitsversorgung Krummhörn	55
4.5	Zusammenfassung der Analyseergebnisse.....	58
4.5.1	Stärken und Potenziale der Gemeinde Krummhörn.....	58
4.5.2	Aktuelle und zukünftige Herausforderungen der Gesundheitsversorgung	59
5	„Instrumentenkoffer“ zur Kommunalen Versorgungsstrukturplanung.....	61
5.1	Multiprofessionelle Zusammenarbeit im Primärversorgungszentrum.....	61
5.1.1	Medizinisches Versorgungszentrum (MVZ)	62
5.1.2	Regionale Versorgungszentren (RVZ) in Niedersachsen ..	63
5.1.3	Patientenorientierte Zentren zur Primär- und Langzeitversorgung (PORT-Zentren).....	65
5.1.4	Hausärztliches PVZ – Patientenversorgung Interprofessionell (HÄPPI).....	67
5.1.5	Regionale Gesundheitszentren (RGZ)	67
5.1.6	Integrierte Primärversorgungszentren (IPVZ).....	69
5.1.7	Primärversorgungszentrum (PVZ)	70
5.2	Einsatz von nicht-ärztlichen Gesundheitsberufen fördern.....	70
5.2.1	Hausärztliche Praxisassistenz.....	71
5.2.2	Nicht-ärztliche Praxisassistenz (NÄPA).....	71
5.2.3	Versorgungsassistent in der Hausarztpraxis (VERAH)	71
5.2.4	Primary Care Manager (PCM)	72
5.2.5	Physician Assistant (PA)	72
5.2.6	Community Health Nurses (CHN).....	72
5.2.7	Advanced Practice Nurse (APN).....	73

Inhaltsverzeichnis

5.3	Fallmanagement bei komplexem Versorgungsbedarf	73
5.4	Gesundheitsförderung, Prävention und Gesundheitskompetenz	75
5.5	Digitalisierungsansätze zur Zusammenarbeit und Versorgung	77
5.5.1	Digitale Kommunikationsplattform und Gesundheitspor- tal	77
5.5.2	Telemedizinische Angebote	78
5.5.3	Ersthelfer App und First Responder-System	78
5.5.4	Instrumente zur Stärkung der Attraktivität einer Gemeinde	79
6	Ableitungen für die Gemeinde Krummhörn und Zielbildentwicklung 2035	81
6.1	Errichtung eines PVZ für die Gemeinde Krummhörn	82
6.2	Einsatz nicht-ärztlicher Gesundheitsberufe	83
6.3	Fallmanagement in der Gemeinde Krummhörn	86
6.4	Gesundheitsförderung und Prävention	89
6.5	Digitalisierungsmöglichkeiten und Einsatz von Telemedizin	90
6.6	Zielbild der Gemeinde Krummhörn zur Gesundheitsversorgung 2035	92
7	Umsetzung: Hilfestellungen zur erfolgreichen Umsetzung in die Praxis	95
7.1	Steuerungskreislauf der kommunalen Gesundheitsversorgung	95
7.2	Wesentliche Kompetenzen und Personal	96
7.3	Management, Prozesse und Strukturen	97
7.4	Finanzeller und rechtlicher Rahmen	99
7.5	Einbindung der Bevölkerung und Gesundheitsakteure	102
7.6	Leitfaden zur operativen Umsetzung	104
8	Zusammenfassung und Ausblick	109
<i>Literatur</i>		113
<i>Autorenverzeichnis</i>		123



2 Strukturen Kommunaler Gesundheitsversorgung verstehen

2.1 Die aktuelle Rolle der Kommune in der Gesundheitsversorgung

Kommunen sind Gebietskörperschaften auf unterster Verwaltungsebene und sind laut Bundesgesetz zu einer sozialen Daseinsfürsorge verpflichtet. Hierunter versteht man die Bereitstellung notwendiger Güter und Leistungen für ein sinnvolles menschliches Dasein.

Dabei erfasst die „soziale“ Daseinsvorsorge unter anderem die

- Jugendfürsorge und Jugendpflege,
- Bereitstellung von Kindergartenplätzen und den Betrieb von Kindergärten sowie die Kinderbetreuung,
- Einrichtung öffentlicher Schulen,
- Regulierungen der Arbeitswelt (u. a. Grundsicherung für Arbeitssuchende),
- Förderung des Wohnungsbaus (z. B. sozialer Wohnungsbau),
- Sozialhilfe.

