

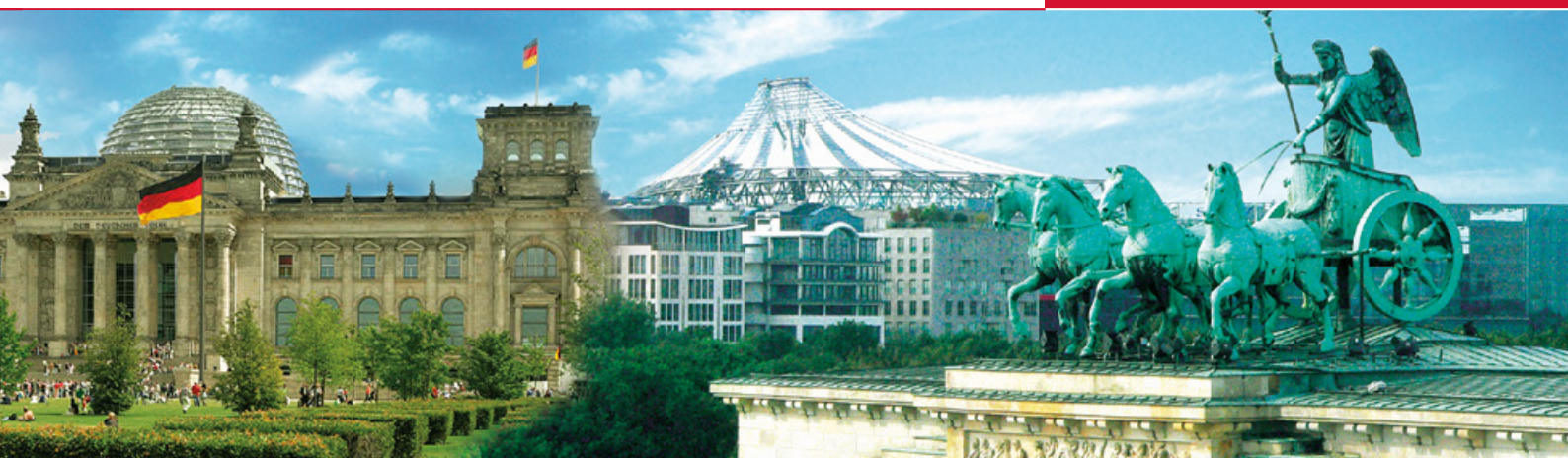


DEUTSCHER
LANDKREISTAG



Digitalisierung und Gesundheit

Handreichung zur Digitalisierung in der
Gesundheitsversorgung



Schriften des Deutschen Landkreistages

Band 146

der Veröffentlichungen des Vereins für Geschichte
der Deutschen Landkreise e.V.

Herausgeber: Deutscher Landkreistag, Berlin
Redaktion: DLT-Pressestelle

Gesamtherstellung: Gödecke+Gut, Berlin

ISSN 0503-9185

Vorwort

Die vorliegende Handreichung, die der Innovationsring des Deutschen Landkreistages angestoßen hat, greift mit dem Thema der digitalen Gesundheitsversorgung ein kreisliches Handlungsfeld auf, das nicht zuletzt unter dem Eindruck der Corona-Pandemie von größter Aktualität ist. Während bislang unter dem Stichwort eHealth digitale Gesundheitsdienstleistungen wie u.a. Telemedizin, der Einsatz von Robotic, digitale Assistenzsysteme in der Pflege oder die digitale Vernetzung im Rettungsdienst erörtert wurden, hat die Corona-Pandemie die öffentliche Aufmerksamkeit auf den Bevölkerungsgesundheitsschutz mit digitaler Kontaktnachverfolgung, digitalen Symptomtagebüchern, Infektionsdashboards u.v.m. gelenkt. Für beides, die klassischen eHealth-Lösungen und den digitalen Bevölkerungsgesundheitsschutz, tragen in großen Teilen auch die Landkreise die Verantwortung.

Die Landkreise sind Träger des öffentlichen Gesundheitsdienstes, sie sind Krankenhaus- und Rettungsdienstträger und als Bündelungsbehörde auch für die Stärkung des eigenen Wirtschaftsstandortes verantwortlich. Sie engagieren sich vielfältig auch für eine ausreichende (haus-)ärztliche Versorgung vor Ort. Die Gesundheitsversorgung in den Landkreisen sieht sich aufgrund der gestiegenen Lebenserwartung und des demografischen Wandels und nicht zuletzt unter den Bedingungen der Corona-Pandemie veränderten, besonderen Anforderungen ausgesetzt. Die Digitalisierung in der Gesundheitsversorgung kann hier Lösungen anbieten und zum einen die drängende Aufgabe des Infektionsschutzes unterstützen und zum anderen eine bessere, wohnortnahe Versorgung der Bevölkerung in ländlichen Räumen ermöglichen. Digitalen Instrumenten kommt insoweit eine dienende Funktion zu, sie ersetzen keine ärztlichen Entscheidungen, sondern erweitern deren Handlungsspektrum im Dienst der Patienten. Digitale Technologien können die Landkreise dabei unterstützen, eine abgestimmte Gesundheitsversorgung in ländlichen Räumen zu gewährleisten, damit zur Herstellung gleichwertiger Lebensverhältnisse beitragen und zugleich den eigenen Wirtschaftsstandort stärken.

Der angesichts der Corona-Pandemie zwischen Bund und Ländern vereinbarte Pakt für den öffentlichen Gesundheitsdienst sieht vor, den öffentlichen Gesundheitsdienst weiter auszubauen und zu modernisieren. Ein wesentliches Element stellt hierbei der Ausbau der digitalen Infrastruktur und die Vernetzung der Gesundheitsämter auf lokaler, landes- und bundesweiter Ebene dar. Die Einführung neuer digitaler Prozesse muss sich dabei an dem Erfordernis eines leistungsfähigen Bevölkerungsgesundheitsschutzes vor Ort in den Gesundheitsämtern orientieren.

Die Handreichung gibt einen breiten Überblick über die kreislichen Handlungsfelder in der (digitalen) Gesundheitsversorgung und greift gute Praxiserfahrungen auf. Sie versteht sich als erster Aufschlag einer vertieften Betrachtung der digitalen Gesundheitsversorgung in den Landkreisen.

Berlin, im März 2021



»Digitale Technologien können die Landkreise dabei unterstützen, eine abgestimmte Gesundheitsversorgung in ländlichen Räumen zu gewährleisten.«

Prof. Dr. Hans-Günter Henneke
Geschäftsführendes Präsidialmitglied
des Deutschen Landkreistages

Foto: ZDF / Jana Kay

Grußwort

Wer einen Beleg dafür sucht, dass diese Krise – ausgelöst durch die Corona-Pandemie – auch eine Chance sein kann, schaue auf die Digitalisierung im Gesundheitswesen. Beherzt wird inzwischen manches genutzt, was zuvor eher zweifelnd geduldet wurde. Die Videosprechstunde etwa entwickelte sich zu einem willkommenen Zusatzangebot in Zeiten des Abstandhaltens. Wie im Brennglas ist zugleich sichtbar geworden, wo es Aufholbedarf gibt: Die Faxmeldung vom Labor an das Gesundheitsamt oder an die Arztpraxis ist nicht Legende, sondern Realität, bis in diese Pandemie hinein.

Im Wettlauf mit einem sich rasant ausbreitenden Virus schneller werden zu wollen im Datenaustausch – das ist kein Digitalisierungs-Selbstzweck. Es dient dem Gesundheitsschutz. Mit dieser Erkenntnis haben wir in kurzer Zeit weitere Blockaden lösen können. Zusätzlich zu vielen bereits angestoßenen Themen wie der elektronischen Patientenakte, dem Anschluss der Leistungserbringer an die Telematik-Infrastruktur oder der Videosprechstunde haben wir akute Soforthilfen aufgelegt, wo wir einen besonderen Investitionsbedarf sehen: beim Öffentlichen Gesundheitsdienst (ÖGD) und bei den Krankenhäusern.

Dem ÖGD, den Gesundheitsämtern vor Ort, kommt in dieser Pandemie eine Schlüsselrolle zu, im Nachverfolgen von Kontaktpersonen, im Unterbrechen von Infektionsketten und nicht zuletzt beim Herstellen eines bundesweiten Lagebildes. Mit dem Pakt für den ÖGD wollen wir – zusätzlich zu einem schon bestehenden Förderprogramm für die Digitalisierung der Gesundheitsämter – dafür sorgen, dass der ÖGD personell, technisch und digital gestärkt wird. Zur digitalen Stärkung gehört, dass moderne IT-Schnittstellen und einheitliche Standards im Datenaustausch geschaffen werden. Die Gesundheitsämter sollen in der Lage sein, untereinander und mit Landes- und Bundesbehörden schnell kommunizieren zu können. Vor allem Meldewege müssen beschleunigt werden.

Auch die digitale Infrastruktur der Krankenhäuser braucht einen Investitionsschub, für bessere Vernetzung und flächendeckend größere IT-Sicherheit. Um das zu unterstützen, haben wir den Krankenhauszukunftsfonds aufgelegt.

All diese Anstrengungen, um mit einem modernen und leistungsfähigen Gesundheitswesen auch in Bezug auf Digitalisierung weltweit Anschluss zu halten, sind für mich wesentlich, wenn es um die Zukunft unserer Versorgung geht. Denn nur, wenn wir Dinge bei uns anwenden, Vorteile für uns im Alltag nutzbar machen, werden wir Digitalisierung auch selbst gestalten und mitprägen – mit Wertschöpfung, die auf unserem Werteverständnis aufbaut. Schließlich brauchen wir den schnellen Innovationstransfer, damit unser Gesundheitswesen trotz Alterung, Fachkräftebedarf und strukturellen Unterschieden zwischen Stadt und Land eines der besten bleibt.

Allen, die in diesem Sinne in Gesundheitseinrichtungen, in Behörden und in Digitalisierungsprojekten den Alltag des Gesundheitswesens vor Ort mitgestalten, danke ich für ihren Einsatz!



Jens Spahn
Bundesminister für Gesundheit

Foto: BMG / Maximilian König

Inhalt

I. Einleitung	6
II. Handlungsfelder digitaler Gesundheitsversorgung	7
III. Bündelungs- und Vernetzungsfunktion der Landkreise	8
1. Vernetzung von Menschen	8
2. Vernetzung von Daten	9
3. Vernetzung von Mobilität	9
4. Zwischenergebnis	9
IV. Öffentlicher Gesundheitsdienst	10
1. Aufgaben des öffentlichen Gesundheitsdienstes	10
2. Digitale Ausstattung des öffentlichen Gesundheitsdienstes	11
a) Organisatorische Rahmenbedingungen	11
b) Meldepflichten nach dem Infektionsschutzgesetz	11
c) Kontaktpersonenmanagement nach dem Infektionsschutzgesetz	12
d) Einbindung in Datenaustausch-Infrastrukturen	13
e) Maßnahmen zur Hygieneüberwachung	13
f) Kinder- und Jugendgesundheitsdienst	14
g) Qualität der Anwendungen/Fachverfahren	14
3. Softwarelösungen zur Pandemie-Bekämpfung (Beispiele)	16
a) Corona-Warn-App	16
b) Kontaktnachverfolgungssoftware SORMAS	16
c) Kreiseigene Softwarelösungen	17
V. Krankenhausinfrastruktur	19
1. IT-Infrastruktur, Datenschutz und Informationssicherheit	19
2. Datenaustausch	19
a) Krankenhausinterner Datenaustausch	19
b) Datenaustausch mit anderen Versorgungsträgern	20
VI. Rettungsdienst	21
1. Aufnahme des Notrufs und Weiterleitung	21
2. Tele-Notarzt	22
3. Einbindung nicht-ärztlichen Personals	22
VII. Ambulante Versorgung und Pflege	23
1. Ambulante Versorgung	23
a) Unterstützung der niedergelassenen Ärzte	23
b) Einbindung nicht-ärztlichen Personals	24
c) Telemedizinische Instrumente	24
2. Ambulante Pflege	24
a) Sektorenübergreifender Datenaustausch	25
b) Digitale Assistenzsysteme	25
VIII. Apothekenversorgung	26

I. Einleitung

Die Gesundheitsversorgung in den Landkreisen sieht sich aufgrund der gestiegenen Lebenserwartung und des demografischen Wandels und nicht zuletzt unter den Bedingungen der Corona-Pandemie veränderten, besonderen Anforderungen ausgesetzt. Die Digitalisierung in der Gesundheitsversorgung (eHealth) kann hier Lösungen anbieten und mit digitalen Gesundheitsdienstleistungen zum einen die drängende Aufgabe des Infektionsschutzes unterstützen und zum anderen eine bessere, wohnortnahe Versorgung der Bevölkerung in ländlichen Räumen ermöglichen. Digitalen Instrumenten kommt insoweit eine dienende Funktion zu, sie ersetzen keine ärztlichen Entscheidungen, sondern erweitern deren Handlungsspektrum im Dienst der Patienten. eHealth-Lösungen ermöglichen den Ärzten eine Fokussierung auf ihre Kernexpertise, eine stärkere Vernetzung, optimierte Prozessabläufe und eine verbesserte Arbeitsteilung, und tragen so maßgeblich zur Verbesserung der medizinischen Versorgung bei. Digitale Technologien können die Landkreise dabei unterstützen, eine abgestimmte Gesundheitsversorgung im ländlichen Raum zu gewährleisten, und damit die Herstellung gleichwertiger Lebensverhältnisse fördern und zugleich den eigenen Wirtschaftsstandort stärken.

Die Digitalisierung im Gesundheitssektor betrifft die Landkreise in unterschiedlichen Funktionen. Als Träger des öffentlichen Gesundheitsdienstes haben die Landkreise umfangreiche Aufgaben u.a. des Infektionsschutzes und der Hygieneüberwachung wahrzunehmen. Die Corona-Pandemie zwingt hier alle beteiligten Gesundheitsträger dazu, digital vernetzt zu kommunizieren und neue Softwarelösungen zur Pandemiebekämpfung zu erproben. Als Krankenhausträger stehen die Landkreise vor der Aufgabe, den stationären Sektor zu digitalisieren. Themenfelder sind hier u.a. eine funktionierende Informationstechnik bei Diagnostik, Therapie, Qualitätssicherung, Logistik und Abrechnung sowie digitale Dienstleistungen für den Patienten. Zu Letzteren zählen u.a. digitale Arztbriefe, eine Online-Terminvergabe und Telematik-Strukturen zur Verbesserung der Patientensteuerung. Auch das Entlassmanagement, also der Übergang von der stationären in die ambulante Versorgung, und weitere Prozesse, wie z.B. Wundversorgung und Nachbehandlungen, können digital abgebildet und gesteuert werden. Im Bereich der ambulanten Versorgung können die Landkreise telemedizinische Anwendungen befördern, welche die Beratung durch niedergelassene Ärzte ergänzen. Hierzu zählen Instrumente wie die Telediagnose und telekonsiliarische Befundbeurteilungen von z. B. Röntgenaufnahmen sowie Online-Videosprechstunden („Virtuelle Visite“). Als Aufgabenträger im Bereich des Rettungsdienstes haben die Landkreise u.a. die Möglichkeit, digitale Technologien für einen besseren und schnelleren Datenaustausch zwischen Rettungskräften und Krankenhäusern einzusetzen und gegebenenfalls telemedizinische

Instrumente zu integrieren. Schließlich ermöglichen digitale Hilfsmittel wie Pflege-Apps und digital organisierte Fahr- und Transportgemeinschaften auch im Pflegebereich und im Bereich der Apothekenversorgung eine stärkere Vernetzung und verbesserte Arbeitsteilung zwischen den an der Gesundheitsversorgung Beteiligten im Dienst des Patienten.

eHealth stellt sich nach alledem als ein überaus weitgefächertes Themenfeld dar, das sowohl ganz konkrete Praxisbeispiele als auch technische Zukunftsvisionen unter einem Dach vereint. Die Landkreise stehen damit vor der Herausforderung, im Rahmen ihrer Aufgaben Schwerpunkte im schnell wachsenden eHealth-Bereich zu setzen. Die vorliegende Handreichung möchte den Landkreisen Anregungen ebenso wie konkrete Hinweise für die Einführung und Umsetzung von eHealth-Projekten geben. Das Dokument greift dabei gute Praxiserfahrungen auf und gibt sinnvolle Hinweise von Praktikern für Praktiker.



