

JADECARE – Implementierung digital unterstützter, integrierter, patientenzentrierter Gesundheitsversorgung in Europa

Martina Rimmele, Thomas Ewert¹

Einleitung

Der demografische Wandel und eine damit einhergehende Verschiebung des Krankheitsspektrums hin zu chronischen, mit dem Altern assoziierten Erkrankungen führen zu sich ändernden Anforderungen an die gesundheitliche Versorgung und zu einer steigenden Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen. Dies bedingt eine wachsende Nachfrage nach umfassender, effizienter Gesundheitsversorgung in Europa mit intelligenten personenbezogenen und koordinierten, informationell vernetzten Ansätzen. Im Europäischen Projekt »JADECARE – Joint Action on implementation of digitally enabled integrated person-centred care« wird daran gearbeitet, eine fach- und sektorenübergreifende Gesundheitsversorgung mithilfe digitaler Lösungen umzusetzen. Außerdem soll durch das Projekt die Transformation zu effizienten digital unterstützten Gesundheitssystemen in Europa gefördert werden.

JADECARE konzentriert sich auf die Anpassung und den Transfer von vier ausgewählten Best-Practice-Beispielen digital unterstützter integrierter Versorgung in 21 Regionen in Europa. Im ersten Jahr des dreijährigen Projekts wurden die Bausteine der Best-Practice-Beispiele auf die lokalen Bedürfnisse der teilnehmenden Partnerregionen adaptiert, lokale Maßnahmenpakete entwickelt und Wirkungsindikatoren mit Zielwerten definiert. In der laufenden Implementierungsphase werden die Maßnahmenpakete mittels einzelner, konkreter Maßnahmen umgesetzt. Im Jahr 2023 schließen eine Auswir-

1 Der Text ist eng abgestimmt mit dem JADECARE-Konsortium.

kungsbewertung, Implementierungserfolg- und Prozessanalyse, die Berichterstattung und Publikationen das Projekt ab.

Das Projekt arbeitet durch aktive Einbindung politisch relevanter Stakeholder*innen über strukturierte Erfahrungsaustausche verschiedener Gremien an einem nachhaltigen Transformationsprozess. Zusätzlich strebt JADECARE an, die hierzu erforderlichen Kompetenzen von Gesundheitsbehörden für eine digital unterstützte integrierte Gesundheitsversorgung zu stärken.

Die Koordinierungsstelle E-Health des Bayerischen Landesamtes für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit (LGL) ist im Projekt aktiv in inhaltlicher Veranstaltungsorganisation, der Ermittlung und Beteiligung relevanter Stakeholder*innen und der Dissemination der Ergebnisse sowie im Wissensaufbau, -austausch und -transfer involviert.

Demografischer Wandel erfordert innovative digitale Transformation im Gesundheitswesen

Es wird erwartet, dass die EU-Mitgliedsstaaten in den kommenden Jahren und Jahrzehnten aufgrund der raschen Bevölkerungsalterung und des mäßigen Wirtschaftswachstums unter einer erheblichen Belastung der öffentlichen Ausgaben für Gesundheit und Langzeitpflege leiden werden (Robert Koch Institut 2015).

Andererseits könnten bis zu einem Fünftel der Gesundheitsausgaben in Europa bereits jetzt zielgerichteter verwendet werden; z.B. verursachen unnötige Einweisungen jedes Jahr über 37 Millionen zusätzliche Krankenhaustage (OECD 2018).

Eine umfassende, effizientere, zielgerichtete Gesundheitsversorgung und vermehrte öffentliche Gesundheitsförderung und Prävention bei Risikogruppen, auf Basis effizienter Datenanalysen, scheint notwendig, um der mit dem demografischen Wandel einhergehenden Zunahme chronischer Erkrankungen und Multimorbidität nachhaltig zu begegnen. Neue innovative Strategien für eine effiziente technische und informationelle Vernetzung der relevanten Akteur*innen sind notwendig. Eine bessere Koordinierung zwischen den Akteur*innen kann bei der Entwicklung digitaler Gesundheitslösungen dazu beitragen, den Zugang zu einer hochwertigen Gesundheitsversorgung zu gewährleisten, eine sektoren- und berufsfeldübergreifende (integrierte) Versorgung zu fördern und damit die Effizienz der Versorgungsprozesse zu steigern.

Gezielte Investitionen in diesen Bereichen bieten zudem vielversprechende Möglichkeiten, die Widerstandsfähigkeit der Gesundheitssysteme in der Zukunft zu erhöhen.

