

# Die Versorgung von morgen gestalten

## Ein Ausblick der Techniker Krankenkasse in Hessen

In diesem Gastbeitrag der Techniker Krankenkasse nimmt die Leiterin der Landesvertretung Hessen Dr. Barbara Voß die Zukunft des hessischen Gesundheitswesens in den Blick. Geplant ist eine lose Serie, in der verschiedene Akteure im Gesundheitswesen ihre Perspektiven dafür darstellen können.

Bereits vor der Pandemie gab es im Gesundheitswesen viele dringliche Baustellen. Corona hat dafür gesorgt, dass viele notwendige Reformen weiter verschoben wurden. Die Pandemie darf aber keine dauerhafte Ausrede für Nichthandeln sein. Wir müssen jetzt die großen Baustellen im Gesundheitssystem angehen – allein schon deshalb, weil wir vor enormen finanziellen Herausforderungen stehen, die wir ohne Reformen und Einsparungen nicht bewältigen können. Nicht alle Verantwortlichkeiten liegen hier beim Bund. Einige der drängenden Handlungsfelder, die wir in Hessen beeinflussen können und sollten, möchte ich in diesem Gastbeitrag skizzieren. Vorab bereits ein Appell an uns alle: Gestalten wir gemeinsam ein zukunftsfähiges Gesundheitswesen, anstatt an Strukturen der Vergangenheit festzuhalten.

### Digitalisierung: Hessen zum Vorreiter machen

Wie wertvoll die Digitalisierung sein kann, ist wohl spätestens seit Beginn der Pandemie unbestritten. Dennoch bleibt das Gesundheitswesen weiter deutlich hinter seinen Möglichkeiten zurück. In Hessen sollten wir uns nicht hinter dem Bund verstecken und warten, bis dieser die Richtung vorgibt. Auch im Land gibt es Spielräume, Entwicklungen zu beschleunigen und die Digitalisierung im Gesundheitswesen aktiv mitzugestalten. Wir sollten diese Spielräume viel stärker nutzen, um gemeinsam innovative E-Health-Projekte auf den Weg zu bringen.

Kommunikation ist dabei das zentrale Element: Es mag banal klingen, aber für den Erfolg eines Projektes ist es enorm wichtig,

dass alle direkt und indirekt Beteiligten von Anfang an einbezogen werden, sonst stoßen Projekte schnell auf Widerstände. Alle Betroffenen müssen möglichst frühzeitig an einen Tisch, denn nur das fördert die Akzeptanz.

Projektpartner sind oft gleichzeitig auch Interessenvertreter, die ihre Anliegen und Vorstellungen stärker gewichten als das gemeinsame Ziel. Ein neutraler Koordinator, dessen Aufgabe es ist, zu moderieren und zu vermitteln, könnte vor diesem Hintergrund eine Unterstützung sein. In Hessen gibt es bereits eine solche neutrale Institution, das Kompetenzzentrum für Telemedizin und E-Health, das bisher diese Funktion nicht hat, aber zukünftig für die Landesregierung diese koordinierende Rolle übernehmen könnte.

Auch bei der Anschubfinanzierung für innovative E-Health-Projekte durch das Land muss es Verbesserungen geben. Zwar gibt es das im Hessischen Digitalisierungsministerium angesiedelte Programm „Distr@!“, mit dem unter anderem auch E-Health-Projekte finanziert werden können. Jedoch wurden darüber bislang nur wenige Projekte mit Gesundheitsbezug finanziell gefördert. Darüber hinaus existierte von 2017 bis 2021 im Hessischen Ministerium für Soziales und Integration (HMSI) ein Fördertopf ausschließlich für E-Health-Innovationen mit einer jährlichen Fördersumme in Höhe von sechs Millionen Euro. Leider wurde dieser Topf inzwischen aufgelöst – und das, bevor eine nennenswerte Anzahl von Projekten damit gefördert werden konnte. Um Innovationen voranzubringen, muss hier also dringend nachgebessert werden – entweder, indem der E-Health-Topf im HMSI re-

aktiviert oder indem „Distr@!“ stärker auf Projekte mit Gesundheitsbezug ausgerichtet wird.