II. Handlungsfelder digitaler Gesundheitsversorgung

Einen ersten Überblick über die Vielzahl der eHealth-Projekte auf Landkreisebene gibt eine Umfrage, die der Deutsche Landkreistag Ende 2017 in Zusammenarbeit mit dem Institut Fraunhofer IESE bei den 294 Landkreisen durchgeführt hat. Sie bildet den Stand der Digitalisierung in den Landkreisen und insbesondere auch der medizinischen Versorgung ab:¹ Mehr als zwei Drittel der Landkreise sind bereits jetzt im eHealth-Bereich engagiert oder planen dieses konkret – 16 % der Landkreise verfügen bereits über abgeschlossene Projekte, 33 % betreiben laufende Handlungsfelder bzw. Projekte, in 20 % der Landkreise ist ein entsprechendes Digitalisierungsprojekt für die Zukunft geplant. Für 31 % der Landkreise ist dies (noch) kein Thema.

Gefragt nach den konkreten Projekten ergab sich folgendes Bild: 45 % der befragten Landkreise betreiben eine Digitalisierung des Rettungsdienstes, 28 % digitalisieren den telemedizinischen bzw. ambulanten Sektor, 21 % den stationären Sektor. 6 % der Landkreise betreiben Digitalisierungsprojekte im Bereich der ambulanten Pflege.

Mit welchen Projekten befasst bzw. befasste sich Ihr Landkreis im Aufgabenbereich „Gesundheit und Soziales“?

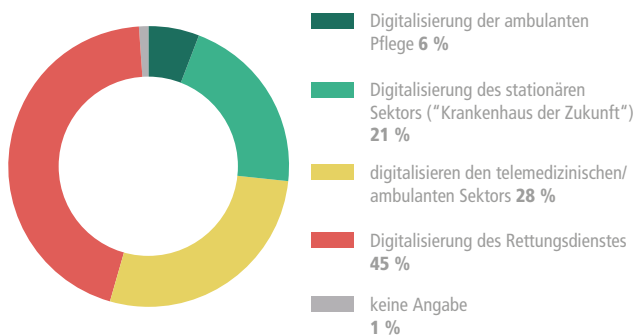


Abbildung 1

Gefragt nach den konkreten Zielen des jeweiligen Digitalisierungsprojekts wurden folgende Aspekte genannt:

- Unterstützung der Hausärzte,
- Aufrechterhaltung der medizinischen Versorgung und Nachsorge im ländlichen Raum,
- schnellere Behandlungen und Verbesserung der Rettungszeiten,
- weniger Krankenfahrten,
- bessere Dokumentation und Datenerfassung, auch mobiler Art,
- Transparenz, Effizienz und Fehlervermeidung,

- erhöhte Sicherheit bei der Arzneimittelversorgung,
- Optimierung der stationären Patientenversorgung durch Vernetzung mit Hausärzten,
- Optimierung des Datenflusses im Landkreis,
- Überwindung starrer Sektorengrenzen,
- Umsetzung des eCalls,
- Kosteneinsparungen durch ressourcenschonendes und effizientes Arbeiten,
- Einbindung privater Ersthelfer in die Rettungskette.

Als wichtige Kooperationspartner für die Landkreise im Bereich eHealth wurden neben Wirtschaft und Wissenschaft (je 41 %) auch andere kommunale Körperschaften (42 %) genannt.

Kooperieren Sie mit kommunalen Körperschaften oder Wirtschaft und/oder Wissenschaft im Aufgabenbereich „Gesundheit und Soziales“?

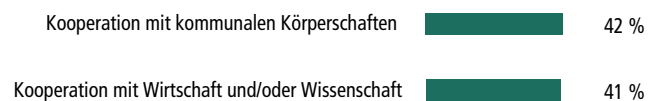


Abbildung 2

Aus dem Feld Wirtschaft und Wissenschaft wurden

- Universitäten und Hochschulen,
- private Klinikbetreiber,
- Telekommunikationsunternehmen,
- Medizintechnikhersteller,
- EDV-Unternehmen,
- private Arztpraxen sowie
- Sponsoren und Fördervereine

aufgeführt. Als staatliche bzw. kommunale und sonstige Kooperationspartner wurden andere Landkreise, das jeweilige Land, Kliniken und Krankenkassen benannt.

Bei den Hemmfaktoren für die Umsetzung von eHealth-Vorhaben dominieren fehlende finanzielle Mittel (22 %), datenschutzrechtliche Vorgaben (21 %) sowie mit 18 % erneut die unzureichende Breitbandausstattung (Abb. 3, S. 8).

Neben den vorstehend genannten Faktoren wird auf die folgenden Hemmfaktoren verwiesen:

- hohes Durchschnittsalter maßgeblicher Akteure im ambulanten Bereich,
- fehlende Standards.

¹ Deutscher Landkreistag, Der digitale Landkreis. Umfrage des Deutschen Landkreistages in Zusammenarbeit mit Fraunhofer IESE, Schriften des Deutschen Landkreistages Bd. 135, 2018.

In rechtlicher Hinsicht spielen insbesondere folgende Faktoren eine Rolle:

- Recht der freien Berufe,
- Datenschutzrecht,
- Einschränkung der Möglichkeiten durch zu eng ausgelegte Förderrichtlinien,
- Vergaberecht.

Die Umfrage verdeutlicht die Heterogenität des Themenfelds. Die Digitalisierungsprojekte orientieren sich zum einen an der Infrastrukturverantwortung der Landkreise als Aufgabenträger im Bereich des Krankenhaussektors und des Rettungsdienstes. Zum anderen nimmt mit 28 % auch die Digitalisierung des ambulanten Sektors eine besondere Bedeutung ein – ein Aufgabenbereich, der nicht in der originären Zuständigkeit der Landkreise liegt. Die Landkreise begreifen die Beförderung ambulanter, telemedizinischer Projekte als Standortsicherung und echte Daseinsaufgabe zur Herstellung gleichwertiger Lebensverhältnisse im ländlichen Raum. Und sie erkennen den Nutzen der Digitalisierung im Gesundheitswesen gerade in der Überwindung starrer Sektorengrenzen. eHealth-Lösungen werden von den Landkreisen als ein Katalysator für vernetzte

Versorgungsstrukturen begriffen. ■

Welche Rechtsätze/sonstige Hemmfaktoren behindern aus Ihrer Sicht die Umsetzung der Digitalisierung im Aufgabenbereich „Gesundheit und Soziales“?

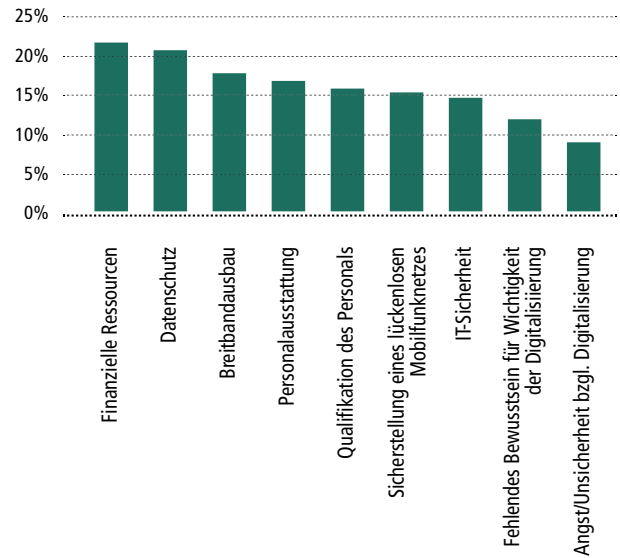


Abbildung 3

III. Bündelungs- und Vernetzungsfunktion der Landkreise

Den Landkreisen kommt im eHealth-Bereich neben einer zentralen Infrastrukturverantwortung auch eine besondere Bündelungs- und Vernetzungsfunktion zu. Aus Sicht der Landkreise tragen eine stärkere Vernetzung, optimierte Prozessabläufe und eine verbesserte Arbeitsteilung maßgeblich zur Verbesserung der Gesundheitsversorgung bei.² Digitalisierung kann zur Umsetzung dieser Zielsetzung beitragen und eine bessere Vernetzung im Gesundheitsbereich ermöglichen und befördern. Diese Vernetzungsleistung betrifft sowohl Menschen als auch Daten sowie Mobilität.

1. Vernetzung von Menschen

Vorrangiges Ziel aller Digitalisierungsprojekte im Bereich der öffentlichen Daseinsvorsorge ist eine bessere Vernetzung von Menschen und damit auch eine effizientere Arbeitsteilung zwischen den beteiligten Akteuren. Der demografische Wandel sowie Landflucht und Ärztemangel erfordern eine intelligentere Verteilung der menschlichen Arbeitsleistung. Die Digitalisierung in der Gesundheitsversorgung kann hier Lösungen anbieten und mit digitalen Gesundheitsdienstleistungen

eine bessere, wohnortnahe Versorgung der Bevölkerung im ländlichen Raum ermöglichen. Digitalen Instrumenten kommt hier eine dienende Funktion zu, sie ersetzen keine ärztlichen Entscheidungen und auch nicht die regelmäßige Anwesenheit eines Arztes, sondern erweitern vielmehr deren Handlungsspektrum gerade im ländlichen Raum, ihnen kommt eine Brückenfunktion zu.

So profitiert der Gesundheitssektor von einer besseren Vernetzung von Krankenhausträgern, Universitätskliniken, Pflegeeinrichtungen, niedergelassenen Ärzten, Krankenversicherungen, Rettungsdienst und Krankenkassen. Die Potentiale eines verbesserten Datenaustauschs können auf diese Weise gemeinsam entfaltet, das Zielbild einer abgestimmten und sektorenübergreifenden Versorgung gemeinsam umgesetzt werden. Neben den genannten institutionellen Versorgungsträgern wird in der Praxis zunehmend auch nicht-ärztliches Personal in die Erbringung von Versorgungsleistungen eingebunden. Auch hier können digitale Instrumente die Vernetzung erleichtern. Schließlich müssen auch die Erwartungen der Patienten angemessen berücksichtigt und adressiert werden. eHealth-Sprechstunden und „Kioske“ informieren über technische Möglichkeiten z.B. telemedizinischer Anwendungen. Eine vollständige digitale Abbildung der Patientendaten kann schließlich die Rolle des Patienten als „Herrn“ seiner Daten stärken.

² Vgl. auch Sächsischer Landkreistag (Hrsg.), Zukunft digital. Landkreise intelligent vernetzt, 2017, insbes. S. 10 ff.

2. Vernetzung von Daten

Eine weitere zentrale Voraussetzung für eine bessere Gesundheitsversorgung ist eine umfassende Vernetzung von Gesundheitsdaten. Dies ist eine Infrastrukturaufgabe, welche die Landkreise insbesondere in ihrer Funktion als Krankenhaussträger und Rettungsdienststräger trifft, aber auch und insbesondere den ambulanten Sektor vor große Herausforderungen stellt.

Die Portabilität von Daten setzt eine funktionierende Telematikinfrastruktur voraus.³ Diese muss eine sektorenübergreifende, sichere und praxistaugliche digitale Vernetzung und Kommunikation aller Akteure im Gesundheitswesen ermöglichen. Dies betrifft zum einen die Kommunikation unter den Leistungserbringern und zum anderen die Kommunikation zwischen Leistungserbringern und Patienten. Der sichere elektronische Austausch zwischen den Krankenhäusern, den ambulant tätigen Ärzten sowie den Apotheken ist Voraussetzung für eine sektorenübergreifende, abgestimmte Gesundheitsversorgung. Erforderlich ist eine sichere direkte elektronische Kommunikation zwischen den Leistungserbringern zudem, um das mehrmalige Abfragen der immer gleichen Informationen zu verhindern. Dies betrifft auch und insbesondere die Patientendaten. Die Einführung der elektronischen Patientenakte (ePA) ist ein wichtiges Vorhaben bei der Digitalisierung des Gesundheitswesens, ebenso wie z.B. die Einführung eines modernen Versichertenstammdatenmanagements, der Austausch von Notfalldaten, der elektronische Arztbrief oder einheitliche Medikationspläne.

Voraussetzung einer funktionierenden Dateninfrastruktur zwischen Leistungserbringern und Patienten sind zum einen Standardisierung und Interoperabilität der betroffenen Systeme. Grundlegende technische Standards für den Betrieb und einheitliche Schnittstellen für den Datenaustausch müssen definiert und die Struktur der zukünftigen Digitalakte festgelegt werden. Auch neue Technologien wie z.B. Blockchain⁴ können in die Entwicklung einer modernen Telematikinfrastruktur einfließen und dazu genutzt werden, (Patienten-)Daten in Echtzeit transparent und fälschungssicher zu führen. Der technische Verbund von Leistungserbringern im Gesundheitswesen muss auf der Basis internationaler Standards (insbes. IHE⁵) errichtet werden. Darüber hinaus kommt Datenschutz und Informationssicherheit

3 Das Fachportal der gematik www.gematik.de bietet Informationen zu den technischen Voraussetzungen der Telematikinfrastruktur des deutschen Gesundheitswesens und ihren Anwendungen.

4 Zur Bedeutung der Blockchain-Technologie für die Verwaltung vgl. nur Berger, Blockchain – Mythos oder Technologie für die öffentliche Verwaltung?, DVBl 2017, S. 1271 ff.; Kompetenzzentrum Öffentliche Informationstechnologie, Mythos Blockchain: Herausforderung für den öffentlichen Sektor, 2017; Bertelsmann Stiftung, Digitale Transformation der Verwaltung, 2017, S. 14 ff. und Konrad Adenauer Stiftung, Blockchain – Disruption der öffentlichen Verwaltung?, in: Analysen und Argumente, Heft 258, 2017.

5 Die IHE (Integrating the Healthcare Enterprise) ist eine internationale gemeinnützige Initiative von Anwendern und Anbietern im Gesundheitswesen mit dem Ziel, den Datenaustausch zwischen IT-Systemen im Gesundheitswesen zu standardisieren und harmonisieren. Sie stellt eine Methodik zur Verfügung, welche die Interoperabilität zwischen IT-Systemen im Gesundheitswesen sicherstellen soll.

eine herausragende Bedeutung zu. Der BSI-Grundschutz muss hier um sektorenspezifische Anforderungen ergänzt werden, bei den Krankenhäusern handelt es sich zudem regelmäßig um kritische Infrastrukturen mit besonderen IT-Sicherheitsanforderungen.

3. Vernetzung von Mobilität

Ein weiterer Baustein für eine funktionierende Gesundheitsversorgung im ländlichen Raum ist Mobilität. Einer flächendeckenden Gesundheitsversorgung liegt regelmäßig ein abgestimmtes Mobilitätskonzept zugrunde. Erforderlich ist eine situationsangemessene Vernetzung der Mobilitätsbedarfe der betroffenen Personen und der medizinischen Produkte. Hier sind auch die Apotheken einzubinden. Digitale Technologien erleichtern die Einrichtung von Liefer- und Mobilitätsnetzen und helfen durch eine digitale Vernetzung des Mobilitäts- und des Gesundheitssektors, neue Versorgungsnetze aufzubauen. In der Praxis umfassen diese Mobilitätskonzepte sowohl Angebote einer mobilen Patientenversorgung (z.B. DB Medibus und „Rollende Arztpraxis“) als auch die Verknüpfung verschiedener Mobilitätsbedarfe. Die Digitalisierung erweitert auf diese Weise den Blickwinkel von der Gesundheitsversorgung im engeren Sinne hin zu einer sektorübergreifenden, vernetzten Versorgung mit Gesundheitsdienstleistungen.