Sie sind ebenfalls Mitgestalter bei der Gesundheitsversorgung (Bogumil & Jann, 2020). Ihr Wirkungskreis besteht aktuell im Bereich der Gesundheitsförderung und Prävention sowie im Gesundheitsschutz und weniger in der medizinischen Versorgung. Die gesundheitliche Fürsorge beschränkt sich oft auf den Öffentlichen Gesundheitsdienst (ÖGD), das kommunale Gesundheitsamt. Hier übernimmt die Kommune wichtige bevölkerungsmedizinische Aufgaben wie

- die Sicherstellung der öffentlichen Hygiene und des Infektionsschutzes
- die Erstellung amtsärztlicher Stellungnahmen und Gutachten
- Prävention in der Kinder- und Jugendgesundheit (Schuleingangsuntersuchungen)
- Zahngesundheit (Prophylaxe)
- Gesundheitsförderung und Prävention.

Zudem bieten die sozialpsychiatrischen Dienste psychisch Kranken und deren Angehörigen Hilfen an.

Nur wenige Aufgaben des ÖGD sind Pflichtaufgaben, diese variieren zudem je nach Bundesland. In der Regel sind lediglich Aufgaben wie die Überwachung der Wasserhygiene, Verfolgung und Meldung von Krankheiten nach dem Infektionsschutzgesetz und die Schuleingangsuntersuchung konkret in den Landesgesetzen verankert. Andere Aufgaben, wie Gesundheitsförderung und Prävention werden nicht weiter beschrieben. Die Schwerpunktsetzung und das Ausmaß der Aufgabe liegen im Ermessen der Ämter. Durch die standardisierte Durchführung der Aufgaben und konsequente Datenerhebung sind Gesundheitsämter wichtige bevölkerungsmedizinische Datenquellen, die viele wegweisende Statistiken zu Themen wie Infektionsgeschehen, Impfquote oder Zahngesundheit der Einwohner erstellen

Strukturen Kommunaler Gesundheitsversorgung verstehen

können. Ergänzend nehmen Kommunen über die Bereiche der Kindergärten und Schulen, Jugendfürsorge und pflege Einfluss auf die Lebenswelten von Kindern und Jugendlichen, die insbesondere im Bereich der Entwicklungsstörungen maßgeblich sind. Heutzutage nehmen die Erkrankungsarten einen immer höheren Stellenwert ein. Diagnosen wie Depression oder Angststörung sowie Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätsstörung (ADHS) oder Lernbehinderungen stehen oft in einer signifikanten Wechselwirkung zu den Bereichen Schule und Kindergarten. Auch die wichtigste Lebenswelt, die Familie, wird durch Wohnraumgestaltung in der Kommune und in einigen Fällen durch Systeme wie Hilfen zur Erziehung oder Eingliederungshilfen mitgestaltet.

Im Rahmen ambulanter und stationärer Unterversorgung übernehmen Gesundheitsämter schon heute subsidiär Aufgaben aus weiteren Bereichen der Gesundheitsversorgung. Mangels ambulanter Angebote für suchtmedizinische Grundversorgung finden beispielsweise Programme wie Substitution von Opiatsüchtigen in Gesundheitsämtern statt. Hausärztliche oder fachärztliche Angebote sollen Abhilfe schaffen, wenn Personen ohne Krankenversicherung keinen Zugang zu herkömmlichen Hilfesystemen finden.

Darüber hinaus steuert die Kommune direkt oder indirekt in den Themen Prävention, sofern die finanziellen Mittel gegeben sind (Bogumil und Jann 2020). Oft handelt es sich hier um Pilotprojekte wie Bewegungsförderung oder Angebote für gesunde Verpflegung, die jedoch häufig projektbasiert sind und in den meisten Fällen nach Beendigung der Förderung nicht verstetigt werden können.

In der ambulanten Versorgung haben die Kommunen seit Einführung des Versorgungsstärkungsgesetzes im Jahr 2015 die Option selbst als Leistungserbringer tätig zu werden, indem sie die Möglichkeit erhielten, Medizinische Versorgungszentren (MVZ) zu gründen (§ 95 Abs. 1a SGB V). Heute übernehmen Kommunen in der ambulanten Versorgung unterschiedliche Aufgaben. Diese umfassen die Initiierung oder Gründung von Vorhaben wie MVZ, die Koordination und die Vernetzung der Leistungserbringer und sonstigen sozialen Einrichtungen, die Unterstützung bei der Akzeptanz der Einwohner sowie beim Aufbau von notwendigen Strukturen, z. B. durch das Bereitstellen von Immobilien (Böhm & Schönknecht, 2020).

Im Bereich der Krankenhausversorgung gehen die Einflussmöglichkeiten der Kommunen weiter, denn hier fungieren sie als Träger von Krankenhäusern, wenn der Sicherstellungsauftrag der Länder auf sie übertragen wurde.