Damit sich E-Health-Ansätze durchsetzen können, bedarf es aber nicht nur ausreichender Fördermittel. Auch die Entscheidung, wie lange gefördert wird, hat Einfluss auf deren Erfolg. Alle, die eine neue Anwendung oder ein neues Produkt nut-



zen sollen, seien es Ärztinnen/Ärzte, Kliniken oder Patientinnen/Patienten, brauchen ausreichend Zeit, sich intensiv damit auseinandersetzen zu können. Denn die Erfahrung zeigt: Nicht immer sind alle Ideen, die in der Theorie sinnvoll erscheinen, sofort auch praxistauglich. Deshalb muss es möglich sein, Projekte gegebenenfalls in den Testphasen auf tatsächliche oder neu entstandene Begebenheiten anzupassen. Endet die Anschubfinanzierung zu früh, drohen selbst gute und sinnvolle Projekte zu scheitern. Dieses Schicksal hat das vom HMSI maßgeblich mitfinanzierte Projekt „Wart’s Ab“ ereilt. Es handelte sich um eine App, mit der es Patientinnen und Patienten ermöglicht werden sollte, Wartezeiten außerhalb von Arztpraxen zu verbringen. Durch die im Frühjahr 2021 gestarteten Corona-Impfungen in den Praxen geriet die von Landesmitteln bezuschusste Testphase der App in einen zeitlichen Verzug, der nicht mehr rechtzeitig vor dem Ablauf der Förderfrist aufgefangen werden konnte. Das

Projekt endete deshalb im Juni 2021 ohne Perspektive.

## Ambulante Versorgung sicherstellen

Die Vorstellung, sich in eigener Praxis und noch dazu auf dem Land niederzulassen, wird für den ärztlichen Nachwuchs zunehmend unattraktiver. Wir müssen akzeptieren, dass sich die Vorstellungen und Wünsche der neuen Ärztegeneration grundlegend verändert haben und sich diese Entwicklung nicht zurückdrehen lässt – auch wenn die Landesregierung dies mit der Landarztquote gerade zu versuchen scheint.

Neunzig Medizin-Studienplätze in Hessen sind ab dem Wintersemester 2022 für angehende Landärztinnen und Landärzte (und auch für angehende Ärztinnen und Ärzte im Öffentlichen Gesundheitsdienst) reserviert. Die Nachfrage scheint rege zu sein: So sind mehr Bewerbungen um die Studienplätze eingegangen, als Plätze zur Verfügung stehen. Es ist toll, dass sich so viele junge Leute eine ärztliche Tätigkeit auf dem Land vorstellen können. Es bleibt allerdings abzuwarten, ob dieses Interesse im Laufe einer immerhin zehn Jahre dauernden Ausbildung tatsächlich erhalten bleibt.

Aber anstatt durch Anreize an alten Strukturen festzuhalten, sollte das hessische Gesundheitswesen neue moderne Strukturen entwickeln und ausprobieren.

In Regionen, in denen Ärztinnen und Ärzte fehlen oder nicht mehr permanent vor Ort sein können, kann die Digitalisierung dabei helfen, Entfernungen zu überbrücken und Lücken zu schließen. Seien wir daher mutig und denken das Thema Bedarfsplanung völlig neu. Im Rahmen eines Projektes könnte zum Beispiel eine Art „digitale Niederlassung“ ausprobiert werden. Ärztinnen und Ärzte, die sich physisch in übertversorgten städtischen Gebieten befinden, könnten Patientinnen und Patienten in unterversorgten ländlichen Regionen telemedizinisch mitbetreuen. Ob ein Arzt oder eine Ärztin in Frankfurt oder im Werra-Meißner-Kreis „sitzt“, ist in vielen Fällen für eine gute Versorgung nicht mehr relevant. Es gilt, telemedizinisch erbrachte ärztliche Leistungen nicht nur finanziell, sondern auch in den Köpfen von