4. Zwischenergebnis

Die Landkreise können diese Vernetzung sowohl als Infrastrukturträger als auch aufgrund ihrer originären Bündelungs- und Vernetzungsfunktion befördern. Als Infrastrukturträger im Krankenhausbereich sowie im Bereich des Rettungsdienstes stellen die Landkreise für die genannten Vernetzungsbedarfe technische Schnittstellen und Austauschplattformen zur Verfügung. Als Träger des Rettungsdienstes stehen die Landkreise vor der Aufgabe, die Rettungskette vom Unfallgeschehen über das Eintreffen des Rettungsdienstes bis hin zur Notaufnahme in das jeweilige Krankenhaus durchgehend digital abzubilden. In denjenigen Bereichen, in denen den Landkreisen keine originäre Infrastrukturverantwortung zukommt, d.h. im Bereich ambulanter Versorgung, ambulanter Pflege und Apothekenversorgung, kann den Landkreisen die Aufgabe eines sogenannten digitalen Lotsen zuwachsen. Die Landkreise können Impulsgeber und Mittler zwischen den Beteiligten sein. Sie können Ärztenetzwerke fördern und eine Herausbildung technischer Verbände anregen. Die Landkreise können derart als neutrale Mittler in einem von starren Sektoren geprägten Wirtschaftszweig auftreten. Gegenüber den kreisangehörigen Gemeinden kann den Landkreisen insoweit eine beratende Funktion zukommen. ■

IV. Öffentlicher Gesundheitsdienst

1. Aufgaben des öffentlichen Gesundheitsdienstes

Der öffentliche Gesundheitsdienst gehört zu den traditionell auf kommunaler Ebene wahrgenommenen Aufgaben. Träger der Gesundheitsämter sind nach Maßgabe des jeweiligen Landesrechts die Landkreise sowie die kreisfreien Städte. Außerhalb akuter Krisensituationen, wie sie beispielsweise die Corona-Pandemie oder ähnliche mehr oder weniger flächendeckende Krankheitsausbrüche darstellen, liegt der Schwerpunkt der Aufgaben des öffentlichen Gesundheitsdienstes im vorbeugenden Schutz der physischen und psychischen Gesundheit. Eine wesentliche Rolle spielen dementsprechend eine vielfältige Beratungstätigkeit und konkrete Unterstützungsangebote für die Bevölkerung vor Ort. Schuleingangsuntersuchungen oder zahnärztliche Vorsorgeuntersuchungen in Kindertagesstätten und Schulen sind ebenso Teil des vielfältigen Arbeitsprogramms der Gesundheitsämter wie die Aufsicht über die hygienischen Verhältnisse in z.B. Krankenhäusern, Pflegeheimen und Beherbergungsbetrieben. Im Bereich der Umwelthygiene wird die Wasserversorgung in den Blick genommen. Das Gesundheitsamt belehrt Personen, die Umgang mit Lebensmitteln haben, und führt – auch im Auftrag anderer Stellen – amts- und vertrauensärztliche Untersuchungen durch.

Im Rahmen des Infektionsschutzes ist zwischen der Verhütung und der Bekämpfung übertragbarer Krankheiten zu unterscheiden, wobei die Gesundheitsämter eng mit den Ordnungsbehörden zusammenarbeiten und in diesem Rahmen und nach Maßgabe des Infektionsschutzgesetzes und der landesrechtlichen Ausführungsregelungen beispielsweise die Durchführung von Zwangstests anordnen, Personen unter Quarantäne stellen, Veranstaltungen absagen oder Einrichtungen schließen können. Es ist Aufgabe

der Kommunen, die Durchsetzung dieser Maßnahmen vor Ort zu gewährleisten und durch einen Prozess der Kontaktnachverfolgung sicherzustellen, dass Infektionsketten durchbrochen werden können. Zu den Aufgaben der Gesundheitsämter gehört es überdies, das Infektionsgeschehen vor Ort zu überwachen und das Auftreten bestimmter Infektionskrankheiten sowie die entsprechenden Fallzahlen (über die zuständigen Landesbehörden) an das Robert Koch-Institut zu melden, das auf dieser Grundlage ein bundesweites Lagebild erstellt.

Der angesichts des Corona-Pandemiegeschehens zwischen Bund und Ländern vereinbarte Pakt für den öffentlichen Gesundheitsdienst sieht vor, den öffentlichen Gesundheitsdienst weiter auszubauen und zu modernisieren. Ein wesentliches Element stellt hierbei der Ausbau der digitalen Infrastruktur und die Vernetzung der Gesundheitsämter auf lokaler, landes- und bundesweiter Ebene dar. Durch die Bereitstellung übergreifender und gemeinsamer Kommunikationsplattformen und die Entwicklung und Implementierung von einheitlichen Standards, beispielsweise in Bezug auf das Melde- und Berichtswesen, sollen behördenübergreifende, medienbruchfreie Strukturen und Prozesse entwickelt werden. Im Vordergrund der Bemühungen steht hier die Einbindung des öffentlichen Gesundheitsdienstes, der Labore, Krankenhäuser, Fieberambulanzen sowie der ambulanten Ärzte an das beim Robert Koch-Institut zentral verwaltete Deutsche Elektronische Melde- und Informationssystem für den Infektionsschutz (DEMIS).

Die geplante Digitalisierung des öffentlichen Gesundheitsdienstes muss nach Maßgabe des umfangreichen Aufgabenportfolios erfolgen. Datenverarbeitungsprozesse und die Einbindung des öffentlichen Gesundheitsdienstes in Datenaustauschprozesse mit anderen öffentlichen Stellen

Teilnehmende Gesundheitsämter pro Flächen-Bundesland

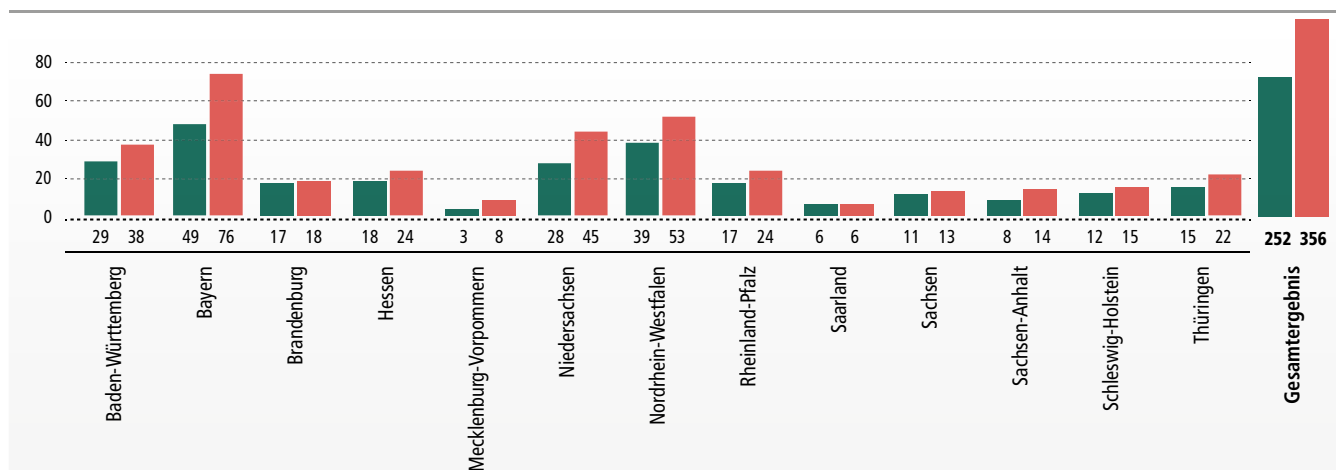


Abbildung 4

und Leistungserbringern im Gesundheitswesen müssen den Bevölkerungsgesundheitsschutz beim öffentlichen Gesundheitsdienst unterstützen und die Datenlage vor Ort im Landkreis ganzheitlich abbilden helfen. Erforderlich sind daher umfangreiche Standards und Schnittstellen, die eine Anbindung der kommunalen Prozesse und Fachverfahren an die geplanten zentralen Strukturen wie z.B. DEMIS ermöglichen. Eine Vorfestlegung auf einzelne Fachverfahren unter Ausnahme der bei den Gesundheitsämtern zur Anwendung kommenden Datenerfassungssysteme ist zu vermeiden.

2. Digitale Ausstattung des öffentlichen Gesundheitsdienstes

Der Deutsche Landkreistag hat im Sommer 2020 zusammen mit dem Deutschen Städtetag eine Umfrage zum Stand der Digitalisierung in den Gesundheitsämtern durchgeführt. An der Umfrage haben sich insgesamt 252 Landkreise, Städte bzw. gemeinsam getragene Einrichtungen von insgesamt 356 unteren Gesundheitsbehörden beteiligt. Damit erreicht die Umfrage eine breite, statistisch valide und als repräsentativ einzustufende Grundlage. Die Auswertung auf S.10, Abb. 4 betrachtet die Situation der unteren Gesundheitsbehörden in den 13 Flächenbundesländern. Die Stadtstaaten sind von dieser Betrachtung ausgenommen.

Auch die Verteilung der Rückmeldungen auf die Bundesländer unterstützt die Bewertung einer deutschlandweit flächendeckenden und repräsentativen Umfrage der auf Kreisebene bestehenden Gesundheitsämter jenseits der Stadtstaaten. Für den Landkreisbereich ist festzuhalten, dass in zwölf Flächenländern (z. T. weit) mehr als die Hälfte aller unteren Gesundheitsbehörden an der Umfrage teilgenommen haben.

Die Umfrage hat alle unteren Gesundheitsbehörden einbezogen. Über 290 Landkreise nehmen diese Zuständigkeit unmittelbar wahr. In vielen Bundesländern nehmen

	Landkreis	Stadt	Ist Teilnehmer	Soll Teilnehmer	Teilnehmerquote in %
Baden-Württemberg	27	2	29	38	77
Bayern	47	2	49	76	65
Brandenburg	13	4	17	18	95
Hessen	16	2	18	24	75
Mecklenburg-Vorpommern	2	1	3	8	38
Niedersachsen	23	5	28	45	63
Nordrhein-Westfalen	27	12	39	53	74
Rheinland-Pfalz	17	0	17	24	71
Saarland	5	1	6	6	100
Sachsen	10	1	11	13	85
Sachsen-Anhalt	8	0	8	14	58
Schleswig-Holstein	9	3	12	15	80
Thüringen	14	1	15	22	69
Gesamtergebnis	218	34	252	356	71

die Landkreise die Aufgabe als Gesundheitsämter auch für die kreisfreien Städte wahr, so beispielsweise in Rheinland-Pfalz, wo sich deshalb alle unteren Gesundheitsbehörden in der Zuständigkeit der Landkreise befinden.

a) Organisatorische Rahmenbedingungen

In Bezug auf die digitale Ausstattung sind die unteren Gesundheitsbehörden als Teil der Bündelungsbehörde Landkreis bzw. kreisfreie Stadt in die Organisation sowie IT der jeweiligen Verwaltung eingebunden. Der weit überwiegende Anteil der Landkreise und kreisfreien Städte (93 %) verfügt dabei über eine IT-Abteilung bzw. Arbeitsgruppe, die demgemäß auch die IT-Anbindung der Gesundheitsbehörden gewährleistet.

Verfügt Ihre Verwaltung über eine IT-Abteilung bzw. Arbeitsgruppe?

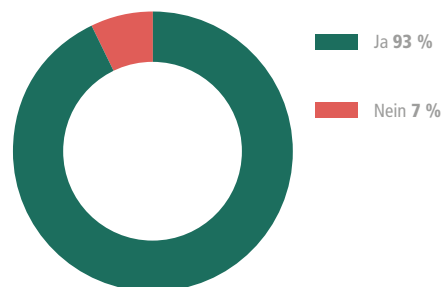


Abbildung 5: IT-Abteilung

Wer übernimmt die Administration Ihrer IT-Systeme?



Abbildung 6: Administration der IT-Systeme

Die Landkreise und kreisfreien Städte haben weit überwiegend ein eigenes IT-Ausstattungskonzept erstellt. Regelmäßig findet die Administration der jeweiligen IT-Systeme im Bereich der eigenen Verwaltung statt, während ein demgegenüber deutlich geringerer Anteil entweder parallel oder ausschließlich einen IT-Dienstleister mit der entsprechenden Aufgabe betraut hat.

b) Meldepflichten nach dem Infektionsschutzgesetz

Hinsichtlich der Meldepflichten nach dem Infektionsschutzgesetz hat die Umfrage ergeben, dass ein heterogenes Bild hinsichtlich der Nutzung entsprechender Fachverfahren/Anwendungen besteht. Während das bereits seit Langem durch das Robert Koch-Institut bereitgestellte Verfahren SurvNet absolut betrachtet zwar mit 40 % in

den Kommunalverwaltungen die häufigste Einzelnutzung erfährt, werden darüber hinaus zahlreiche andere Fachverfahren und Anwendungen wie insbesondere OctoWare, ISGA, aber auch Unisoft und Mikropro genutzt. In der Summe überwiegen diese Verfahren den Einsatz von SurvNet deutlich.

Welche Fachverfahren/Anwendungen nutzen Sie im Bereich der Meldepflichten?

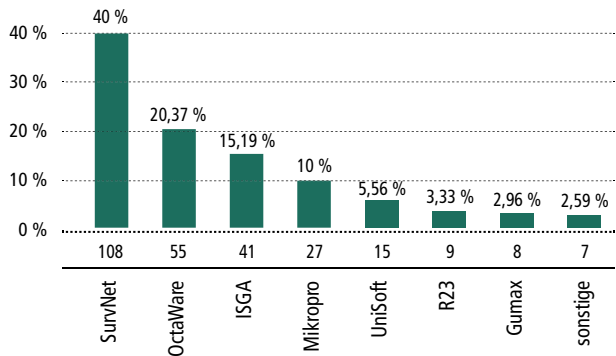


Abbildung 7: Fachverfahren Meldepflichten gesamt

Viele der Fachverfahren/Anwendungen jenseits von SurvNet decken über die bloßen Meldepflichten hinaus weitere Handlungsfelder kommunaler Gesundheitsämter ab und bieten damit ein breiteres Leistungsspektrum.

Es besteht bereits bei einigen der diesbezüglichen Fachverfahren eine grundsätzlich vorgesehene Schnittstelle zu DEMIS. Diese ist allerdings wegen der fehlenden regulatorischen und technischen Vorgaben in den meisten Fällen nicht aktiviert oder wird nicht genutzt.

In Bezug auf den Datenaustausch mit den Laboren findet bisher maßgeblich eine Kommunikation via (Digital-)Fax statt. Daneben dominieren E- Mails.

Wie erfolgt der Datenaustausch mit den Laboren?

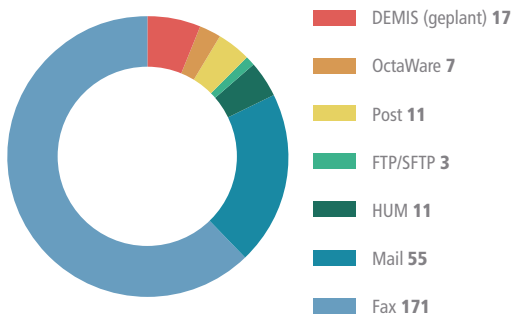


Abbildung 8: Datenaustausch mit Laboren

c) Kontaktpersonenmanagement nach dem Infektionsschutzgesetz

In Bezug auf das Kontaktpersonenmanagement nach dem Infektionsschutzgesetz kommen unterschiedliche Fachverfahren in den Gesundheitsämtern zur Anwendung. Neben dem absolut noch dominierenden Gebrauch von Excel werden insgesamt in deutlich stärkerem Maße bereits digitale Lösungen eingesetzt. Diese digitalen Lösungen kommen im Verhältnis zur Excel-Anwendung deutlich häufiger zum Einsatz. Auffällig ist dabei, dass digitale Eigenentwicklungen der Landkreise und Städte (oftmals auch i.V.m. IT-Unternehmen) innerhalb der digitalen Lösungen dominieren. Das Produkt Mikropro findet doppelt so häufig Anwendung wie das seitens des Robert Koch-Instituts (RKI) initiierte Verfahren SurvNet. Auch dies belegt, dass eine einseitige Festlegung auf bestimmte Fachverfahren oder Anwendungen der kommunalen Praxis nicht gerecht wird.

Welche Fachverfahren/Anwendungen nutzen Sie für den Bereich des Kontaktpersonenmanagements?

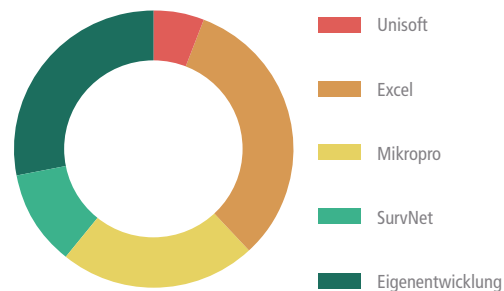


Abbildung 9: Kontaktpersonenmanagement gesamt

Verwenden Sie digitale Instrumente zur Visualisierung des Infektionsgeschehens (Dashboards)?