Einzelne europäische, digital basierte, in der Praxis bewährte Versorgungsmodelle und -strategien haben bereits das Potenzial gezeigt, dass eine gezielte, patientenzentrierte und koordinierte Gesundheitsversorgung in hoher Qualität mit informationell vernetzten Ansätzen ermöglicht werden kann. Damit einhergehend hat die Umgestaltung der Gesundheitssysteme in Europa und die Konzeption, Entwicklung und Umsetzung innovativer Technologien, die die Nachhaltigkeit der Systeme gewährleisten, begonnen. Hierbei ist anzumerken, dass die Umgestaltung innerhalb der EU unterschiedlich weit vorangeschritten ist.

JADECARE – Entstehung und Ziele

Um den Herausforderungen einer digital unterstützten Transformation von Gesundheitssystemen zu begegnen, die durch neue Technologien, Produkte und organisatorische Veränderungen gefördert werden und sich auf eine integrierte, personenzentrierte Versorgung konzentrieren, hat die Europäische Union eine Reihe von Initiativen ins Leben gerufen, z. B. die Europäische Innovationspartnerschaft für aktives und gesundes Altern, die durch Partnerschaften zwischen Regionen gemeinsame Aktionen oder die Bündelung von Forschungsprojekten anbietet. Das Projekt JADECARE wurde auf der Grundlage dieser Aktionen initiiert, nachdem die Europäische Kommission vier auf regionaler Ebene bewährte Best Practices ausgewählt hatte. Diese sollten in JADECARE auf andere Mitgliedsstaaten übertragen werden.

Die ausgewählten Best Practices umfassen Versorgungsbeispiele zur Integration bei chronischen Erkrankungen, bei Multimorbidität, für gebrechliche Menschen und Patient*innen mit komplexen Bedürfnissen, zur Unterstützung von Selbstversorgung, zur Prävention und Förderung der Gesundheit der Bevölkerung bis hin zu Disease Management und Case Management (siehe <https://www.jadecare.eu>).

Die Idee zu JADECARE wurde von der Europäischen Kommission in die Gesundheitsministerien der Mitgliedsstaaten, so auch ins Bundesministerium für Gesundheit in Deutschland, eingebracht. Dieses übertrug die Ausarbeitung und Weiterentwicklung einer möglichen Beteiligung in die dafür zuständige »Bund-Länder-Arbeitsgruppe Digitalisierung im Ge-

sundheitswesen«. Aus dieser Arbeitsgruppe übernahmen die Sozialbehörde Hamburg, das Bayerische Staatsministerium für Gesundheit und Pflege und mit diesem die nachgeordnete Behörde, das Bayerische Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit mit der Koordinierungsstelle E-Health, sowie das ZTG Zentrum für Telematik und Telemedizin Nordrhein-Westfalen die Beteiligung am Projekt.

Wesentliche Ziele des Projekts JADECARE sind, die Kompetenzen der jeweiligen Gesundheitsbehörden zu stärken und wichtige Aspekte der Umgestaltung des jeweiligen Gesundheitssystems erfolgreich anzugehen, insbesondere den Übergang zu einer digital gestützten, integrierten, personenzentrierten Versorgung. Dies wird unterstützt durch den Transfer der bewährten Best Practices von den Systemen der »Early Adopters«, im Projekt »original Good Practices« (oGP) genannt, auf die Systeme der »Next Adopters« (NA).

JADECARE konzentriert sich hierbei auf einen Transfer aus den folgenden vier oGPs:

- die Gesundheitsstrategie des Baskenlandes: integrierte Versorgung für Ältere und chronisch Erkrankte (Spanien),
- der Open Innovation Hub Katalonien für IT-gestützte integrierte Versorgung von chronisch Erkrankten (Spanien),
- das OptiMedis-Modell zur bevölkerungsbasierten integrierten Versorgung (Deutschland) und
- die Digitale Roadmap für eine integrierte Gesundheitsversorgung der Region Süddänemark (Dänemark).

Insgesamt sind Partner aus 16 Ländern in ganz Europa beteiligt, die ein umfassendes Szenario an Unterschieden und Besonderheiten aufweisen. Der lokale Kontext, der Reifegrad integrierter Versorgungssysteme, der rechtliche Rahmen, die Kultur und die relevanten lokalen Interessengruppen (Stakeholder*innen) und Entscheidungsträger*innen müssen daher für jeden der 21 NAs berücksichtigt werden (Webgate EC Europa, Project 951442, 2020). Partnerländer sind Belgien, Estland, Italien, Serbien, Kroatien, Frankreich, Lettland, Slowenien, Tschechische Republik, Deutschland, Portugal, Spanien, Dänemark, Griechenland, Großbritannien und Ungarn.