Ärztinnen und Ärzten, Politikerinnen und Politikern, aber auch von Bürgerinnen und Bürgern denen gleichzustellen, die in Präsenz erbracht werden. Die Pandemie hat gezeigt, wie wertvoll Videosprechstunden und die Fernbehandlung sein können. In Hessen bietet mittlerweile jede und jeder dritte Ärztin und Arzt Online-Sprechstunden an. Bei den Psychotherapeutinnen und -therapeuten sind es sogar drei von vier. Allein bei der TK ließen sich im ersten Quartal 2021 mehr als 22.500 Versicherte bundesweit ausschließlich per Videosprechstunde behandeln. Vor Beginn der Pandemie, im vierten Quartal 2019, waren es noch 23.

Natürlich wird es immer auch medizinische Fälle geben, die sich nicht aus der Ferne betreuen lassen. Hier könnte eine neue Aufteilung zwischen Ärztinnen und Ärzten sowie ihren Mitarbeitenden zusätzlich entlasten: Nicht-ärztliche Versorgungsassistentinnen und -assistenten könnten vor Ort bei den Patientinnen und Patienten Hausbesuche, Routinekontrollen oder Beratungen durchführen – mit Unterstützung durch Telemedizin. Bei Bedarf wäre es der Assistenz so möglich, sich via Videotelefonie mit den Ärztinnen und Ärzten verbinden, um medizinischen Rat einzuholen. In Hessen gibt es mit dem Projekt Tele-VERAH bereits einen Ansatz, der in diese Richtung geht. Seit 1. April 2020 können alle Hausarztpraxen diese Form der telemedizinischen Leistung über die Hausarztzentrierte Versorgung abrechnen. Bislang wurde diese Möglichkeit von den Ärztinnen und Ärzten allerdings nur sehr zögerlich in Anspruch genommen. Statt das einfach so hinzunehmen, sollten wir aus dieser Erfahrung lernen:

## Infos zur Techniker Krankenkasse

Die Techniker Krankenkasse (TK) versichert in Hessen über eine Million Menschen und ist damit die zweitgrößte Krankenkasse im Bundesland. 2021 hat die TK über 2,82 Milliarden Euro in das hessische Gesundheitswesen investiert. Insgesamt sind bei der TK in Hessen rund 1.000 Menschen in unterschiedlichen Organisationseinheiten beschäftigt. Die Landesvertretung in Frankfurt kümmert sich um Vertragsverhandlungen

Warum ist das Projekt ins Stocken geraten? Was müssen wir tun, um es erfolgreich weiterzuentwickeln? Auch hier wäre es hilfreich, wenn ein neutraler Koordinator moderiert und vermittelt.

## Regionale Bedürfnisse betrachten

Regionale Gesundheitszentren (RGZ) als Lösung für drohende Unterversorgung sind in aller Munde. Diese Zentren sollten jedoch nur dort eingerichtet werden, wo sie tatsächlich gebraucht werden – und nicht wahllos in jedem Landkreis. Welche Angebote und Disziplinen in einem Zentrum vorgehalten werden, muss sich an den Bedürfnissen der jeweiligen Region orientieren. Gibt es beispielsweise im ambulanten Bereich einen Engpass, könnten im RGZ hausärztliche Strukturen entstehen und gegebenenfalls weitere fachärztliche Disziplinen. Fehlt es in einer Region an stationären Angeboten, könnten im RGZ zum Beispiel einige Notfallbetten oder Betten für kurzstationäre Eingriffe vorgehalten werden. Ob ein RGZ überhaupt notwendig ist und welche Angebote darin genau gebraucht werden, muss auf örtlicher Ebene gemeinsam entschieden werden. Hier können die bereits vorhandenen „Regionalen Gesundheitskonferenzen“ als Austauschplattform genutzt werden.