Da die Kassenärztliche Vereinigung (KV) für die Bedarfsplanung in der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung zuständig ist, sind die Einflussmöglichkeiten hierbei beschränkt. Dennoch stehen Kommunen vor der Herausforderung, dass sie sich als politische Akteure den Erwartungen der Einwohner vor Ort nicht entziehen können. Insbesondere dort, wo Handlungsdruck besteht, weil Versorgungsstrukturen nicht mehr aufrechterhalten werden können, wirken Kommunen

zunehmend auf die Versorgung ein, indem sie Infrastruktur gestalten, Gesundheitsversorgung übernehmen oder diese über Kooperationen mitsteuern (Böhm & Schökneccht, 2020).

Ferner sind Kommunen als Akteure vor Ort in der Lage, die Situation der Gesundheitsversorgung hinsichtlich der Bedarfe sowie der Bedürfnisse der Einwohner abzuschätzen. Bereits jetzt finden sich in vielen Kommunen Sozialplaner oder Präventionsbeauftragte, die die kommunalen Sozial- und Gesundheitsdaten erfassen und aufbereiten sowie einen Überblick über Teile der Versorgungsstruktur schaffen können. Da diese Aufgabe jedoch aufgrund der Vielzahl an fragmentierten Angebotsstrukturen über private sowie soziale Einrichtungen komplex ist, erfordert ein Ausbau der Arbeit auf ein allumfängliches Maß entsprechende Ressourcen sowie politische Unterstützung für die Umsetzung (Böhm & Schökneccht, 2020).

2.2 Herausforderungen und zukünftige Rolle der Kommune

Perspektivisch wird sich die Rolle des subsidiären Leistungserbringers in der Gesundheitsversorgung in Zukunft noch deutlich verstärken. Durch den Fachkräftemangel und die Überalterung der Gesellschaft, die die ländlichen Kommunen schneller und härter treffen wird als die städtischen, wird der öffentliche Gesundheitsdienst in immer größerem Maße Leistungen aus anderen Sektoren des Gesundheitssystems übernehmen müssen. Dies ist ohne eine entsprechende Finanzierung sowie eine signifikante Erhöhung der personellen Ressourcen nicht möglich. Der ursprüngliche Auftrag der Wahrung der öffentlichen Gesundheit (public health) könnte in den Hintergrund rücken. Tragisch wäre auch ein Abbau der Ressourcen für die Prävention, die in anderen Gesundheitssektoren nur wenig vertreten ist und in der Finanzierung des jetzigen Gesundheitssystems nur einen marginalen Stellenwert einnimmt, jedoch nachweislich einen signifikanten Impact auf die Bevölkerungsgesundheit hat.

Deutlich wird, dass eine zentrale Koordination für die kommunale Gesundheitsversorgung in der Zukunft unabdingbar sein wird. Aktuell fehlt der politische Auftrag, diese Aufgabe zu übernehmen. Kommunen werden sich zukünftig jedoch dennoch entscheiden müssen, wer die Versorgung federführend organisiert. Ein Beibehalten des Status quo wird mit wachsendem Fachkräftemangel und demografischem Wandel unaufhaltsam zu einer weiteren Verschlechterung der Gesundheitsversorgung führen. Insbesondere ländliche Kommunen, die die Einwohnerzahl stabilisieren wollen, tun gut daran, für die Bevölkerung eine medizinische Versorgung zu sichern, um nicht weiter an Attraktivität zu verlieren und in eine demografische Negativspirale zu geraten.

Gerade ländliche Kommunen sind von dünn besiedelten Landstrichen geprägt, deren medizinische Versorgung weit verstreut ist und die für Patienten lange Fahrtwege bedeutet. Bei insuffizienten ÖPNV-Systemen ist das Erreichen von

Strukturen Kommunaler Gesundheitsversorgung verstehen

Praxen und Therapeuten für die immer größer werdende Gruppe von Senioren sehr schwierig. Der Zugang zu Angeboten für hochspezialisierte Versorgung (bspw. Krebszentren) ist deutlich erschwert, da sich diese Angebote fast ausschließlich in größeren Städten finden. Zudem wird auch bei der haus- und fachärztlichen Versorgung mit zweierlei Maß gemessen, da laut Kassenärztlicher Vereinigung für Städte eine höhere Arzt-pro-Einwohner-Quote besteht als für ländliche Kommunen. Aufgrund der derzeitigen Finanzierungsmodelle ist für Ärzte auch die Ansiedlung einer Praxis in einer größeren Stadt oft aufgrund des höheren Anteils an Privatpatienten finanziell teilweise attraktiver als die Niederlassung im ländlichen Raum.

2.3 Akteure und Organisationsformen

Zur Steuerung der kommunalen Gesundheitsversorgung sind eine Vielzahl von Akteuren miteinzubeziehen und zu berücksichtigen. Um einen Überblick zu schaffen ist es hilfreich, die Akteure in unterschiedliche Kategorien einzuteilen.