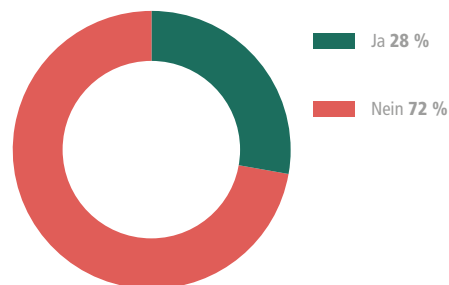


Abbildung 10: Visualisierung Infektionsgeschehen

d) Einbindung in Datenaustausch-Infrastrukturen

Eine funktionierende und effektive digitale Verwaltung ist auf Schnittstellen zum Austausch von Informationen mit anderen Verwaltungen angewiesen. Die bereits im Jahr 2017 vom Deutschen Landkreistag durchgeführte Umfrage zum Stand der Digitalisierung in den Landkreisen verdeutlicht, dass die ganz überwiegende Zahl der Landkreise über alle Fachbereiche hinweg über Datenaustauschinfrastrukturen verfügt bzw. deren Einrichtung plant. Für lediglich 16 % der Kreisverwaltungen war dies kein Thema.

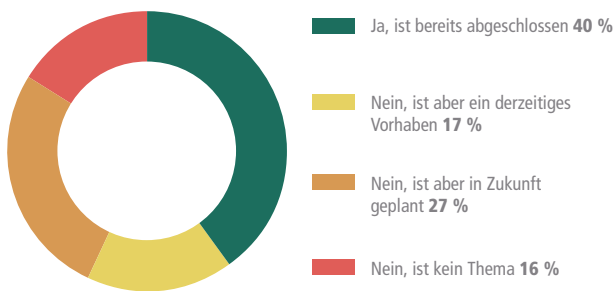


Abbildung 11: Schnittstellen zum Austausch von elektronischen Informationen mit anderen Verwaltungen

Zentrale Instrumente für einen entsprechenden interbehördlichen Informations- und Datenaustausch sind neben der klassischen E-Mail verschiedene Cloud-Lösungen. Trotz der vielfältigen Vorteile eines cloudbasierten Datenaustauschs hinsichtlich Verfügbarkeit und Kapazität, haben sich Cloud-Technologien bislang nur in begrenztem Umfang durchgesetzt, wie die im Jahr 2017 durchgeführte Umfrage des Deutschen Landkreistages verdeutlicht. 18 % der Landkreise nutzen Cloud-Technologien bei einzelnen Fachanwendungen, 14 % zur Datenspeicherung. Vereinzelt sind Cloud-Arbeitsplatz-Rechner in Planung oder bereits im Einsatz. Dies hat seine Ursache nicht zuletzt darin, dass bislang keine BSI-zertifizierten IT- und datenschutzkonformen Cloud-Angebote für die öffentliche Verwaltung existieren.

Welche digitalen Instrumente zum Informationsaustausch zwischen den verschiedenen Leistungserbringern im Gesundheitswesen existieren bzw. werden genutzt?

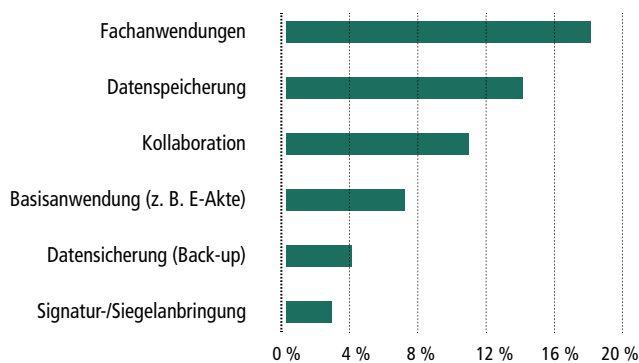


Abbildung 12: Einsatz von Cloud-Technologien

Auch im Bereich des Informationsaustauschs zwischen den Leistungserbringern im Gesundheitswesen überwiegt der klassische E-Mail-Verkehr (192 der befragten Gesundheitsämter). Lediglich 57 der befragten Gesundheitsämter verwenden Cloud-Lösungen. Hierbei wird nicht selten auf Open Source-Produkte wie insbesondere NextCloud zurückgegriffen.

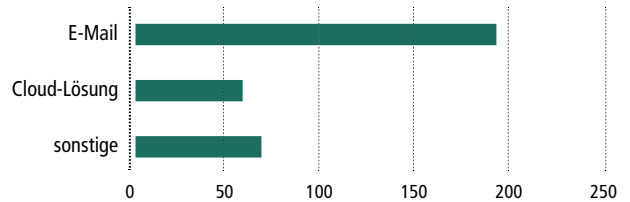


Abbildung 13: Digitale Instrumente zum Informationsaustausch im Gesundheitswesen

e) Maßnahmen zur Hygieneüberwachung

In welchen Bereichen der Hygieneüberwachung verwenden Sie welche digitalen Lösungen? Gemeint sind spezielle Softwarelösungen.

Überwachung von...

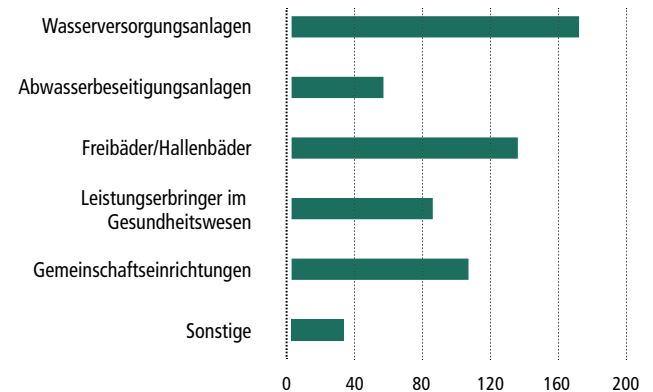


Abbildung 14: Betroffene Einrichtungen/Aufgabenbereiche

...mittels folgender Fachverfahren/Anwendungen.

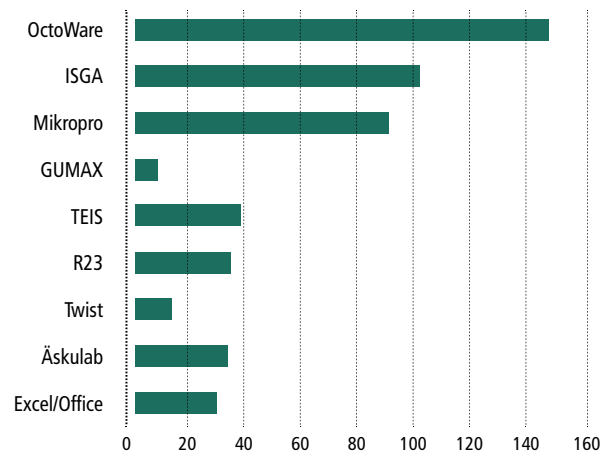


Abbildung 15: Eingesetzte Fachverfahren/Anwendungen

Besteht ein digitaler Datenaustausch mit anderen Fachbehörden?

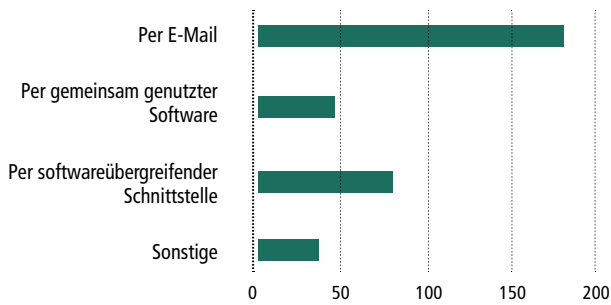


Abbildung 16: Datenaustausch Fachbehörden

Digitale Lösungen im Bereich der Hygieneüberwachung werden in unterschiedlichen Handlungsfeldern eingesetzt. Es dominieren mit 169 Nennungen „Wasserversorgungsanlagen“ gefolgt von digitalen Lösungen für die Hygieneüberwachung bei „Bädern“ und „Gemeinschaftseinrichtungen“.

Im Bereich der konkret zum Einsatz gelangenden Produkte besteht eine starke Nutzung von OctoWare, ISGA sowie Mikropro. An dieser Stelle ist darauf hinzuweisen, dass insbesondere die letztgenannten drei Fachverfahren nicht lediglich bei den Meldeverpflichtungen gegenüber dem RKI oder im Infektionsschutzbereich zur Anwendung gelangen, sondern übergreifend in den Gesundheitsämtern zur Unterstützung verschiedener Aufgaben genutzt werden. Auch dieses ist bei möglichen Festlegungen hinsichtlich der digitalen Ausstattung zu berücksichtigen.

In Bezug auf den digitalen Datenaustausch bei der Hygieneüberwachung findet dieser überwiegend per E-Mail statt, zu einem nicht unerheblichen Teil allerdings bereits per softwareübergreifender Schnittstelle, zu einem weiteren Teil auch über gemeinsam genutzte Software wie bei OctoWare, Mikropro oder ISGA. Schnittstellen bestehen zu SurvNet, diese werden aber regelmäßig per E-Mail bedient. SORMAS spielt insoweit eine untergeordnete Rolle.

f) Kinder- und Jugendgesundheitsdienst

Welche Softwarelösungen verwenden Sie?

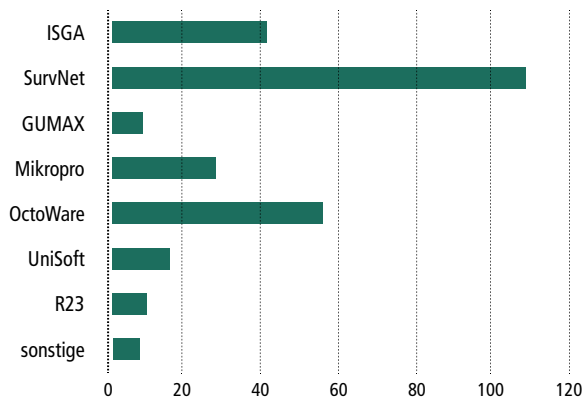


Abbildung 17: Software im Bereich des Kinder- und Gesundheitsdienstes

Besteht ein digitaler Datenaustausch mit anderen Fachbehörden?

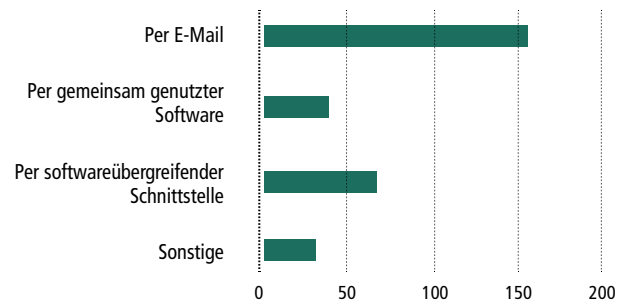


Abbildung 18: Datenaustausch Fachbehörden

In den Bereichen des Kinder- und Jugendgesundheits-schutzes werden digitale Lösungen in den meisten Schulen zum Einsatz gebracht. In anderen Handlungsfeldern wie dem jugendärztlichen, dem zahnärztlichen Dienst oder beim Kindeswohl sind diese bisher eher die Ausnahme. Die zur Anwendung kommenden Produkte im Bereich digitaler Lösungen beim Kinder- und Jugendgesundheits-schutz sind OctoWare, FirstClass und erneut Mikropro.

g) Qualität der Anwendungen/Fachverfahren

Existieren Fachanwendungsprogramme, die alle Themenfelder des Gesundheitsdienstes abbilden?

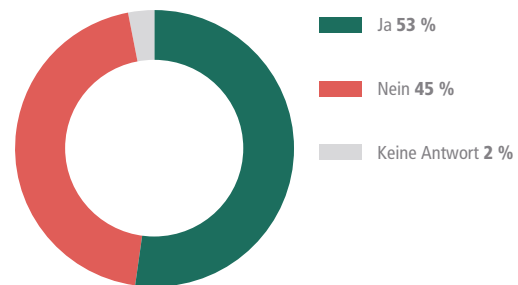


Abbildung 19: Themenfeldübergreifende Fachanwendungen

Wenn ja, welche sind das?

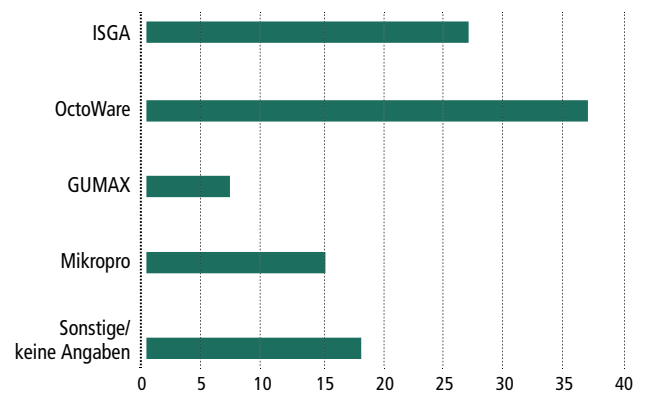


Abbildung 20: Themenfeldübergreifende Software

Angesichts der bereits in den einzelnen Handlungsfeldern der Gesundheitsämter offenbar gewordenen mehrfachen Nutzung von Fachverfahren beim Infektionsschutz, der Hygieneüberwachung sowie im Bereich des Kinder- und Jugendgesundheitsdienstes überrascht es nicht, dass einzelne Fachanwendungsprogramme bestehen, die alle Themenfelder des Gesundheitsdienstes abbilden. Zu diesen zählen OctoWare, ISGA, Mikropro sowie GUMAX. Festzuhalten bleibt insoweit auch, dass kein Fachverfahren des RKI imstande ist, die Themenfelder und Handlungsbereiche eines Gesundheitsdienstes auf kommunaler Ebene abzubilden. Mögliche Anpassungen auf Grundlage des Paktes für den öffentlichen Gesundheitsdienst müssen zwingend diese bestehenden Fachanwendungsprogramme, die in ihren Funktionalitäten die Breite kommunaler Handlungsfelder abdecken, berücksichtigen.

Verwenden Sie zusätzlich zu Fachverfahren Excel oder ähnliche Tabellenbearbeitungsprogramme?

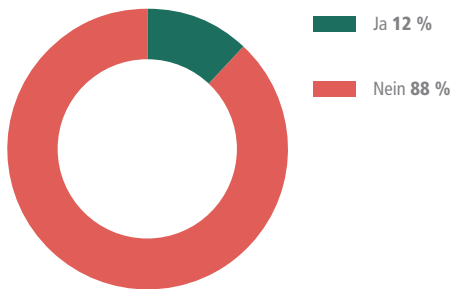


Abbildung 21: Ergänzende Anwendung von Excel oder ähnlichen Tabellenbearbeitungsprogrammen

Anwendungen wie Excel oder ähnliche Tabellenbearbeitungsprogramme kommen insbesondere dort zum Einsatz, wo die Fachverfahren sich bisher als nicht praktikabel erwiesen haben. Dieses gilt beispielsweise für die Erstellung einzelner Statistiken, bei Auswertungen, bei Ausschreibungen, bei der Büroorganisation und in Teilen auch beim Kontaktmanagement.

Ergänzend zu den vorstehenden Fragen nach bestehenden Softwarelösungen wurden die Gesundheitsämter nach zukünftigen Einsatzmöglichkeiten digitaler Instrumente gefragt. Hier zeigt sich, dass besonders Belehrungen nach dem Infektionsschutzgesetz oder lebensmittelrechtliche Belehrungen bevorzugt als Onlinevideo bzw. Web-Seminar anstatt als Präsenzveranstaltung abgehalten werden könnten. Das gleiche gilt für interne Schulungen und Weiterbildungen.

Weiterhin verdeutlicht sich die Forderung nach einer verbesserten Verknüpfung von digitalen und analogen Arbeitsabläufen und damit nach einer tiefgehenden Prozessanalyse. Dazu gehören u.a. auch eine Online-Terminvergabe und die Anbindung an ePayment-Lösungen.

Verwenden Sie Zusatztools, wie z.B. App-Lösungen?