Die einzelnen Ziele im Projekt sind:

- durch Bereitstellung von Expertise aus Best-Practice-Modellen integrierter Versorgung zu innovativen, effizienten, personenbezogenen und nach-

haltigen Gesundheitssystemen für eine öffentliche Gesundheitsförderung beizutragen,

- die Kompetenz nationaler Behörden in Bezug auf effiziente Lösungen digital unterstützter, integrierter, personenzentrierter Gesundheitsversorgung zu fördern,
- die Leistungsfähigkeit von Gesundheitsbehörden der Mitgliedsstaaten zu stärken, um relevante Aspekte der digitalen Gesundheitssystem-Transformation erfolgreich, nachhaltig und über das Projekt hinaus gestalten zu können,
- Innovationen zu fördern, die Nachhaltigkeit der JADECARE-Wirkprinzipien auf lokaler, regionaler und nationaler Ebene sicherzustellen und die Leistungsfähigkeit und Ergebnisse in der Gesundheitsversorgung zu verbessern,
- die Gesundheitsdienste digital zu transformieren, unter direktem Einbezug der Gesundheitsberufe, Bürger*innen und Patient*innen, Gesundheitseinrichtungen, Anbieter*innen digitaler Lösungen und Entscheidungsträger*innen.

Methodik der Umsetzung des Transfers und der begleitenden Unterstützung

Aus den vier oGPs werden erfolgreiche Bausteine und Kernelemente identifiziert, an das lokale Umfeld, die Ziele und den digitalen Reifegrad der NAs angepasst und im Folgenden in diese überführt. Damit einhergehend soll während des Transfers die Kompetenz von Gesundheitsbehörden für die dazu notwendigen nachhaltigen, digitalen Transformationsschritte gestärkt werden. Die Methodik von JADECARE ermöglicht den Transfer in unterschiedlichen Kontexten; sozioökonomisch, kulturell, rechtlich, der Situation und dem digitalen Reifegrad des Gesundheitssystems entsprechend. Der Transferprozess wurde strukturiert in drei einzelne Schritte aufgegliedert:

1. Prä-Implementierung

Vorbereitend wurden im ersten Projektjahr der Bedarf, Umfang und Anwendungsbereich (Scope) (Palmer et al. 2019) jedes NA auf der Grundlage der Anforderungen, Erwartungen, strategischen Ziele, realistischen Möglichkeiten, des lokalen Reifegrads an digitaler Versorgung (SCIROCCO 2022) und der be-

stehenden lokalen Interventionen definiert. Mehrtägige Studienbesuche wurden konzeptionell entwickelt und aufgrund der pandemischen Lage (SARS-Cov-2) virtuell an den Standorten der oGPs organisiert und durchgeführt.

Mithilfe dieser Studienbesuche konnten die NAs ein vertieftes Verständnis für das jeweilige Best-Practice-Modell und für dessen praktische Vor-Ort-Umsetzung erlangen und die für die Planung der Umsetzung erforderlichen strategischen Maßnahmen erfassen. Dadurch konnten die NAs die für sie am besten geeigneten Best-Practice-Kernelemente aus einer oGP oder eine Kombination von Kernelementen aus verschiedenen oGPs für eine Umsetzung in ihrem eigenen Standort auswählen. Weiterhin wurde durch die Studienbesuche der Aufbau eines robusten und nachhaltigen Netzwerks mit den Akteur*innen der jeweiligen oGPs unterstützt.

Im Anschluss führten die NA eine SWOT-Analyse (van Wijngarden/Scholten/van Wijk 2012) durch, welche insbesondere die jeweils präferierten Kernelemente aus den oGPs beinhaltete. Unterstützt wurden sie hierbei durch Akteur*innen der oGPs. Die ausgewählten oGP-Kernelemente wurden daraufhin gezielt für jeden NA angepasst und lokale Interventions-Aktionspläne mit Maßnahmenkatalogen in Strategie und Umfang für die spezifischen Interventionen für jede NA-Situation entwickelt. Es wurden von Anfang an Maßnahmen entwickelt und mit eingeplant, die eine Nachhaltigkeit der Umsetzungen der Kernelemente über das Projektende hinaus am Standort der NAs gewährleisten sollen.