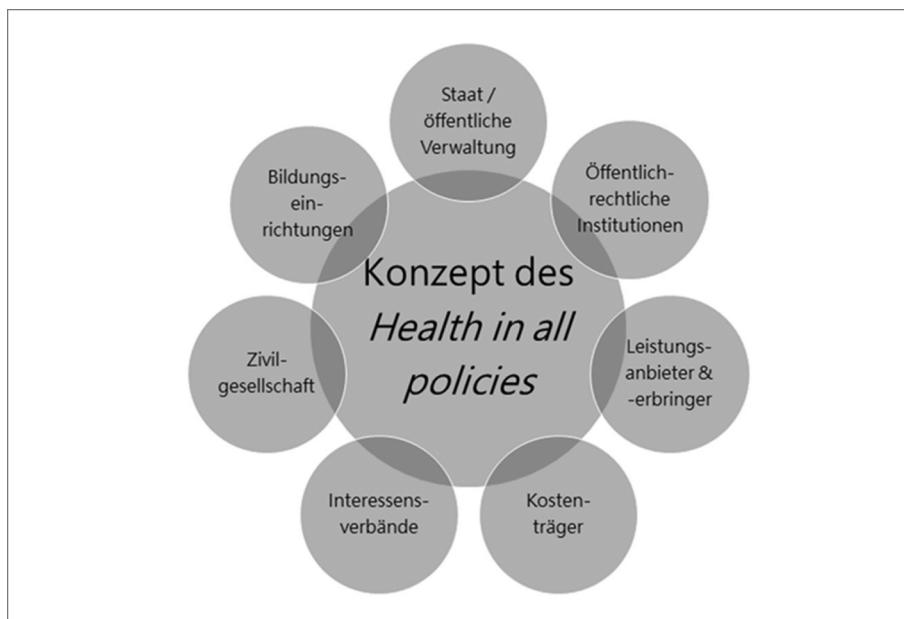


Abb. 1: Konzept des Health in all Policies

Quelle: Eigene Darstellung.

Das Konzept des „Health in all policies“ (Abbildung 1) beschreibt die unterschiedlichen Sektoren, in denen der Staat auf die Gesundheit der Bevölkerung einwirken kann. Durch Gesetze auf Bundes- und Landesebene sowie Erlässe auf kommunaler Ebene hat die Politik die Möglichkeit, die Gesundheitsversorgung direkt und

indirekt maßgeblich mitzugestalten. Ziel des „Health in all policies“ ist das „Mitdenken“ des Aspektes Gesundheit im politischen Wirken, auch in Bereichen, die nicht unmittelbar mit der Gesundheitsversorgung verknüpft sind. Die verschiedenen Akteure, die sich in diesem Spektrum wiederfinden, sind vielfältig. Um einen Überblick zu verschaffen, hilft eine Kategorisierung. Naheliegend ist die unmittelbare Gesundheitsversorgung wie Arztpraxen mit der Kassenärztlichen Vereinigung als höherer Organisationsform, Krankenhäuser, Pflegeheime und ambulante Pflegedienste, diverse Therapeuten und weitere selbstständige Heilberufe, Rettungsdienste sowie Krankenkassen als Kostenträger.

Im Bereich der sozialen Versorgung ist in vielen Fällen die Kommune als ausführende Hand zuständig. Dies betrifft, wie bereits oben beschrieben, Einrichtungen wie Kitas und Schulen, Sozialhilfe und Jugendhilfe, jedoch auch die diversen Zweige sozialer Arbeit (bspw. Suchtkrankenhilfe, Schulsozialarbeit, Wohnungshilfe, Hilfe für Migranten), Hilfsorganisationen, Volkshochschulen und Präventionsnetzwerke. Die Akteure sind nicht zwingend in der Kommune vertreten, jedoch mindestens eng auf lokaler Ebene verbunden und sind oft Träger und Leistungserbringer.

Ein wichtiger Bereich sind privatwirtschaftliche Akteure, die als Arbeitgeber betriebsmedizinisch tätig sind sowie Unternehmen, die Ergänzungen zum herkömmlichen Gesundheitssystem bereithalten (bspw. Produkte für Digital Health und digitale Schnittstellenlösungen). In der Kategorie Wissenschaft gibt es gute Möglichkeiten, die lokalen Hochschulen als Kooperationspartner und beratende Experten und im Bereich der Fachkräfteausbildung Synergien zu nutzen. Über Stiftungen können ebenfalls Finanzierungsmöglichkeiten und Expertise genutzt werden. Datenverarbeitung und -aufbereitung über Sozialplaner sind ebenfalls gute Quellen, um die kommunale Gesundheitsversorgung datenbasiert zu gestalten.