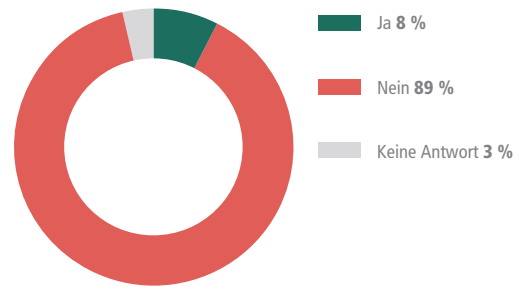


Abbildung 22: Anwendung von Zusatztools, z.B. App-Lösungen

Ein weiterer Punkt ist eine bessere technische Ausstattung sowohl des eigenen Arbeitsplatzes, z.B. für die Teilnahme an Web-Seminaren, als auch die weitere Ausstattung mit Mobilgeräten, um eine Erfassung von Daten zu ermöglichen.



2. Softwarelösungen zur Pandemie-Bekämpfung (Beispiele)

Die Landkreise verfügen über unterschiedliche digitale Instrumente zur Pandemie-Bekämpfung. Neben den beschriebenen Fachverfahrenslösungen werden im Rahmen des Corona-Pandemiegeschehens verschiedene Lösungen auf Kreisebene entwickelt. Darüber hinaus stellen auch der Bund und seine nachgeordneten Behörden, allen voran das Robert Koch-Institut, eigene Softwarelösungen zur Pandemie-Bekämpfung zur Verfügung.

a) Corona-Warn-App

Einführung der Corona-Warn-App

von Dr. Gottfried Ludewig,
Leiter Abteilung 5 „Digitalisierung und Innovation“,
Bundesministerium für Gesundheit

Zunächst möchte ich allen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern in den Kommunen für Ihren unermüdlichen Einsatz in der Pandemiebewältigung danken. Besonders im Gesundheitswesen wurden in den vergangenen Wochen und Monaten jeden Tag aufs Neue größte Anstrengungen erbracht. Eine wesentliche Maßnahme für eine bessere Bewältigung der Pandemie ist die schnellere und präzisere Nachverfolgung von Infektionsketten. Die Bundesregierung hat in diesem Zusammenhang bereits früh den Nutzen digitaler Anwendungen erkannt und stellt seit Mitte Juni die Corona-Warn-App (CWA) zum Download bereit. Ziel der App ist es, Bürgerinnen und Bürger schneller zu warnen, wenn diese Kontakt zu einem Corona-Infizierten hatten, und zu informieren, sich eigenständig in Isolation zu begeben, sich testen zu lassen und ein Gesundheitsamt zu kontaktieren. Hierdurch sollen Infektionsketten rascher und umfassender erkannt und unterbrochen werden.

Grundlage dieser Benachrichtigung ist ein epidemiologisches Konzept des Robert Koch-Instituts, welches insbesondere Nähe und Zeitdauer einer Begegnung berücksichtigt (unter 2 Meter über 15 Minuten). Denkbar sind damit auch Fallkonstellationen, in denen auf Grundlage der Nähe und Zeitdauer eine Warnmeldung durch die Corona-Warn-App erscheint und eine Virus Testung vorgenommen wird, die aber trotz erhaltener Warnung negativ ausgeht. Die Gründe können vielfältiger Natur sein: Etwa weil die Personen einen Mundschutz getragen haben, sich zwischen den Personen eine Plexiglasscheibe befand oder die Begegnung schlichtweg im Freien stattfand und die Luftverhältnisse so waren, dass die Aerosole sich nicht ausbreiten konnten. Solche Fälle können durch die Corona-Warn-App nicht ausgeschlossen werden; dennoch gilt hier: Lieber ein Test zu viel als ein Test zu wenig.

Bei der Konzeption der App haben wir insbesondere viel Wert auf Datenschutz und Datensicherheit gelegt: So wird

durch die dezentrale Speicherung die Anonymität des Warnenden gewahrt. Und selbst der gewarnte Nutzer erhält aus der App heraus keine Informationen, wo und wie die Begegnung abgelaufen ist. Trotz alledem sind mit der Corona-Warn-App wichtige Informationen verbunden, die die Risikoeinschätzung erleichtern können: Zum einen erfährt der Nutzer per App, an welchem Tag die Risikobegegnung stattgefunden hat, zum anderen reduziert die Corona-Warn-App durch ihre epidemiologische Konzeption Ungewissheiten darüber, wie nah sich Personen wirklich kamen. Am Beispiel einer Großveranstaltung lässt sich der Vorteil der App gut verdeutlichen: Die Corona-Warn-App erhöht die Klarheit, dass Personen sich nicht nur irgendwo auf demselben öffentlichen Platz befanden, sich möglicherweise aber nie einander begegnet sind, sondern tatsächlich für längere Zeit nahe zueinander standen. Die App macht also gerade bei Situationen im öffentlichen Raum eine gezieltere Kontaktnachverfolgung möglich – rechtzeitig zu einem Zeitpunkt, an dem wieder mehr Aktivitäten möglich sind.

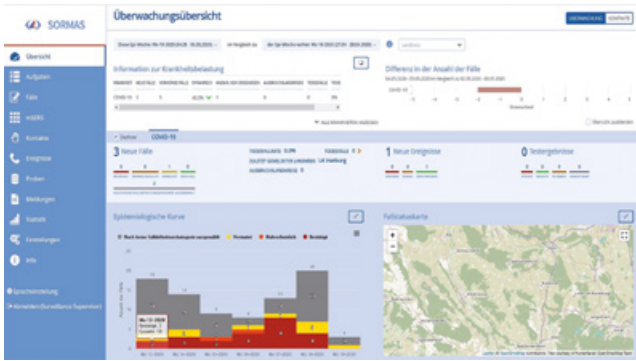
Wichtig zu betonen erscheint, dass die App keine Quarantäneanordnung ausspricht. Dies obliegt ausschließlich und allein den Gesundheitsämtern. Mit den seinen Handlungsempfehlungen hat das RKI eine Handlungsgrundlage geschaffen, um nach intendiertem Ermessen eine Quarantäneanordnung auszusprechen und eine Testung zu veranlassen. Dazu zählt, dass auch Tests für gewarnte, symptomlose App-Nutzende finanziert werden.

Somit unterstützt die Corona-Warn-App die Kontaktnachverfolgung der Gesundheitsämter durch die beschleunigte Warnung, ersetzt deren Arbeit jedoch nicht und will diese wichtige Arbeit auch nicht ersetzen.

Ich bin davon überzeugt, dass wir mit der CWA ein wichtiges digitales Tool zur Pandemiebekämpfung im Einsatz haben, das die Gesundheitsämter entlasten kann. Deshalb ist es uns wichtig, dass die Corona-Warn-App von möglichst vielen unterstützt und mitgetragen wird, und ich danke Ihnen für all Ihr Engagement und Ihre Unterstützung.

b) Kontaktnachverfolgungssoftware SORMAS

Das Helmholtz Zentrum für Infektionsforschung (HZI) arbeitet derzeit im Auftrag des Bundesgesundheitsministeriums an der Weiterentwicklung, Implementierung und Evaluierung der Kontaktnachverfolgungssoftware SORMAS (Surveillance Outbreak Response Management and Analysis System) für den Einsatz im öffentlichen Gesundheitsdienst.⁶ SORMAS wurde 2014 im Zuge des Westafrikanischen Ebola-Ausbruchs vom HZI, dem RKI und weiteren Partnern entwickelt. 2016 wurde es in eine Open-Source-Anwendung umgesetzt. Ziel von SORMAS ist die Prävention und Kontrolle von infektiösen Erkrankungen sowie die frühzeitige Erkennung von Ausbrüchen (Ausbruchmanagement).



SORMAS-ÖGD ist ein auf die Bedürfnisse des ÖGD angepasstes Modell, welches ein effektives Kontaktpersonenmanagement während der SARS-CoV-2-Pandemie ermöglichen soll.⁷ Eine zentrale Herausforderung dieses Projektes besteht darin, die erforderlichen Schnittstellen sowohl zu den verschiedenen Fachverfahren der kommunalen Gesundheitsämter (SurvNet@RKI u.a.) als auch insbesondere zum Meldesystem DEMIS (Deutsches Elektronisches Melde- und Informationssystem für den Infektionsschutz) zu definieren. Ein zu diesem Zweck eingerichtetes sog. Nutzer-Komitee soll zunächst die technische Anbindung von SORMAS an DEMIS (SORMAS@DEMIS) begleiten und hierbei die fachliche Rückkoppelung an die Kommunen gewährleisten. Das Nutzer-Komitee unterstützt das Projekt SORMAS@DEMIS in wichtigen fachlichen und technischen Angelegenheiten. Die unterstützende Rolle des Nutzer-Komitees bezieht sich auf die Markteinführung und Akzeptanz von SORMAS@DEMIS, dessen technischen Anforderungen sowie die inhaltliche und fachliche Ausgestaltung. Das Nutzer-Komitee soll aus Personen bestehen, die Erfahrung in Bezug auf relevante Aspekte von SORMAS@DEMIS besitzen. Mitglieder können technische Nutzer oder fachliche Nutzer sein. Sie sollten insbesondere den öffentlichen Gesundheitsdienst auf kommunaler und Landesebene einschließen. Der Deutsche Landkreistag ist Mitglied des Nutzer-Komitees.

In der Praxis wird der Einsatz von SORMAS-ÖGD unterschiedlich beurteilt. Für den Erfolg der Anwendung kommt es entscheidend darauf an, dass die erforderlichen Schnittstellen zu DEMIS und den kommunalen Fachverfahren zugänglich verfügbar sind.

c) Kreiseigene Softwarelösungen

Die SORMAS-Kontaktnachverfolgungssoftware ist keineswegs die einzige Anwendung, welche in den Landkreisen zur Unterstützung der Kontaktnachverfolgung im Pandemiefall zum Einsatz kommt. Nicht selten wird die als Open Source verfügbare SORMAS-Softwarelösung als Basis für die Entwicklung von weiteren Funktionalitäten verwendet.

Ein Beispiel ist das DITCH (Digitaler Infektionsschutz Heilbronn) – Projekt des **Landkreises Heilbronn**. Ziel des

Projektes ist es, die Prozesse für das COVID-19 Fall- und Kontaktpersonenmanagement im Landkreis Heilbronn durchgängig durch digitale Tools zu unterstützen und so das gesamte Verfahren schneller, standardisierter, effizienter und skalierbarer zu gestalten. Neue lokale Ausbrüche sollen rasch eingedämmt werden. Auch die Prozesse für den Informationsfluss an das Landesgesundheitsamt und das Robert Koch-Institut (RKI) über das digitale Meldewesen sollen weiter optimiert werden, um mit hoher Datenqualität tagesaktuell zum übergeordneten Lagebild im Landkreis beizutragen. Das Projekt verwendet die Kontaktnachverfolgungssoftware SORMAS als Basissoftware. Zentrales Element ist ein sog. FHIR-Server (Fast Healthcare Interoperable Resources), der als „Kommunikationsbus“ einen prozessorientierten, strukturierten und standardbasierten Datenaustausch sicherstellt und sowohl alle regionalen Akteure wie Fieberambulanzen, Labore und Kliniken, die Polizei und Ordnungsämter als auch Patienten und Kontaktpersonen mit dem Gesundheitsamt des Landkreises vernetzt.

Der **Landkreis Esslingen** hat ein umfangreiches Dashboard zum Verlauf der Pandemie im Landkreis eingerichtet. Es visualisiert die aktuell Infizierten in Quarantäne aufgeschlüsselt nach Gemeinden und informiert über die 7-Tage-Inzidenz, die Entwicklung der Meldezahlen pro Tag, die Inzidenz nach Altersgruppen, die Gesamtzahl der Infizierten, die Zahl der bereits aus der Quarantäne entlassenen Personen sowie über die Gesamtzahl der Verstorbenen.

Ein entsprechendes Covid-19 Dashboard hat auch der **Salzlandkreis** eingerichtet. Es visualisiert die in den Testzentren des Salzlandkreises anfallenden Daten und verknüpft diese mit den Daten des RKI-Covid-19 Dashboards, dem weltweiten Dashboard der John Hopkins University sowie den auf der Homepage des Landes Sachsen-Anhalt zur Verfügung gestellten Daten.

Das Gesundheitsamt im **Bodenseekreis** hat im Zuge der Covid-19-Pandemie in Zusammenarbeit mit der hausinternen IT-Abteilung und einer externen Firma ein webbasiertes Kontaktpersonenmanagement-Programm inklusive notwendiger Schnittstellen entwickelt. Die Besonderheit ist, dass die von der Infektion betroffenen Bürger aktiv bei der Meldung von Kontaktpersonen unterstützen können. Diese Daten werden dem Gesundheitsamt digital, medienbruchfrei und datensicher zur Verfügung gestellt. Auch bei der Verwaltung dieser Personenkreise und der Quarantänemeldungen an die Ortschaftsbehörden, zeitlichem Monitoring und Entlassmanagement stützt sich das Gesundheitsamt Bodenseekreis seit Oktober 2020 erfolgreich auf diese digitale Lösung.

7 Weitere Informationen des HZI unter <https://www.sormas-oegd.de>.

Der **Kreis Düren** hat mit der Software PandeSoft ein umfassendes Verwaltungsprogramm zur Bearbeitung von Pandemiefällen (speziell Covid-19) im Gesundheitsamt und angeschlossenen Dienststellen entwickelt. Im Programm selbst werden die Personendaten von Indexpersonen, Kontaktpersonen, Haushaltsangehörigen etc. erfasst. Dabei ist eine Schnittstelle zur Einwohnerdatenbank bzw. die Integration von EWO-Diensten integriert. Ein Assistent führt durch die Neufallerfassung. Es werden alle Gesundheitsparameter in Verbindung mit Covid-19 abgebildet sowie ein ärztliches Tagebuch für die Positivüberwachung geführt. Dieses kann wunschweise auch über eine App bzw. Webseite vom Patienten selbst geführt werden. Alle Abstrichaufträge werden digital über die Software angelegt und über verschiedene Webseiten den ausführenden Hilfsorganisationen und der kassenärztlichen Vereinigung zur Weiterbearbeitung übermittelt. Die Rückmeldung, ob ein Abstrich genommen wurde, erfolgt ebenfalls digital über eine Schnittstelle. Die Labordaten kommen über eine LDT-Schnittstelle für Laboranalysen automatisch in den Fallbestand zurück. Die Quarantänezeiten werden im Programm hinterlegt und können von den kreisangehörigen Kommunen zwecks Überwachung durch die Ordnungsämter über einen gesicherten Webzugang tagesaktuell als Excel-Tabelle heruntergeladen werden. Ebenso stehen Up- und Downloadmöglichkeiten für alle Einrichtungen (Kitas, Schulen, Seniorenheime, Flüchtlingsunterkünfte, landwirtschaftliche Großbetriebe etc.) zur Verfügung, um Personallisten und Quarantäneverfügungen einfach und schnell austauschen zu können. Die Einreisemeldungen über die Schnittstelle der Bundesdruckerei können im Programm automatisiert verarbeitet werden und stehen den lokalen Ordnungsämtern danach über eine Webseite zum Download zur Verfügung.

Für Ausbrüche stehen zusätzliche Sammelverfahren bereit, um z.B. im Hinblick auf Kitas und Schulen gesammelt Ordnungsverfügungen per Seriendruck erzeugen und die spezielle Situation eines Ausbruchs besser verarbeiten zu können.

Das Verfahren verfügt über eine Wortschnittstelle mit eigener Vordruckverwaltung mit über 100 Platzhaltern, die in die Texte integriert werden können. Alle Schreiben werden automatisch in eine Dokumentenablage als PDF überführt und bilden so die Grundlage für die elektronische Akte. Eine Übergabe an ein DMS-Verfahren ist möglich.