2. Implementierung

Die derart definierten lokalen Maßnahmenpläne werden derzeit im zweiten Projektjahr in einer einjährigen operativen Implementierungsphase mit Unterstützung der oGPs und weiteren Konsortialpartnern umgesetzt.

Die Umsetzung der spezifischen lokalen Interventionen wird auf der Grundlage von zwei Runden des PDSA-Zyklus (Plan, Do, Study, Act) nach Aguayo (1990) durchgeführt.

Die Implementierungsphase beinhaltet zusätzlich eine regelmäßige Überprüfung der vorab definierten NA-spezifischen Wirkungssindikatoren durch eines der unterstützenden, horizontalen Arbeitspakete im Projekt (siehe Kapitel »Struktur des JADECARE-Projekts«). Die Überwachung des Projektfortschritts erlaubt eine systematische Bewertung der Qualität, der Einhaltung der Projektvorgaben und eine Überprüfung der geplanten Durchführung des Projekts und der Erreichung der Ziele. Es wird ein umfassender

Ansatz mit quantitativen und qualitativen Methoden angewandt, die die Partner unterstützen, erkannte Probleme zu überwinden und die Umsetzung der Maßnahmen zu erleichtern. Die Wirkungsauswertung besteht zum einen aus einer Festlegung des Bewertungsplans und der zu sammelnden Informationen, quantitativen und qualitativen Erhebungsmethoden oder -quellen, und zum anderen aus den quantitativen und qualitativen Wirkungsindikatoren mit festgelegten Zielwerten. In der Datenerhebung werden die Informationen gemäß dem Bewertungsplan gesammelt, und sodann werden eine Datenanalyse (statistische Analyse für quantitative Daten oder Inhaltsanalyse für qualitative Daten) und eine Berichterstattung erstellt.

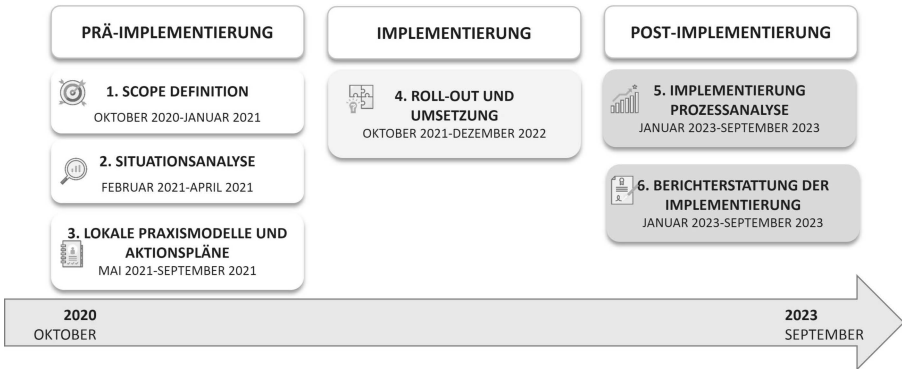
Das Projekt wird mittels eines weiteren unterstützenden Arbeitspaketes (s. Kapitel »Struktur des JADECARE-Projekts«) von Anfang an durch den Aufbau einer »learning community« begleitet. Das Arbeitspaket beinhaltet strukturierte Konzepte für Wissens- und Methodengenerierung und für Wissensaustausch mit anschließender Erarbeitung einer Blaupause für weitere Roll-outs und für die Skalierung digital unterstützter Gesundheitsversorgung auch in anderen Kontexten.

3. Post-Implementierung

In dieser Phase soll eine Auswirkungsbewertung der Umsetzungen und des Transferprozesses und eine Erkenntnisanalyse durchgeführt werden. Die Methodik der Analyse der Projektergebnisse soll eine systematische Bewertung der Qualität und der Einhaltung der Projektvorgaben und eine Überprüfung der Durchführung des Projekts und der Erreichung der Ziele erlauben.

Die Auswirkung des Projekts wird dabei auf zwei Ebenen gemessen: a) für die Joint Action insgesamt (einschließlich der Auswirkungen auf externe Stakeholder*innen) und b) für die NA-Standorte einzeln. Die Auswirkungen werden beschrieben, analysiert und in Berichten zusammengefasst.