Es muss ebenfalls bedacht werden, dass alle Akteure, die an der Gesundheitsversorgung beteiligt sind, gegebenenfalls unterschiedliche Ziele haben und Eigeninteressen verfolgen. Zudem unterstehen sie nur zu einem kleinen Teil der Kommune, und diese ist einem Großteil der Akteure daher nicht weisungsbefugt. Eine gute Zusammenarbeit im Sinne der Bevölkerung zu steuern, ist eine entsprechend komplexe Herausforderung. Eine solche Vernetzung ist durch verschiedene Organisationsformen möglich. In der Bundesrepublik gibt es viele ähnliche Projekte, die von lose organisierten Arbeitsgemeinschaften bis hin zu hauptamtlich kommunal getragenen Initiativen reichen.

2.4 Praxisbeispiel Gesundheitsnetzwerk „Gesundes Ostfriesland e. V.“

Im Falle der Stadt Emden und des Landkreises Aurich wurde ein Grassroots-Projekt durchgeführt, das zunächst über eine Projektwerkstatt initiiert wurde.



3 Vorgehen und Modell der Versorgungsstrukturanalyse und -planung

3.1 Methodisches Vorgehen

Im ersten Schritt (Abbildung 4) wurde die Zielstellung für einen holistischen Ansatz zur bedarfsorientierten kommunalen Gesundheitsversorgung erarbeitet. Hierzu wurde eine Literaturrecherche durchgeführt, um den aktuellen Forschungsstand zu beschreiben, und der zentrale Ansatz eines Fünffachzieles für eine bedarfsorientierte Gesundheitsversorgung ausgewählt. Davon ausgehend wurde ein Modell zur kommunalen Gesundheitsversorgung mit vier Dimensionen erarbeitet, das als Grundlage zur Analyse aktueller und zukünftiger Versorgungsstrukturen dient. Die Grundlage hierfür bildete das Modellprojekt zur sektorübergreifenden Versorgung in Baden-Württemberg. Dieses wurde am Beispiel der Gemeinde Krummhörn erprobt, und für die Analyse der Dimensionen wurden die entsprechenden Kennzahlen erhoben und bis ins Jahr 2035 prognostiziert.

Aus den Ergebnissen der Analyse der aktuellen Situation sowie der Prognose wurden Stärken und Schwächen der Gesundheitsversorgung der Kommune sichtbar. Beim Abgleich der Bedarfe mit den vorhandenen bzw. benötigten Versorgungsstrukturen wurden Lücken in der Gesundheitsversorgung identifiziert und deren Auswirkungen beschrieben. Darauf aufbauend wurden wesentliche Handlungsfelder zur Planung der Gesundheitsversorgung abgeleitet und priorisiert.

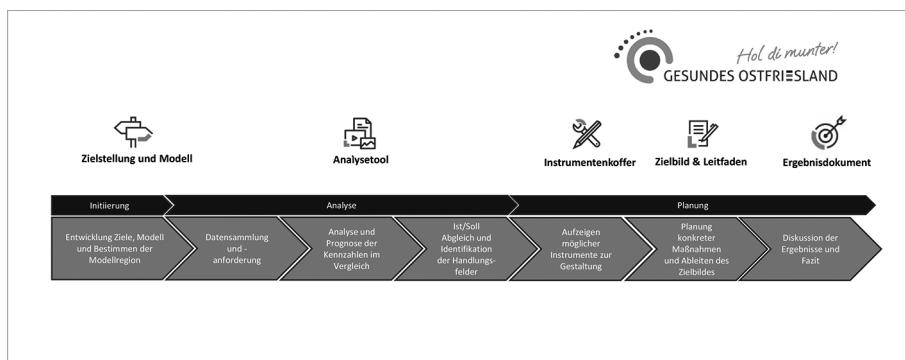


Abb. 4: Vorgehensweise zur Analyse und Planung von Versorgungsstrukturen

Quelle: Eigene Darstellung.

Für die aufgezeigten Handlungsfelder wurden erste Ansätze zur Verbesserung der Versorgung erarbeitet. Im nächsten Schritt wurde ein Zielbild der Gesundheitsversorgung 2035 in der Gemeinde Krummhörn erarbeitet.

3.2 Quintuple Aim als ganzheitlicher Ansatz im Gesundheitswesen

Da das zu erarbeitende Konzept zur Analyse und Planung kommunaler Gesundheitsversorgung einen effizienten Ressourceneinsatz sowie eine Vernetzung der Akteure bei gleichzeitigem Zugang zu einer qualitativen Versorgung sicherstellen soll, wurde ein Modell gewählt, das einen holistischen sowie zeitgemäßen Ansatz im Kontext des Gesundheitswesens liefert. Daher wurde das Quintuple Aim genutzt, welches die Verbesserung der Gesundheitsversorgung ganzheitlich im Blick hat und insgesamt fünf Zielstellungen umfasst (Abbildung 5). Es wurde ursprünglich aus dem Triple Aim (drei Ziele) abgeleitet und um zwei weitere Ziele ergänzt. Die Weiterentwicklung erfolgte, um die Qualität der Gesundheitsversorgung zu verbessern und gleichzeitig die Effizienz und Kosten zu optimieren.