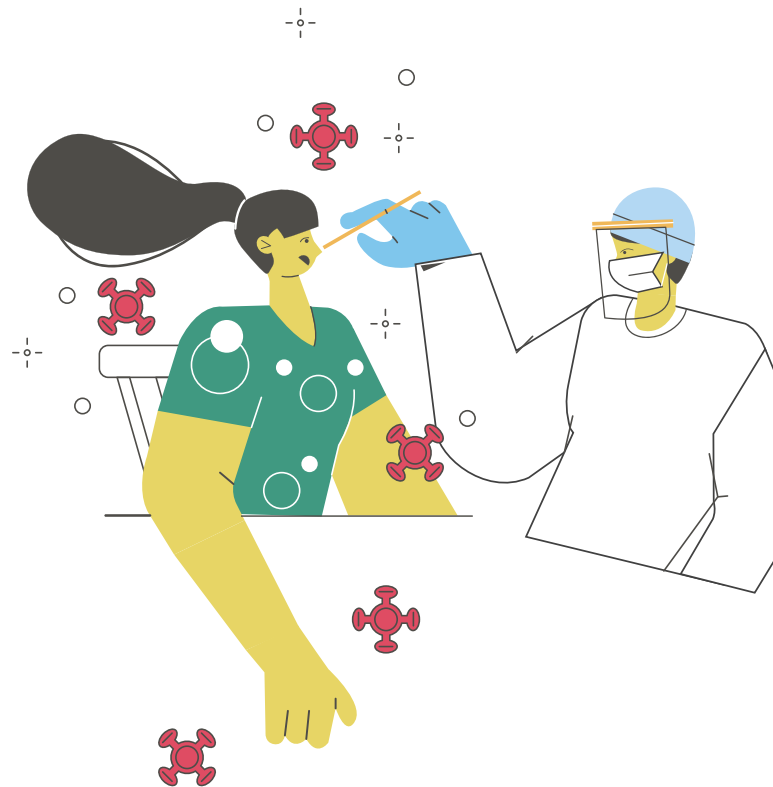
Die zweite Komponente des Verfahrens ist webbasiert und dient zum einen den bereits beschriebenen Up- und Downloadmöglichkeiten als auch der Erstellung verschiedenster statistischer Auswertungen wie Fallverlauf, Inzidenzwerte oder Heatmaps zur Eingrenzung von Fallhäufungen, die sowohl die Auswertung nach Kreis gesamt als auch nach den jeweiligen Kommunen bieten.

In diesen Webbereich ist das Corona-Portal integriert, das die Kommunikation mit (sowohl erkrankten als auch

gesunden) Bürgern und „Business“-Kunden wie Einrichtungen, Arztpraxen, medizinischen Hilfskräfte etc. bietet. Es gibt eine Austauschschnittstelle für externe Gesundheitsämter, worüber Patientendaten von nicht-kreisangehörigen Kontaktpersonen übermittelt werden können (derzeit im Excel-Format). Weiterhin findet sich eine Exportschnittstelle zu dem RKI-Meldesystem sowie eine Anbindung von Email-Clients als auch die Integration eines SMS-Services, über den aus dem Programm heraus Mitteilungen per SMS direkt an eine Mobilfunknummer gesendet werden können. Eine Integration von IP-fähigen Telefonanlagen ist ebenso möglich, so dass Telefonnummern direkt aus der Anwendung gewählt werden können. Sofern eine digitale Fax-Lösung existiert, kann diese auch zur Übermittlung von Dokumenten verwendet werden. Bei der Registrierung von erkrankten Personen im Corona-Portal des Kreises werden die Dokumente online übermittelt und so der Postweg eingespart.

Darüber hinaus gibt es einen Listengenerator zur Erstellung eigener Auswertungen, die an Excel übergeben werden können oder im Webbrowser zu öffnen sind. Ebenso ist ein Zählstatistikmodul integriert, mit dem schnell Werte aus dem Fallbestand ermittelt werden können.

Die öffentlichen Corona-Webseiten mit der internen Verknüpfung zum Programm können über <https://corona.kreis-dueren.de/> geöffnet werden. Das „persönliche“ Portal steht dabei nur nach Eingabe eines Zugangscodes zur Verfügung. Interessenten kann zu Testzwecken ein Testcode übermittelt werden.



V. Krankenhausinfrastruktur

Nach Maßgabe der Krankenhausgesetze der Länder ist die Versorgung mit Krankenhäusern eine öffentliche Aufgabe. Insoweit gehen die Gesetze von einer Vielfalt von Krankenhausträgern aus und unterscheiden zwischen privaten, gemeinnützigen und kommunalen Krankenhäusern sowie Krankenhäusern in der Trägerschaft der Länder. Wird eine bedarfsgerechte Versorgung mit Krankenhäusern nicht durch andere Träger sichergestellt, nimmt das Landesrecht die Kommunen in die Pflicht und hält diese an, entsprechende Krankenhäuser zu errichten. Adressaten dieser Gewährleistungspflicht sind regelmäßig nur die Landkreise sowie die kreisfreien Städte. Vor diesem Hintergrund verfügen bei weitem nicht alle Kommunen über eigene Krankenhäuser.

Als Krankenhausträger stehen die Landkreise vor der Herausforderung, die Chancen der Digitalisierung und Vernetzung bei typischerweise knappen finanziellen Ressourcen zu nutzen und gleichzeitig eine verantwortungsvolle, den Anforderungen an IT-Sicherheit und Datenschutz genügende Datennutzung sicherzustellen. Zu Beginn jedes Digitalisierungsprojektes steht daher eine Auseinandersetzung mit dem möglichen Nutzen digitaler Anwendungen für die stationäre und ambulante Patientenversorgung.⁸ Die Krankenhausträger erwarten sich hier u.a. folgende Effekte:

- Optimierung der medizinischen und nicht-medizinischen Behandlungs- und Versorgungsprozesse,
- stärkere aktive Einbeziehung der Patienten (Patient Empowerment),
- Qualitätskontrolle zur Erfüllung von Qualitätsanforderungen (beispielsweise in den Bereichen Hygiene und externe Qualitätssicherung),
- Kosteneffizienz,
- Erhöhung der Patientensicherheit durch optimierte Kommunikationsstrukturen,
- Optimierung der Auslastung,
- Reduzierung der Verweildauer,
- Schaffung moderner Arbeitsplätze,
- Steigerung der medizinischen Angebote durch Kooperationen im Bereich der Tele-Medizin,
- enger Austausch und Einbindung der Zuweiser.⁹

Voraussetzung für die Umsetzung dieser Ziele sind eine funktionierende, sichere und datenschutzkonforme IT-Infrastruktur sowie ein flächendeckender sektorenübergreifender Datenaustausch.

⁸ Vgl. Reumann, Das Krankenhaus der Zukunft – Sektoren überwinden und digitale Chancen nutzen, Der Landkreis 2017, S. 140 f.

⁹ Weitere Nachweise bei Klauber u.a. (Hrsg.), Krankenhaus-Report 2019, S. 49 ff. und Roland Berger, Krankenhausstudie 2018, abrufbar unter www.rolandberger.com.

1. IT-Infrastruktur, Datenschutz und Informationssicherheit

Grundlage für eine moderne Krankenhausinfrastruktur ist zunächst ein leistungsfähiger Glasfaseranschluss. Die Digitalisierung im Krankenhaus setzt weiterhin voraus, dass alle Projekte den Anforderungen Datenschutzes und der Informationssicherheit unterliegen. Die datenschutzrechtlichen Anforderungen werden durch die Datenschutzgrundverordnung (DSGVO) bestimmt. Die Erbringung vollstationärer, medizinischer Versorgung von Patienten gilt zudem als kritische Dienstleistung im Sinne der BSI-Kritisverordnung.

2. Datenaustausch

Die Landkreise stehen als Krankenhausträger vor der Aufgabe, die Datenhaltung und -verarbeitung in den Kliniken zu ertüchtigen und den Datenaustausch zwischen Kliniken und sonstigen Versorgungsträgern zu befördern. Ein umfangreicher Datenaustausch setzt interoperable Schnittstellen in einem sicheren Netz voraus. Erforderlich ist eine langfristige Sicherstellung der Interoperabilität der verwendeten technologischen Systeme durch eine frühzeitige Festlegung von Kommunikationsstandards.

a) Krankenhausinterner Datenaustausch

Für die Landkreise steht zunächst der Datenaustausch im Krankenhaus, d.h. die Vernetzung zwischen den Fachabteilungen und Zentren und zwischen den dezentralen Einheiten sowie den zentralen medizinischen Instituten im Vordergrund. Empfehlenswert ist hier die Erarbeitung eines integrierten Krankenhausinformationssystems (KIS). Hauptbestandteil des KIS sind neben klinischen Informationssystemen und der elektronischen Patientenakte sowie Patientendatenverwaltungssystemen administrative Systeme zur betriebswirtschaftlichen Steuerung des Unternehmens (Buchhaltung, Kosten- und Leistungsrechnung, Personalinformationssysteme u.a.).

Die Krankenhäuser sind seit 2017 verpflichtet, für Patienten nach voll- oder teilstationärem Aufenthalt oder nach Erhalt stations-äquivalenter Leistungen ein Entlassmanagement zu organisieren. Dazu gehört, dass sie feststellen, welche ambulanten Leistungen unmittelbar nach der Klinikentlassung erforderlich sind, und diese einleiten.¹⁰

¹⁰ Weitere Informationen unter <https://www.dkgev.de/themen/versorgungsstruktur/entlassmanagement/>.

Praxisrelevante Themenfelder sind hier eine funktionierende Informationstechnik in den Bereichen Diagnostik, Therapie, Qualitätssicherung, Logistik und Abrechnung sowie digitale Dienstleistungen für den Patienten. Zu letzteren zählen digitale Arztbriefe, eine Online-Terminvergabe und Telematik-Strukturen zur Verbesserung der Patientensteuerung. So lassen sich Wartezeiten vermeiden und Auslastungsgrade optimieren. Auch der sog. Drehtür-Effekt zwischen (Heim-)Entlassung und (Wieder-)Einweisung ins Krankenhaus lässt sich hiermit reduzieren.

Als weitere Projekte aus der Praxis werden digitale Speisen- und Arzneimittelerfassung, OP-Logistik, Patientenidentifikation, Tele-Radiologie, interne Transportlogistik, MRSA-Screening, Entlassmanagement, elektronische Fallakte, „Green Hospital“, Endoskopie-Dokumentation und Digitalisierung des Notaufnahme-Managements genannt.¹¹

Das Klinikum des **Werra-Meißner-Kreises** hat seine Krankenhausverwaltung digitalisiert. Zu den umgesetzten Modulen gehören: digitales Diktieren, digitales Bildarchiv, elektronische Auftragskommunikation, digitales Archiv, digitales Rechnungswesen, digitale Medikation und digitale Wunddokumentation. Im Aufbau befinden sich das krankenhaus-eigene WLAN, eine digitale Verlaufsdocumentation sowie das Projekt „mobile Visite“. Geplant sind die Digitalisierung der Module Fieberkurve, Visite Anordnungen, Pflegeprozessmanagement, Mobile Information und Dokumentation via Tablet.

b) Datenaustausch mit anderen Versorgungsträgern

Neben dem krankenhausinternen Datenaustausch kommt dem Datenaustausch mit anderen Versorgungsträgern eine zunehmende Bedeutung zu. Angestrebt wird eine bessere Vernetzung der auf Ärzte, Krankenhäuser und Krankenkassen verteilten Patientendaten, sowie eine Optimierung der stationären Patientenversorgung durch eine Vernetzung mit Hausärzten und anderen Trägern der ambulanten Versorgung einschließlich der Apotheken und Pflegeeinrichtungen. Neben den Krankenkassen verfügen Arztpraxen und Krankenhäuser, aber auch Apotheken sowie Reha- und Pflegeeinrichtungen über eine Vielzahl digitaler Daten. Bislang fehlen allerdings vielfach die standardisierten Verbindungen für den Datentransfer untereinander oder an der Schnittstelle zum Patienten. Aus Sicht der Landkreise könnte eine funktionierende Telematikinfrastruktur dazu beitragen, Bürokratie im Gesundheitswesen und in der Pflege abzubauen.

Trotz dieses in der Praxis erkannten Vernetzungserfordernisses steht dessen (bundes-)politische Umsetzung noch am Anfang. Das Gesetz für sichere digitale Kommunikation und Anwendungen im Gesundheitswesen (E-Health-Gesetz) dient dazu, die Einbindung von Krankenhäusern und

sonstigen Versorgungsträgern in den digitalen Informationsaustausch im Gesundheitswesen zu stärken, und enthält einen konkreten Fahrplan für den Aufbau der sicheren Telematikinfrastruktur und die Einführung medizinischer Anwendungen. Ziel dieses Gesetzes ist es, die Chancen der Digitalisierung für die Gesundheitsversorgung zu nutzen und eine schnelle Einführung medizinischer Anwendungen für die Patientinnen und Patienten zu ermöglichen. Die Organisationen der Selbstverwaltung erhalten darin klare Vorgaben und Fristen, die bei Nichteinhaltung teilweise auch zu Sanktionen führen. Die Schwerpunkte der Regelungen sind:

- Anreize schaffen für die zügige Einführung und Nutzung medizinischer Anwendungen (modernes Versichertenstammdatenmanagement, Notfalldaten, elektronischer Arztbrief und einheitlicher Medikationsplan),
- Telematikinfrastruktur öffnen und perspektivisch als die maßgebliche und sichere Infrastruktur für das deutsche Gesundheitswesen entwickeln,
- Erstellung eines Interoperabilitätsverzeichnis zur Verbesserung der Kommunikation verschiedener IT-Systeme im Gesundheitswesen,
- Förderung telemedizinischer Leistungen (Online-Videosprechstunde, telekonsiliarische Befundbeurteilung von Röntgenaufnahmen),
- gemeinsamer Datenstandard,
- Datenschutz.

Der Aufbau und Betrieb einer integrierten Telematikinfrastruktur hat in der Praxis begonnen. Ziel ist es, dass alle Versicherten mit Hilfe der elektronischen Gesundheitskarte ihren Behandlern Notfalldaten, einen elektronischen Medikationsplan sowie Daten einer elektronischen Patientenakte zur Verfügung stellen können. Die Bundesregierung plant eine Anbindung aller Ärzte, Zahnärzte, Apotheken und Krankenhäuser.

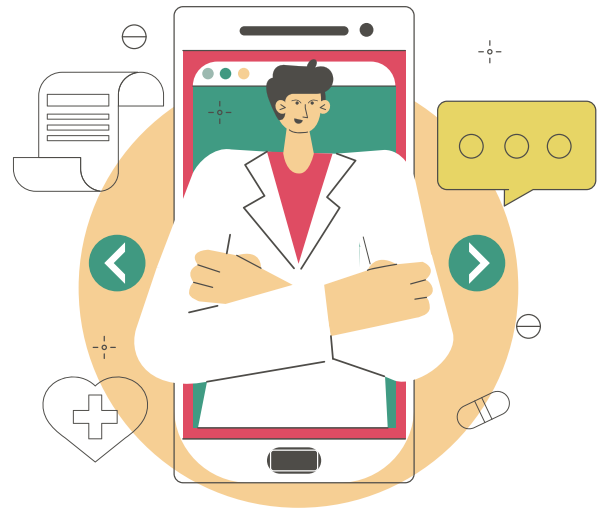
Aus Sicht der Landkreise wird die Einführung der geplanten Telematikinfrastruktur nur dann Erfolg haben, wenn sie einen flächendeckenden Austausch von Gesundheitsdaten ermöglicht und die Voraussetzung für eine zeitgemäße elektronische Patientenakte schafft.

Ein Beispiel aus der Praxis ist das Datenaustauschprojekt der Klinik Fränkische Schweiz mit dem Ärztenetzwerk UGeF. Ziel dieses Netzwerkes ist eine direkte und schnellere Kommunikation zwischen Haus- und Fachärzten sowie Kliniken, eine optimierte Patientenversorgung und darüber hinaus die Schaffung gemeinsamer Standards und eines gemeinsamen Qualitätsmanagements. Der **Landkreis Forchheim** ist Kooperationspartner dieses Projektes.

11 Siehe Fußnote 1.

Der **Rhein-Kreis Neuss** bietet eine „EVM-App“ an. Es handelt sich dabei um einen einheitlichen Schulungs- und Fortbildungsstandard für alle Rettungskräfte im Rhein-Kreis Neuss. Die EVM-App enthält Algorithmen für die initialen Behandlungsabläufe der häufigsten medizinischen Notfälle.

Ebenfalls im Rhein-Kreis Neuss wird die MRSApp angewendet. Sie enthält Algorithmen für den Umgang mit multiresistenten Keimen für Pflegekräfte, Angehörige, medizinisches Personal, Rettungsdienst u.a. Es handelt sich um ein grenzüberschreitendes Projekt mit den Niederlanden unter der Führung des Gesundheitsamtes Rhein-Kreis Neuss zur Sensibilisierung großer Bevölkerungsgruppen und zur Bekämpfung multiresistenter Keime in Einrichtungen.