## Sektorenübergreifend handeln

Auch in Hessen werden nach wie vor zu viele Leistungen im stationären Bereich erbracht. Vor allem bei der Notfallversorgung gönnen wir uns den Luxus, leichte Fälle innerhalb der – im Vergleich zum

gen mit Ärztinnen und Ärzten, Krankenhäusern, Reha- und Pflegeeinrichtungen, Zahnärztinnen und Zahnärzten sowie weiteren Akteurinnen und Akteuren im hessischen Gesundheitswesen. Teil der Landesvertretung sind zudem die Ansprechpartnerinnen und Ansprechpartner der TK für die hessischen Medien sowie die Politik.

Im Internet: [www.tk.de/lv-hessen](http://www.tk.de/lv-hessen)

ambulanten Bereich – viel teureren Krankenhausstrukturen zu behandeln, künftig nicht mehr leisten. Dafür fehlt allein schon das Personal. Es gilt daher die Notfallversorgung sektorenübergreifend zu denken und beide Strukturen zusammenzuführen. Es ist sehr erfreulich, dass es in Hessen bereits gelungen ist, erste Grenzen zu verschieben: In diesem Jahr ist in den Kreisen Main-Kinzig, Gießen und Main-Taunus das Modellprojekt „Sektorenübergreifende ambulante Notfallversorgung“ (SaN) gestartet. In den drei Regionen kann der Rettungsdienst Patientinnen und Patienten, bei denen eine ambulante Behandlung ausreicht, statt in die Kliniknotaufnahme nun in eine Arztpraxis fahren. Am Projekt teilnehmende Partnerpraxen pflegen dazu ihre freien Behandlungskapazitäten in das Notfallsystem IVENA ein, auf das bislang nur der Rettungsdienst und die Kliniken Zugriff hatten. Die Projektbeteiligten gehen davon aus, dass von den jährlich ca. 163.000 Rettungsdienst-Einsätzen in den drei Pilot-Landkreisen künftig 4000 in die ambulante Versorgung umgesteuert werden können. Die TK blickt mit Spannung auf die weiteren Entwicklungen. Gut möglich, dass es Hessen gelingt, eine Blaupause für ganz Deutschland zu erarbeiten.

Die Voraussetzungen für eine weitere Verzahnung der ambulanten und stationären Notfallversorgung sind in Hessen besonders gut: Schon seit der umfangreichen Bereitschaftsdienstreform vor circa sieben Jahren befindet sich die Mehrzahl der Bereitschaftsdienstzentralen in Hessen an oder in unmittelbarer Nähe zu Kliniken. Mit IVENA hat Hessen bereits ein digitales Tool, in dem Notfallkapazitäten – zumindest die stationären – zentral erfasst und eingesehen werden können. Das Projekt SaN zeigt, dass die Voraussetzungen existieren, das System ebenfalls auf den ambulanten Bereich auszuweiten. Auch wurden bislang offenbar durchweg positive Erfahrungen mit dem Notfall-Tresen am Klinikum Frankfurt-Höchst gemacht. Dort weisen speziell geschulte Pflegekräfte die Notfallpatientinnen und -patienten in den für sie passenden Versorgungspfad. Auch hier werden Patientinnen und Patienten zu den normalen Sprechstundenzeiten an Partnerpraxen verwiesen. Was in Frankfurt-Höchst bereits seit einigen Jahren er-

folgreich umgesetzt wird, soll im Laufe des SaN-Projektphase auch auf die drei genannten Pilotregionen ausgeweitet werden.

### Zeitgemäße Finanzierung

Die Krankenhausfinanzierung muss ebenfalls zügig auf neue Beine gestellt werden. Doch bevor wir uns Gedanken darüber machen, wie Klinikstrukturen auskömmlich finanziert werden können, müssen wir kritisch prüfen, welche überhaupt noch benötigt werden. Wir brauchen daher eine mutige und zuweilen auch unbequeme Krankenhausplanung. Wir können es uns nicht leisten, weiterhin Mittel in nicht mehr zeitgemäße und ineffiziente Strukturen zu stecken. Das Land Hessen mag zwar – im Vergleich zu anderen Bundesländern – mehr Investitionsmittel zur Verfügung stellen, aber sie reichen noch immer nicht aus. Natürlich müssen wir uns auch über die Finanzierung von Vorhaltekosten unterhalten. Es dürfen aber nur Strukturen finanziell gefördert werden, die tatsächlich gebraucht werden und qualitativ sinnvoll sind.