Das Triple Aim berücksichtigte drei Ziele: die Verbesserung der Versorgungsqualität, die Steigerung der Patientenzufriedenheit sowie die Senkung der Kosten. Es zielte darauf ab, die allgemeine Gesundheit der Gesellschaft und die Patientenzufriedenheit mit der Behandlung und der Interaktion zu erhöhen sowie gleichzeitig die Kosten zu reduzieren, ohne die Qualität der Versorgung zu beeinträchtigen.

Das Quintuple Aim beinhaltet zwei weitere wichtige Aspekte. Zum einen ist dies eine höhere Arbeitszufriedenheit der an der Versorgung beteiligten Gesundheitsakteure. Dies bedeutet, das Wohlbefinden von Ärzten, Pflegepersonal und anderen Gesundheitsdienstleistern zu fördern, um Burnout und Stress zu reduzieren. Weiterhin wurde das Ziel ergänzt, die Versorgungsgerechtigkeit zu fördern. Es soll eine gerechtere Verteilung der Gesundheitsressourcen erreicht werden, sodass alle Bevölkerungsgruppen gleichermaßen Zugang zu hochwertiger Gesundheitsversorgung haben, unabhängig von sozialen oder wirtschaftlichen Unterschieden. Somit stellt das Quintuple Aim einen ganzheitlicheren Ansatz dar (Nundy, Cooper & Mate, 2022).

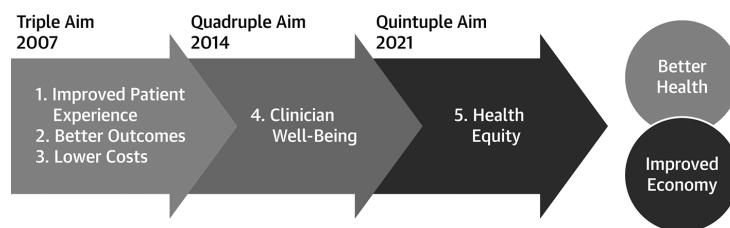


Abb. 5: Entwicklung zum Quintuple Aim

Quelle: Itchhaporia 2021, S. 2263.

Insgesamt wird das Modell zunehmend in Organisationen und Gesundheitssystemen angewendet, die versuchen, eine nachhaltige, patientenorientierte Versorgung zu gewährleisten und gleichzeitig die Belastung des medizinischen Personals zu verringern. In den USA wird dieser Fünffach-Ansatz bereits von der

Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ), dem Institut für die Bewertung medizinischer Maßnahmen, unterstützend zur Optimierung der Gesundheitsversorgung genutzt (Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ), 2023). Auf Deutschland bezogen ließen sich kaum Anwendungsfälle finden. Das Ursprungskonzept Triple Aim wurde von der OptiMedis AG bei der Initiative „Gesundes Kinzigtal“ aufgegriffen (Hildebrandt et al., 2015).

3.3 Modellprojekt zur sektorenübergreifenden Versorgung in Baden-Württemberg

3.3.1 Ziele, Vorgehen, Laufzeit und Aufwand

Für die durchgeführte Versorgungsstrukturanalyse wurde nach einem Vorgehensmodell gesucht, welches wissenschaftlich basiert die fünf Ziele des Quintuple Aim unterstützt und gleichzeitig die Komplexität des Themas strukturell abbildet sowie praxisorientiert und handhabbar ist. Bei der daraufhin durchgeführten Literaturrecherche zeigten sich kaum geeignete Konzepte bzw. Modelle, mit Ausnahme des Modellprojekts für sektorübergreifende Versorgung in Baden-Württemberg. Dies entwickelte ein Framework zur Gesundheitsversorgung, welches in Anlehnung an das kanadische Health Indicators Framework entstand. Das dort erarbeitete Rahmenwerk umfasst fünf Dimensionen, zahlreiche Indikatoren und Maßnahmen und bildet eine gute Ausgangslage und wird daher nachfolgend ausführlicher erläutert (Ministerium für Soziales und Integration Baden-Württemberg, 2018).

Das Modellprojekt zur sektorenübergreifenden Versorgung in Baden-Württemberg wurde vom Ministerium für Soziales und Integration 2016 initiiert, um die Qualität und Effizienz der Gesundheitsversorgung zu verbessern. Die dazu ausgewählte Modellregion Südwürttemberg umfasste die Landkreise Biberach, Ravensburg und Reutlingen. Diese Landkreise arbeiteten seit Langem über kommunale Gesundheitskonferenzen vertrauensvoll zusammen. Die wissenschaftliche Begleitung des Modellprojekts wurde von drei Universitäten durchgeführt.