VI. Rettungsdienst

Integraler Bestandteil einer funktionsfähigen Gesundheitsversorgung – sowie Teil des Brand- und Katastrophenschutzes, also der Gefahrenabwehr – ist der Rettungsdienst, dessen Aufgaben im Einzelnen landesrechtlich ausgestaltet sind, immer aber die Notfallrettung von Personen sowie den Krankentransport umfassen. Träger des Rettungsdienstes sind grundsätzlich die Landkreise sowie die kreisfreien Städte. Die Träger des Rettungsdienstes sind verpflichtet, das erforderliche Personal und die notwendigen Infrastrukturen (Rettungswagen, Rettungswachen) bereitzustellen; dazu gehört eine Leitstelle, über die als integrierte Leitstelle vielfach auch der Einsatz der Kräfte für den Brand- und Katastrophenschutz gesteuert wird.

Die Digitalisierung im Bereich des Rettungsdienstes betrifft die gesamte Rettungskette vom Ort des Notfalls über die Ausstattung des Rettungswagens bis hin zum Eintreffen im Krankenhaus.

Der **Landkreis Osnabrück** hat eine umfangreiche Digitalisierungsstrategie im Bereich des Rettungsdienstes entwickelt. Der Landkreis hat die gesamte Rettungskette digital abgebildet.

1. Aufnahme des Notrufs und Weiterleitung

Digitale Hilfsmittel ermöglichen es, die Rettungskette vom Unfallort bis zum Eintreffen im Krankenhaus zu optimieren. Ausgangspunkt ist die Aufnahme des Notrufs durch die Rettungsleitstelle. Neben der Aufnahme per Telefon können georeferenzierte Daten über Smartphones übermittelt und genutzt werden. Die Rettungsleitstelle übermittelt diese Daten automatisiert an den Rettungswagen.

Die Landkreise unterstützen zudem die Einrichtung eines automatischen Notrufs („eCall“).¹² Ziel ist die Ausrüstung der Rettungsleitstellen durch die zuständigen Länder und Kommunen mit entsprechenden digitalen Einrichtungen, so dass diese durch das verunfallte Kfz automatisch oder manuell ausgelöste Notrufe (eCalls) entgegennehmen und einen Mindestdatensatz auslesen können.¹³ Darüber hinaus kann es mit entsprechenden mobilen Geräten dem Rettungsdienst bereits am Einsatzort ermöglicht werden, wichtige Patienteninformationen an das Zielkrankenhaus zu übermitteln. Das dortige Ärzteteam kann sich dann bereits vor dem Eintreffen auf den Notfall einstellen.

Die Landkreise unterstützen den digitalen interdisziplinären Versorgungsnachweis (IVENA), eine digitale Plattform von Notfallrettungsdiensten und Aufnahmekrankenhäusern. Die Kliniken müssen einzelne Stationen bei Vollbelegung nicht mehr telefonisch oder per Fax bei der Feuerwehr-Leitstelle ab- und anmelden, sondern übertragen die Daten direkt über ein internetbasiertes System, auf das die Rettungsleitstelle der Feuerwehr und alle anderen Kliniken Zugriff haben. Rettungswagen werden zielgerichtet in die entsprechenden Krankenhäuser mit Versorgungskapazität geleitet.

Der **Burgenlandkreis** unterstützt „Rescue-Track“. Die Software ermöglicht einen Datenaustausch zwischen Leitstelle sowie luft- und bodengebundenen Rettungsmitteln, und bietet einen allumfassenden Überblick über die Position und den Status von Fahrzeugen und Hubschraubern.

¹² Vgl. Bundesregierung, Legislaturbericht Digitale Agenda 2014-2017, S.7.

¹³ Ausführlich dazu Effenberger, Rettungsdaten per iPad erfassen, Kommune21, Heft 7, 2017, S. 36 f.

2. Tele-Notarzt

Denkbar ist es auch, Rettungswagen mit entsprechender Technik so auszustatten, dass im Einzelfall ein erfahrener Notarzt zur Unterstützung dazu geschaltet werden kann (Tele-Notarzt).

Ein Beispiel ist das Projekt „Stroke Angel“ bzw. „Cardio Angel“ aus **Bad Kissingen** (www.strokeangel.de). Bei einem Schlaganfall erfasst der Rettungsdienst bereits am Einsatzort wichtige Patienteninformationen in einem mobilen Computer und übermittelt diese an das Zielkrankenhaus. Auch im **Landkreis Ludwigslust-Parchim** erfassen Notärzte Patienten- und Behandlungsdaten digital und mitteln diese per iPad an das zuständige Krankenhaus.

Der **Landkreis Vorpommern-Greifswald** und der **Main-Kinzig-Kreis** haben das Telenotarzt-System eingeführt. Rettungskräfte, die im ländlichen Raum ohne Notarzt im Einsatz sind, können im Einzelfall den Tele-Notarzt über Bildschirm hinzu schalten. Der Tele-Notarzt soll bis zum tatsächlichen Eintreffen eines Notarztes das therapiefreie Intervall vor Ort überbrücken.

3. Einbindung nicht-ärztlichen Personals

In Ergänzung zum Rettungsdienst ermöglichen Smartphone-Apps den Rettungsleistellen die Alarmierung ausgebildeter Ersthelfer („Mobile Retter“) in unmittelbarer Nähe des Unfallortes. Der plötzliche Herztod oder ein Herz-Kreislaufstillstand sind die dritthäufigste Todesursache in Deutschland. Da Rettungsdienste bzw. Notärzte in diesen Fällen typischerweise zu spät eintreffen, ist die sofortige Aufnahme der Wiederbelebung durch Laien in Form von Herzdruckmassagen entscheidend, um die Überlebenschancen der Betroffenen signifikant zu verbessern.

In den **Kreisen Osnabrück, Gütersloh, Germersheim, Unna, Kleve, Eichstätt, Ingolstadt, Neuburg-Schrobenhausen, Pfaffenhofen a.d. ILM, Emsland und Grafschaft Bentheim** wird eine Smartphone-App zur Alarmierung von qualifizierten Ersthelfern bereits mit Erfolg eingesetzt.

Auch der **Landkreis Vorpommern-Greifswald** setzt auf die Einbindung medizinischer Laien im Rahmen des Modellprojektes zur zukunftsfesten notfallmedizinischen

Neuausrichtung.¹⁴ Eine intensive Breitenausbildung und die Einrichtung einer Rettungs-App sollen ein großes Netz geschulter Ersthelfer aufbauen.

Der **Landkreis Lüneburg** bietet eine Defibrillator-App „Lüneburg schockt“ an. Die App enthält Informationen rund um Erste Hilfe und den Einsatz von Defibrillatoren. Sie zeigt dem Nutzer das nächstgelegene Gerät an. Die Anwendung kann auch auf Defibrillatoren-Apps in anderen deutschen Kommunen zurückgreifen.



14

Dazu Scheer/Metelmann/Hahnenkamp, Projekt zur notfallmedizinischen Neuausrichtung im Landkreis Vorpommern-Greifswald, Der Landkreis 2017, S. 722 ff.

VII. Ambulante Versorgung und Pflege

1. Ambulante Versorgung

Die ambulante Versorgung durch die Hausärzte kann über die Landkreise in vielfältiger Weise unterstützt werden, auch wenn ihnen in diesem Bereich keine primäre Infrastrukturverantwortung zukommt.

a) Unterstützung der niedergelassenen Ärzte

Dies betrifft zum einen die Unterstützung der niedergelassenen Ärzte im Rahmen der allgemeinen Wirtschafts- und Standortförderung der Landkreise. In organisatorischer Hinsicht kann der ÖGD als Schnittstelle dienen, in der Praxis finden sich allerdings auch organisatorische Eingliederungen im Bereich der Wirtschaftsförderung. Erfahrungen aus der Praxis haben gezeigt, dass es sinnvoll ist, die Vernetzungsarbeit im Gesundheitsbereich als gemeinsame Aufgabe von Wirtschaftsförderung und ÖGD zu betreiben. Auf diese Weise können Krankenhäuser und niedergelassene Ärzte auf Augenhöhe auch in ihrer Rolle als Unternehmer angesprochen werden und die gesundheitliche Versorgung vor Ort als Standortfaktor in den Blick genommen werden.

Die wfg Wirtschaftsförderung **Kreis Soest** GmbH unterstützt Hausärzte aktiv bei der Nachfolgersuche und begleitet niederlassungsinteressierte Mediziner auf dem Weg in die Niederlassung. Im Rahmen dieser Tätigkeiten werden die Ärzte und Hausarztpraxen aktiv auf Förderprogramme zur Weiterbildung von nichtärztlichem Personal zur Erbringung äquivalenter Versorgungsleistungen hingewiesen. Die wfg unterstützt im weiteren Prozess auch bei der Antragsstellung.

Im Rahmen des Projektes wfg.amPULS baut die wfg Wirtschaftsförderung Kreis Soest GmbH einen gemeindenahen Treffpunkt zu einem digitalen Gesundheitstreffpunkt aus. Dieser dient neben der medizinischen Behandlung insbesondere der Prävention, der Verlaufsbeobachtung und der Gesundheitsförderung. Der digitale Gesundheitstreffpunkt umfasst eine regelmäßig stattfindende hausärztliche Videosprechstunde und die Installation eines sog. E-Health-Kiosks. Es handelt sich dabei um Hardware, die Vitaldaten (Blutdruck, Sauerstoffsättigung, Körpergewicht, EKG etc.) von Patienten/-innen automatisiert messen und in die Arztpraxis übertragen kann. Die medizinisch-technische Betreuung erfolgt in Kooperation mit den teilnehmenden Hausarztpraxen. Die Nutzer/innen des digitalen Gesundheitstreffpunktes werden durch eine/n, medizinische/n Fachangestellte/n (MFA) angeleitet. Aufgaben der/s MFA im digitalen Gesundheitstreffpunkt sind neben der Erläuterung der Technik auch die richtige Einstellung der Geräte, um die Qualität der angebotenen digitalen Versorgungsleistungen zu sichern. Eine zentrale Rolle im Projekt wfg.

medPULS haben zudem die teilnehmenden Modellpraxen: Besonders interessierte und motivierte niedergelassene Ärzte erklären sich hier bereit, ihre Erfahrungen mit digitalen Methoden innerhalb der Ärzteschaft zu teilen und gemeinsam mit der wfg Wirtschaftsförderung Kreis Soest GmbH „Best Practices“ zu erarbeiten, die der gesamten Ärzteschaft zugutekommen.

Die Arbeitsgruppe Gesundheitliche Versorgung im **Werra-Meißner-Kreis** bietet eine Plattform für einen Austausch zwischen den Beteiligten in der Gesundheitsversorgung. An der Arbeitsgruppe beteiligen sich Vertreter der im Kreis existierenden Ärztenetzwerke, des Klinikums, der ambulanten Pflege, der Apotheken, der Krankenkassen, der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen sowie der Bürgermeister und interessierter ehrenamtlicher Organisationen. Organisiert und moderiert wird die Arbeitsgruppe durch das Gesundheitsamt des Werra-Meißner-Kreises. Themenbezogen werden zeitweise auch weitere Personen/Institutionen hinzugezogen, um Projekte vorzustellen und ggf. in kleineren Arbeitsgruppen umzusetzen. Der Arbeitskreis Gesundheitliche Versorgung kooperiert eng mit der Wirtschaftsförderung.

Den niedergelassenen Hausärzten im **Kreis Soest** steht durch das Projekt wfg.medPULS ein „Digital-Lotse“ bei der wfg Wirtschaftsförderung Kreis Soest GmbH zur Verfügung. Durch proaktive, aufsuchende Beratung und die Bildung einer online Community wird die digitale Expertise und die Kommunikation und Vernetzung innerhalb der Ärzteschaft gesteigert. Als erster Ansprechpartner berät er niedergelassene und niederlassungsinteressierte Ärzte zur Fragestellung: Wie lassen sich durch konkrete digitale Werkzeuge in der Arztpraxis die Arbeitsabläufe effizienter gestalten und eine bessere Work-Life-Balance für Arzt/Ärztin und Mitarbeiter/-innen erreichen? Als unabhängige Stelle vernetzt er sich mit Anbietern und testet die Eignung von Programmen, Online-Diensten und Apps. Ein von der wfg Wirtschaftsförderung Kreis Soest GmbH aufgebauter Online-Katalog informiert über die digitalen Gestaltungsmöglichkeiten für Hausarztpraxen. Auch bei der späteren Einführung unterstützt der „Digital-Lotse“ die Hausärzte. Darüber hinaus hat die wfg eine Lenkungsgruppe „medizinische Versorgung“ gegründet. In regelmäßigen Sitzungen werden dort die aktuellen und zukünftigen Aktivitäten der Kreiswirtschaftsförderung vorgestellt und diskutiert. Neben Hausärzten und Krankenhäusern sind auch Vertreter aus der Verwaltung und der Politik Teil der Lenkungsgruppe.

b) Einbindung nicht-ärztlichen Personals

Wie bereits im Rettungsdienstbereich kommt auch im ambulanten Sektor der Einbindung nicht-ärztlichen Personals in die Gesundheitsversorgung eine wachsende Bedeutung zu. Ein Beispiel ist das Projekt VERAH (Versorgungsassistenten in der Hausarztpraxis). Versorgungsassistenten in der Hausarztpraxis oder auch nichtärztliche Praxisassistenten (NäPa) sind speziell fortgebildete Praxishelfer, die insbesondere Hausärzte bei der Betreuung der Patienten unterstützen. Sie führen Hausbesuche sowie Besuche in Alten- und Pflegeheimen durch. Der Arzt überwacht die Tätigkeit der Assistenten und ist jederzeit für sie erreichbar. Nach einem Hausbesuch informiert der Assistent den Arzt spätestens am nächsten Werktag über die erhobenen Befunde und die durchgeführten Maßnahmen.

Das Projekt VERAH ist insbesondere in ländlichen Regionen ein Baustein für eine flächendeckende medizinische Versorgung. U.a. der **Landkreis Osnabrück** und der **Werra-Meißner-Kreis** setzen das Projekt VERAH um.

Da die Einbindung von Versorgungsassistenten eine Zunahme von Hausbesuchen bedingen kann, ist eine Abstimmung mit der Kassenärztlichen Vereinigung und den Krankenkassen in Betracht zu ziehen. Hier können die Vorteile von engen Untersuchungsintervallen für die Krankenkassen hervorgehoben werden. Darüber hinaus kann eine Stärkung der hausärztlichen Versorgung zu einer Entlastung des Rettungsdienstes und der Krankenhäuser beitragen.

c) Telemedizinische Instrumente

Die vom Begriff des eHealth umfassten Aspekte der Telemedizin ergänzen die ambulante Versorgung und betreffen den Datenaustausch sowohl zwischen den Ärzten („Doc2Doc“) als auch zwischen Ärzten und Patienten („Doc2Pat“). Hierzu zählen Instrumente wie Tele-Diagnose und telekonsiliarische Befundbeurteilung von z.B. Röntgenaufnahmen sowie Online-Videosprechstunden („Virtuelle Visite“). Konzepte wie Telekonsile oder Telemonitoring unterstützen die ambulante Versorgung vor Ort,¹⁵ verbessern die ärztliche Versorgung und medizinische Nachsorge in der Fläche, und sparen unnötige Krankentransporte. Telemedizinische Ansätze stellen dabei eine Ergänzung zur Präsenzzeit des Arztes dar, eine alleinige Lösung für unterversorgte Gebiete können sie nicht bieten.¹⁶ Damit Telemedizin tatsächlich vermehrt als Unterstützung eingesetzt werden kann, muss die Nutzung auch verstärkt ermöglicht werden. Dies bezieht sich zum einen auf die Technik und

Fragen des Glasfaserausbau, zum anderen auf berufsrechtliche Grundlagen.¹⁷

Die Landkreise können in diesem Bereich ihre Funktion als digitale Lotsen wahrnehmen und eine telemedizinische Zusammenarbeit der Ärzte befördern.

Der **Landkreis Tuttlingen** ist Modellregion für Telemedizin. Im Landkreis wird die Fernbehandlung online oder per Telefon im Modellversuch getestet. Patienten können sich telefonisch und ohne vorherigen Termin an die Kassenärztliche Vereinigung wenden. Dort werden medizinische Notfälle an den Rettungsdienst weitergeleitet, bei anderen Patienten werden die Beschwerden aufgenommen und in ein Portal eingestellt, für das sich Ärzte angemeldet haben, die für eine Online-Beratung per Telefon oder Video zur Verfügung stehen. Diese Ärzte kontaktieren den Patienten zeitnah und klären die weitere Behandlung. Im Idealfall erübrigt sich der Weg in eine Arztpraxis.