### Qualität ist ausschlaggebend

Spitzenmedizin ist wie Spitzensport: Die Patientinnen und Patienten brauchen eingespielte Teams, die, wenn es darauf ankommt, Top-Leistungen abrufen. Und Top-Leistungen kommen mit fachlichem Know-how und Routine. Eine Chance, die Behandlungsqualität zu verbessern, besteht darin, dass sich Kliniken in Verbänden zusammenschließen. Die einzelnen Krankenhäuser innerhalb eines Verbundes müssten nicht mehr zwingend alle medizinischen Leistungen selbst anbieten. Stattdessen können sie sich auf Fachgebiete spezialisieren. Die Kliniken bauen sich durch die Spezialisierung auf bestimmte Bereiche eine besondere Expertise auf, mit der sie sich von anderen Kliniken abheben können. Eine solche sinnvolle Entwicklung könnte die Landesregierung fördern, indem sie beispielsweise die Höhe der ausbezahlten Investitionsmittel noch enger an entsprechende Vorgaben knüpft. Auch im Bereich der Krankenhäuser kann die Digitalisierung eine wichtige Rolle dabei spielen, bestehende Prozesse noch ef-

fizienter und zeitgemäßer zu gestalten. Der Bundesgesetzgeber hat mit dem Krankenhauszukunftsgesetz und dem darin verankerten Krankenhauszukunftsfonds bereits eine wichtige Weiche gestellt. Es ist erfreulich, dass Hessens Kliniken diese Chance ergreifen wollen und die Mittel aus dem Fonds stark nachgefragt werden: Insgesamt 512 Förderanträge mit einem Gesamtvolumen in Höhe von fast 220 Millionen Euro wurden für hessische Digitalisierungsvorhaben eingereicht. Stand Juli wurden bereits 70 Prozent der beantragten Summe vom Bundesamt für Soziale Sicherung (BAS) bewilligt.

Bislang macht sich jedes Krankenhaus, unabhängig von anderen Kliniken und losgelöst von anderen Sektoren, eigene Überlegungen, wie es sich digitaler aufstellen will. So besteht das Risiko, dass eine Fülle von Insellösungen entsteht. Das ist jedoch wenig sinnvoll. Es gilt auch hier, übergreifender zu denken. Krankenhäuser sollten gemeinsame digitale Projekte anpacken, um endlich aus dem „Klein-Klein“ herauszukommen. Mit den Mitteln aus dem Krankenhauszukunftsfonds sollten zudem vorrangig IT-Lösungen geschaffen werden, an die auch Arztpraxen und weitere Akteure des Gesundheitswesens ange-dockt werden können.

Es gibt im Gesundheitswesen viele dringliche Baustellen. Es ist an der Zeit, dass wir uns ihnen endlich stellen. Akzeptieren wir, dass wir die Zeit nicht zurückdrehen können. Arbeiten wir stattdessen gemeinsam daran, neue, tragfähige und innovative Strukturen zu schaffen. Gestalten wir Veränderung aktiv mit und probieren mutig neue Ideen aus, statt an alten Strukturen festzuhalten.

**Dr. Barbara Voß**  
Leiterin der TK-  
Landesvertretung  
Hessen



Foto: TK

### Zur Autorin:

Dr. Barbara Voß studierte Volkswirtschaftslehre an der Uni Bonn und promovierte in Frankfurt am Main zum Dr. rer. pol. Nach einer weiteren Station an der Uni Heidelberg wechselte Voß zur Techniker Krankenkasse nach Nordrhein-Westfalen. 2006 wurde sie Leiterin der TK-Landesvertretung Hessen.