Abbildung 1: Implementierungsstrategie und Zeitplan. Eine dreistufige Implementierungsstrategie wird für den Transfer der oGP-Kernelemente genutzt: 1) Prä-Implementierung: Planung und Vorbereitung der Aktionspläne, 2) Implementierung: Roll-out und Umsetzung mittels der PDSA-Zyklus-Methodik (Plan, Do, Study, Act), 3) Post-Implementierung: Wirksamkeitsbewertung und Learnings



Quelle: Eigene Darstellung

Struktur des JADECARE Projekts

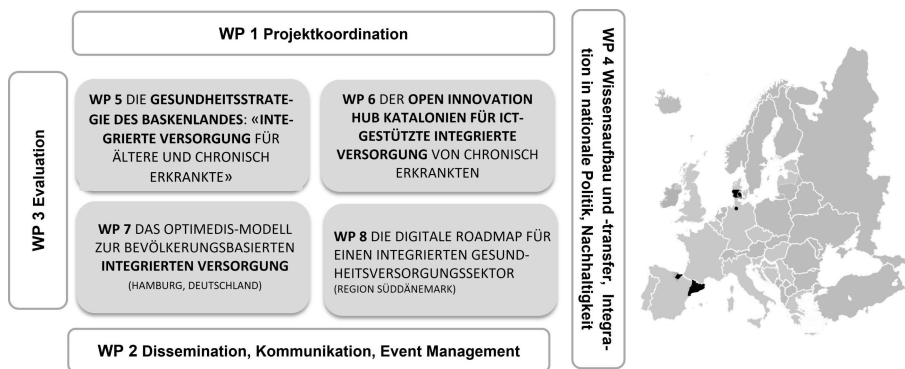
Das Projekt setzt sich aus acht Arbeitspaketen (Work Packages, WP) zusammen: vier »horizontale« WPs, WP 1–4, die die Joint Action als grundlegende Struktur unterstützend begleiten, und vier oGP-spezifische Transfer-Arbeitspakete (tWP), WP 5–8 (siehe Abbildung 2). Die tWPs sind eng mit den Aufgaben der horizontalen WPs 1–4 verknüpft und werden durch sie maßgeblich in der Durchführung der Implementierung unterstützt.

Das Projekt wird von einem dezidierten WP 1, der Projektkoordination, geleitet, deren Aufgaben in Management und Koordinierung des Gesamtprojekts und in der technischen, wissenschaftlichen, finanziellen und administrativen Leitung liegen, in der Einhaltung ethischer Grundsätze, und in einer reibungslosen Kommunikation mit der Europäischen Kommission.

WP 2 ist zuständig für die Disseminationsstrategie und den Disseminationsplan. Dies beinhaltet insbesondere die Projektwebsite, Social Media, Newsletter, Flyer und Projektmarkenbildung. Weiterhin werden Ergebnisse und Projekterfolge sowohl an die breite Öffentlichkeit als auch an die externen Stakeholder*innen kommuniziert. Relevante Stakeholder*innen (beispielsweise Kostenträger*innen, Leistungserbringer*innen, gesundheitspolitische

Entscheidungsträger*innen, Patient*innenorganisationen, Entwickler*innen digitaler Lösungen für das Gesundheitswesen, Wissenschaftler*innen) werden mittels Newslettern und in jährlichen Stakeholder*innen-Foren über den Stand des Projekts informiert und an einem Austausch mit weiteren ausgewiesenen Expert*innen im Forschungsgebiet beteiligt. Außerdem gewährleistet WP 2 die Organisation weiterer Veranstaltungen und die Bereitstellung eines aktuellen wissenschaftlichen Veranstaltungskalenders relevanter Kongresse im Bereich digital unterstützter integrierter Versorgung für das Konsortium.

Abbildung 2: Arbeitspakete und Struktur des Projekts



Quelle: Eigene Darstellung

WP 3 entwickelt die Überwachung des Projektfortschritts, die Qualitätssicherung der Umsetzung und die Bewertung der Auswirkungen. Die mit diesen Aufgaben betrauten Partner*innen arbeiten eng mit dem JADECARE-Konsortium zusammen, um qualitativ hochwertige und mehrwertgenerierende Maßnahmen zu gewährleisten. Dies beinhaltet auch eine Überprüfung, ob die Maßnahmen und Implementierungsmethodik wie geplant umgesetzt und die Ziele erreicht werden. WP 3 erstellt einen Plan zur Folgenabschätzung und ist für die Zwischen- und Abschlussberichte verantwortlich.