Ein weiteres Beispiel ist das Telemedizin-Projekt „Ophtamed-Telenet“ des **Landkreises Leer**. Es dient dem Aufbau eines fachübergreifenden telemedizinischen Netzwerkes zur Anbindung der Insel Borkum an die augenärztliche Versorgung (Augenheilkunde, Allgemeinmedizin, Innere Medizin) auf dem Festland. Das Klinikum Leer stellt dafür im Inselkrankenhaus auf Borkum Räume für Untersuchungen zur Verfügung. Die Messwerte für Krankheitsbilder werden digital an die Fachärzte auf dem Festland weitergeleitet und dort befundet.

Der **Landkreis Rosenheim** unterstützt das Projekt PädExpert¹⁸, ein telemedizinisches Konsil für die ambulante Pädiatrie. Es soll die wohnortnahe ambulante Kinder- und Jugendmedizin im ländlichen Raum verbessern und allgemeinmedizinische Angebote mit fachärztlicher Expertise verbinden. Durch den Einsatz von PädExpert in Praxen von Kinder- und Jugendärzten kann eine telemedizinische Konsultation eines pädiatrischen Facharztes erfolgen, ohne dass Eltern und Kinder lange Fahrtwege zum Spezialisten auf sich nehmen müssen.

2. Ambulante Pflege

Im Bereich der ambulanten Pflege kommt neben einer Vernetzung der ambulanten Pflegedienste untereinander und dem Abbau von Doppelstrukturen dem sektorenübergreifenden Datenaustausch und – in Zukunft verstärkt – dem

15 Beispiel nach Reumann, Das Krankenhaus der Zukunft – Sektoren überwinden und digitale Chancen nutzen, Der Landkreis 2017, S. 140 (141).

16 Beschluss des Präsidiums des Deutschen Landkreistages vom 10.1.2018, „Ambulante Versorgung sicherstellen – Rolle der Landkreise bei der Gestaltung einer zukunftsfähigen medizinischen Struktur vor Ort“, S. 3.

17 Beschluss des Präsidiums des Deutschen Landkreistages vom 10.1.2018, „Ambulante Versorgung sicherstellen – Rolle der Landkreise bei der Gestaltung einer zukunftsfähigen medizinischen Struktur vor Ort“, S. 3.

18 Vgl. www.paedexpert.de.

Einsatz digitaler Assistenzsysteme eine besondere Bedeutung zu.



a) Sektorenübergreifender Datenaustausch

Auch im Bereich der ambulanten Pflege kommt einer integrierten Versorgung zwischen den Sektoren und damit dem sektorenübergreifenden Datenaustausch eine zunehmende Bedeutung zu. So kann z.B. die sog. Pflegeüberleitung zwischen Klinikum und Pflegeheim digital optimiert werden. Ein standardisierter ePflegebericht dient den verschiedenen Leistungserbringern zur einheitlichen umfassenden Information über den Pflegeprozess, soziale und sozialrechtliche Daten, den sog. Homecare-Status mit Wohnumfeld und Hilfsmitteln sowie den medizinischen Informationen (medizinische Diagnosen und Medikation). Nutzbar werden diese digitalen Informationen für alle am Pflegeprozess beteiligten Leistungserbringer wie z.B. Krankenhaus, niedergelassenem Arzt, radiologischer Praxis, Pflegeheim und Apotheke. Die Standards sollten sich wie in jedem anderen Telematikprojekt an den internationalen Standards im Gesundheitswesen (HL7, IHE u.a.) orientieren.

Das Klinikum **Osnabrück** hat in einem zusammen mit der Hochschule Osnabrück durchgeführten Projekt eine digitale Pflegeüberleitung eingeführt.

b) Digitale Assistenzsysteme

Unterschiedliche digitale Assistenzsysteme (AAL)¹⁹ versprechen ein längeres selbstbestimmtes Leben im Alter und unterstützen z.B. blinde und sehbehinderte Menschen. Die Rolle der Landkreise kann hier in einer Vernetzung von (kreiseigenem und anderem) Krankenhaus, Pflegediensten,

Rehabilitationseinrichtungen und der häuslichen Pflege bestehen. Auch Feuerwehr und THW können in die Einrichtung digitaler Assistenzsysteme eingebunden werden.

Das Projekt eMedCare im **Landkreis Osnabrück** soll die Schnittstelle zwischen pflegerischer und ärztlicher Versorgung von hochbetagten Menschen mit Pflegeeinstufung neu gestalten. Mit der neuen Technologie sollen die Akteure Hausarzt und Pflege besser vernetzt werden. Unter Beteiligung von Hausärzten, Pflegeheimen und ambulanten Pflegediensten soll dazu eine digitale Plattform entwickelt und etabliert werden. Auf dieser Plattform kommunizieren versorgender Arzt und Pflegedienst über die Behandlung eines Patienten, um Anpassungen vorzunehmen, zum Beispiel Verordnungen zu verlängern. So können Hausärzte auf die Vitaldaten des Patienten wie Blutdruck oder Körpergewicht zugreifen, die vom Pflegedienst regelmäßig gemessen werden. Diese Informationssammlung soll die in der Regel alle zwei bis vier Wochen stattfindenden Hausbesuche vorbereiten und in Krisensituationen eine schnelle Entscheidung und Abstimmung ermöglichen.

Ein weiteres Beispiel ist NAV4BLIND – eine digitale Navigationshilfe für blinde und sehbehinderte Menschen, die im **Kreis Soest** zum Einsatz kommt. Mit Hilfe einer besonderen App wird eine hochgenaue Fußgängernavigation für blinde Menschen ermöglicht.

Der **Landkreis Saarlouis** und der **Saarpfalz-Kreis** sind am AAL-Netzwerk Saar der Hochschule für Technik und Wirtschaft des Saarlandes beteiligt. Von dem Begriff „Ambient Assisted Living“ bzw. „Alltagsunterstützende Assistenz-Lösungen“ (AAL) werden all diejenigen Hilfestellungen umfasst, die den Menschen den Alltag einfacher, sicherer und zuversichtlicher machen sollen.

Der **Rhein-Lahn-Kreis** betreibt eine von der FernUni Hagen entwickelte App MeinDorf55plus für Senioren auf dem Land. Sie soll dazu beitragen, das soziale Miteinander in Dörfern mithilfe digitaler Technik über Tablets und Smartphones zu stärken. Im Gegensatz zu konventionellen digitalen sozialen Netzwerken berücksichtigt diese bundesweit einzigartige Software die speziellen Bedürfnisse älterer Menschen.

Der **Landkreis Ludwigslust-Parchim** informiert über die vielfältigen Hilfs-, Pflege- und Unterstützungsangebote mit Hilfe eines Pflegeportals, welches als Kernelement

¹⁹ Vgl. dazu nur Weiß/Lutze, Pflege 4.0: Digitale Assistenzsysteme drängen in die Versorgung, Der Landkreis 2017, S. 713 ff.

eine interaktive Pflegekarte beinhaltet. Über diese Kartenanwendung können sich die Nutzer schnell und mühelos Angebote aus den Bereichen Pflege, Wohnen und Gesundheit anzeigen lassen.

Der **Werra-Meißner-Kreis** bietet unter www.seniorennetz-wmk.de Unterstützung bei der Suche nach speziellen Angeboten für Senioren sowie hilfe- und pflegebedürftige Menschen und deren Angehörige. Das Netzwerk vermittelt Dienstleister, die unterstützende Dienstleistungen wie z.B. hauswirtschaftliche Hilfen, ambulante Pflegedienste, Seniorenfahrdienste und Mahlzeitendienste anbieten, und zeigt Möglichkeiten der Freizeitgestaltung und des ehrenamtlichen Engagements auf. Zu finden sind weiterhin Hintergrundinformationen zu verschiedenen Themen, wie z.B. dem Wohnen im Alter, dem Umgang mit der Erkrankung Demenz oder auch Möglichkeiten finanzieller Unterstützung. Neben dem Personenkreis der Senioren soll das Seniorennetz insbesondere Angehörigen, aber auch Beratungsstellen, Kommunen und Sozialverbänden die Möglichkeit bieten, Informationen in kompakter Form abzurufen.

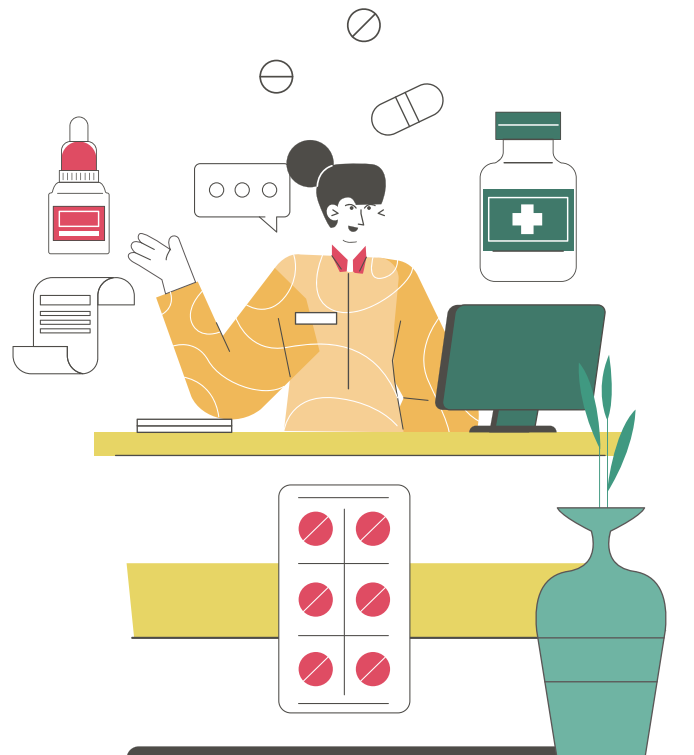
Der **Landkreis Osnabrück** bietet eine Pflege-Beratungs-App für Angehörige an – ergänzend zum sozialen Dienst im Krankenhaus und dem Pflegedienst im Landkreis. Die „Anpacker-App“ im Landkreis Osnabrück verbindet darüber hinaus freiwillige Helfer und Organisationen wie z.B. Kirchen und gemeinnützige Vereine und hilft auf diese Weise, das ehrenamtliche Engagement im Kreis zu stärken.

Der **Landkreis Vorpommern-Greifswald** organisiert im Rahmen seiner Integrierten Leitstelle für Notfallversorgung, Medizinverkehr und ÖPNV (ILSE) die Koordination und Vermittlung von Beförderungs-, Transport- und Informationsaufgaben.

VIII. Apothekenversorgung

Im Bereich der Apothekenversorgung stellt sich für die Landkreise zunächst die Frage, wie Apotheken vor Ort der digitalen Konkurrenz durch Online-Apotheken entgegentreten können. Spezifische apothekenrechtliche und datenschutzrechtliche Regelungen schränken hier den politischen Spielraum noch ein. Die elektronische Übermittlung von Rezepten an die Apotheke vor Ort ist derzeit nicht möglich. Die Bundespolitik ist daher aufgerufen, die rechtlichen Rahmenbedingungen dafür zu schaffen, dass die Chancen der Digitalisierung zugunsten einer flächendeckenden Versorgung der Bevölkerung mit Arzneimitteln und pharmazeutischen Dienstleistungen auf Basis der bestehenden Apotheken vor Ort genutzt werden können.²⁰

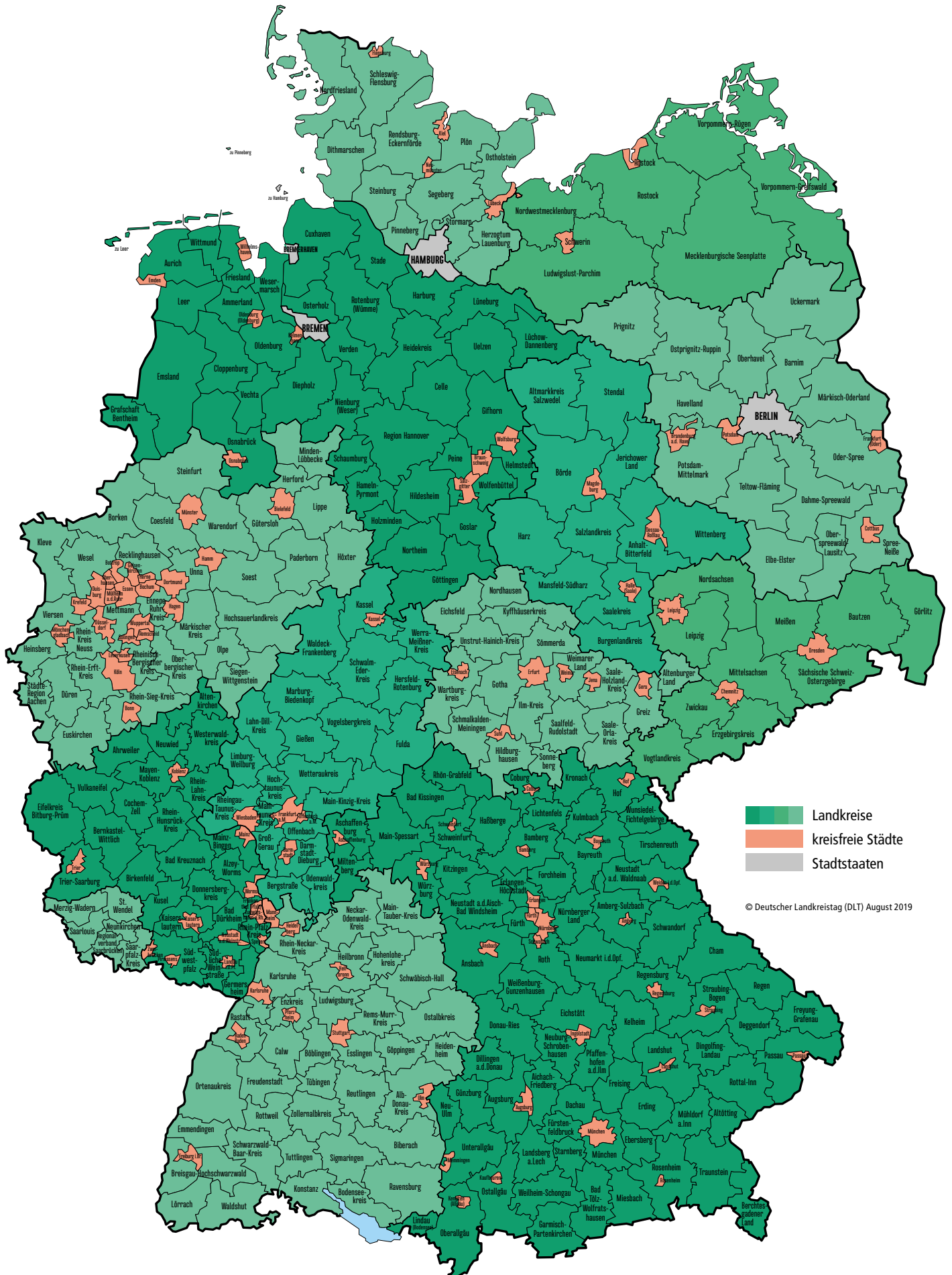
Darüber hinaus können Mobilitäts- und Liefernetzwerke gerade im Bereich der Apothekenversorgung einen echten Mehrwert für den ländlichen Raum bieten. So lassen sich Paketdienste auch zum Transport von Medikamenten nutzen, digitale Instrumente dienen hier der technischen Unterstützung der Mobilitätsaufgabe.



20

So ausdrücklich Deutscher Landkreistag, 2017-2021, Erwartungen des Deutschen Landkreistages an die Bundespolitik in der 19. Legislaturperiode, 2017, S. 17.

Die 294 Landkreise in Deutschland



- Landkreise
- kreisfreie Städte
- Stadtstaaten

© Deutscher Landkreistag (DLT) August 2019



DEUTSCHER
LANDKREISTAG



Deutscher Landkreistag

Ulrich-von-Hassell-Haus

Lennéstraße 11

10785 Berlin

Tel. 030 590097-309

Fax 030 590097-400

www.landkreistag.de

info@landkreistag.de