Ziel des Projekts war es, durch eine verbesserte Zusammenarbeit und Koordination zwischen den verschiedenen Sektoren des Gesundheitswesens eine ganzheitliche und patientenzentrierte Versorgung zu gewährleisten. Die sektorenübergreifende Versorgung soll dabei helfen, Versorgungslücken zu schließen und die Patientenversorgung nahtloser zu gestalten. Im Ergebnis sollte ein umfassendes Versorgungskonzept entwickelt werden, das die Vernetzung von ambulanten und stationären Strukturen sowie Gesundheitsförderung, Prävention und Pflege umfasst. Ein zentraler Bestandteil des Projekts war die Diskussion mit Bewohnern und Gesundheitsakteuren in einer öffentlichen Dialogveranstaltung, um die Relevanz und Machbarkeit des Konzepts zu erörtern.



4 Praxis: Versorgungsstrukturanalyse aktueller und zukünftiger Strukturen

Das Vorgehensmodell wurde im Rahmen dieser Versorgungsstrukturanalyse auf Postleitzahlenebene am Beispiel der Gemeinde Krummhörn, die zum Landkreis Aurich gehört, erprobt. Es ist nicht immer davon auszugehen, dass ländliche Regionen grundsätzlich unversorgt sind. Vielmehr existieren unterschiedliche Gegebenheiten, die systematisch analysiert und bei der Planung berücksichtigt werden sollten (Stegmaier, 2022a). Dazu wurden zu den vier Dimensionen verschiedene Faktoren zur Gesundheitsversorgung abgeleitet (Abbildung 12). Für die Dimension Bevölkerung sind das zum Beispiel die Demografie, die Sozio-ökonomie und der Gesundheitszustand der Bevölkerung. Zu jedem identifizierten Faktor der Gesundheitsversorgung wurden in einem letzten Schritt messbare Kennzahlen für die Analyse und Planung der Versorgungsstrukturen abgeleitet. Diese sollen kleinräumig und bevölkerungsbezogen erhoben, miteinander verknüpft und gemonitort werden können. Bestefalls sind diese Daten aus den Routinedaten ableitbar und stehen so zur Verfügung, dass aus ihnen patientenorientierte realistische Handlungsfelder abgeleitet werden können (Stegmaier, 2022a). Für die Gesundheitsförderung und Prävention ist beispielsweise die Impfquote gegen Masern so eine Kennzahl. Die Impfquote wird regelmäßig erhoben und zeigt, ob Eltern präventive Angebote für ihre Kinder wahrnehmen. Über die aktuellen Kennzahlen sowie deren Prognose und dem Vergleich dieser mit Durchschnittswerten der übergeordneten Region (Landkreis, Bundesland) werden Stärken und Schwächen in den einzelnen Dimensionen transparent. Diese bilden die Grundlage, um Chancen sowie Risiken einzuschätzen und Strategien sowie Maßnahmen für eine bessere Gesundheitsversorgung zu entwickeln.

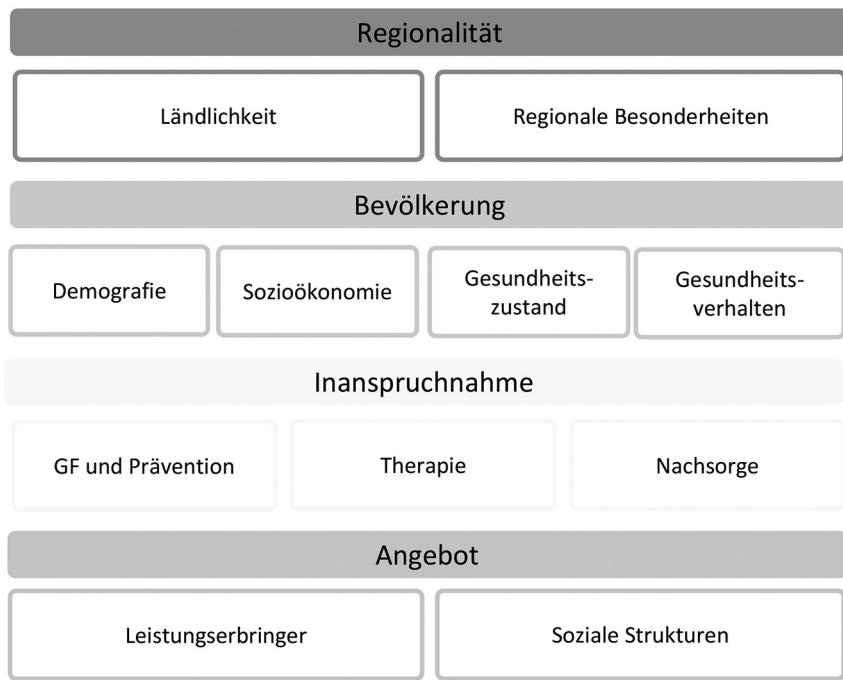


Abb. 12: Rahmenwerk zur Versorgungsstrukturanalyse und -planung

Quelle: Eigene Darstellung in Anlehnung an Framework für Indikatoren zur Beschreibung von Gesundheitssystemen, Ministerium für Soziales und Integration Baden-Württemberg, 2018, S. 42.

Nachfolgend werden die vier Dimensionen mittels abgeleiteter Faktoren exemplarisch für die Gemeinde Krummhörn untersucht. Hierzu wurden die unterschiedlichsten Datenquellen, die größtenteils öffentlich zugänglich waren, herangezogen.

4.1 Dimension Regionalität

Die Gemeinde Krummhörn gehört zum Landkreis Aurich im Bundesland Niedersachsen. Verwaltungssitz und einwohnerstärkster Ort der Gemeinde ist Pewsum. Krummhörn besteht aus 19 Ortsteilen und grenzt im Westen und Norden an die Küste der Nordsee. Mit Stand März 2020 wohnten 12.116 Einwohner auf einer Fläche von 159,2 km². Die Bevölkerungsverteilung und die Lage an der Küste stellen spezielle regionale Herausforderungen dar, die die Sicherstellung und Erreichbarkeit der Gesundheitsversorgung erschweren (Gemeinde Krummhörn, 2020).



Das Buch liefert spannende Einblicke in konkrete Gestaltungsmöglichkeiten zur Gesundheitsversorgung, basierend auf einer umfassenden Analyse regionaler Versorgungsstrukturen. Ebenso bietet es einen fundierten Überblick zu den Grundlagen regionaler Gesundheitsversorgung sowie der Rolle von Kommunen.

Anhand des Praxisbeispiels der Gemeinde Krummhörn wird Schritt für Schritt gezeigt, wie aktuelle und zukünftige Versorgungsstrukturen systematisch analysiert und praxistaugliche Maßnahmen zur Verbesserung der Gesundheitsversorgung vor Ort entwickelt werden können.

Das angewandte aktuelle Modell umfasst wissenschaftlich fundierte Dimensionen der Gesundheitsversorgung sowie datengestützte Messkriterien. Präventive und gesundheitsförderliche Aspekte werden ebenso betrachtet wie therapeutische und nachsorgende Ansätze. Dabei machen praktische Beispiele und konkrete Maßnahmen das Vorgehen verständlich und umsetzbar.

Besonders interessant: Das Buch bietet eine auch auf andere Regionen übertragbare Vorgehensweise, die in Zusammenarbeit mit den Akteuren vor Ort entwickelt wurde. Damit ist es ein wertvoller Leitfaden, sowohl für Kenner als auch für angehende Fachexperten im Gesundheitswesen.

Die Autoren:

Corinna Beutel leitet den Geschäftsbereich „Gesundheit und Versorgungsprogramme“ bei der AOK Sachsen-Anhalt. Sie ist eine erfahrene Führungskraft auf operativer sowie strategischer Ebene mit umfassender Expertise in der gesetzlichen Krankenversicherung. Zudem verfügt sie über ein breites Spektrum an Kompetenzen sowie einem Masterabschluss Management im Gesundheitswesen. Als Vorstandsmitglied der DGIV setzt sie sich leidenschaftlich für innovative sektorenübergreifende Versorgungslösungen ein.

Cathrin Leuffert ist stellvertretende ärztliche Leiterin im Gesundheitsamt Emden. Nach Berufserfahrungen in der Neurologie und Infektiologie ist der aktuelle Tätigkeitsschwerpunkt die Prävention in der Kinder- und Jugendgesundheit. Des Weiteren ist Sie als Ostfriesin mit der Transformation des Gesundheitswesens vor Ort befasst und als Beisitzerin im Verein Gesundes Ostfriesland e.V. beratend tätig.

Prof. Dr. Philipp Walther ist Professor für Gesundheitsmanagement an der Hochschule Fresenius sowie Mitgründer und Vorstand des Gesundheitsnetzwerks Gesundes Ostfriesland e.V. Er ist zudem Advisor von nahmhaften Gesundheitsinstitutionen wie dem Robert Koch-Institut. In Deutschland liegt sein Schwerpunkt auf der (digitalen) Transformation von Versorgungsstrukturen in ländlichen Regionen und sowie international auf telemedizinischen Versorgungskonzepten in den Ländern Zentralasiens und im Kaukasus.

www.medhochzwei-verlag.de



ISBN 978-3-98800-163-4



9 783988 001634 €59,00 (D)

Leseprobe