WP 4 erleichtert den Wissensaustausch und die Wissensgenerierung über den Aufbau einer »learning community« über strukturierte Studienbesuche, strukturiert koordinierte thematische Workshops, Methoden-Webinare sowie eine Toolbox auf der Website und unterstützt die lokale Planung der Maßnah-

men der NAs und der Nachhaltigkeit der Maßnahmen der NAs. WP 4 richtet einen politischen Beirat ein, um die Nachhaltigkeit und den EU-Mehrwert zu unterstützen, und erstellt die Blaupause für weitere Ausweitungen und Roll-outs.

Die vier Best-Practice-Modelle (oGPs) in JADECARE

Akteur*innen der vier oGPs unterstützen die teilnehmenden Regionen der Mitgliedsstaaten beim Praxis- und Wissenstransfer in deren Gesundheitssysteme in den tWPs 5–8 (AGENAS 2022).

tWP 5: Die Gesundheitsstrategie des Baskenlandes:

»Integrierte Versorgung für Ältere und chronisch Erkrankte«

Die oGP hat zum Ziel, die Gesundheit und Lebensqualität der Bevölkerung zu verbessern, indem die Qualität, Effizienz und Nachhaltigkeit des Gesundheitssystems sowie die Zusammenarbeit zwischen Sozialdiensten und Gemeinden erhöht werden soll.

Der Ansatz beinhaltet Risikostratifizierung mit digitalen Instrumenten und Analysen, digital unterstützte integrierte Versorgung inklusive Krankheitsmanagement und Fallmanagement auf Bevölkerungsebene, Empowerment von Bürger*innen mithilfe neuer Organisationsmodelle, Arbeitsabläufe, Prozesse und digitaler Instrumente sowie entsprechende neue Berufsbilder.

Als Beispiel umfasst die Bildung der neuen Organisationsmodelle – »Integrierte Gesundheitsversorgungsorganisationen – Integrated healthcare organisations, IHO« – im Baskenland eine Vereinheitlichung der Strukturen der Gesundheitsversorgung durch Zusammenlegung verschiedener Gesundheitsorganisationen. Bezirkskrankenhäuser werden mit den zugehörigen ambulanten Gesundheitszentren und -einrichtungen zu einer einzigen integrierten Gesundheitsversorgungsorganisation zusammengelegt. Damit einhergehend erfolgt eine Konzentration auf personenzentrierte Versorgungsprozesse, d.h. eine gemeinsame Gestaltung von Versorgungspfaden zwischen Primär- und Krankenhausversorgung in der IHO. Die Unabhängigkeit der Einzelorganisationen wird dabei beibehalten, aber eine Integration von neuen Gesundheitsversorgungs- und Pflegemodellen insbesondere für chronisch erkrankte Patient*innen etabliert, z.B. über telemedizinische Konsultationen, Tele-Assistenz, neue Präventionsmodelle oder Patient*innen-Empowerment.

Acht NAs aus sieben Ländern implementieren Kernelemente dieser oGP.

tWP 6: Der Open Innovation Hub Katalonien für IT-gestützte integrierte Versorgung von chronisch Erkrankten

Die oGP ist ein Netzwerk von Einrichtungen, das Synergien zwischen relevanten Stakeholder*innen des Gesundheits- und Sozialsystems schaffen will. Es hat sich zum Ziel gesetzt, die Kontinuität der Gesundheitsversorgung unter Nutzung digitaler Werkzeuge personenbezogen zu gewährleisten, und dies sowohl in einer individuellen als auch bevölkerungsbezogenen Perspektive zu ermöglichen.

Die oGP umfasst sowohl vertikale (spezialisierte vs. ambulante Versorgung) als auch horizontale (Gesundheitsversorgung vs. soziale Versorgung) Integration. Sie kombiniert eine bevölkerungsbezogene Gesundheitsversorgung mit einem kooperativen, adaptiven Fallmanagement-System zur Integration von Pflegediensten:

Der digital unterstützte interoperable Rahmen dieses Konzepts zeichnet sich durch eine cloudbasierte Zusammenführung der elektronischen Patient*innenakten der Primärversorgung und der Spezialversorgung unter Beachtung von Datenschutz und Datensicherheit aus. Zur Förderung des gemeinsamen Austauschs der Sektoren wird eine übergreifende Plattform mit Dashboard angeboten. Ein Zugang für Gemeinde- und Pflegedienste zu dieser Plattform unterstützt die Aktivitäten und die Pflege in der Häuslichkeit und in der Gemeinde und führt zum kooperativen adaptiven Fallmanagement. Die jeweils persönlichen Gesundheitsdaten in dieser regionalen Gesundheitsplattform werden gemeinsam mit und von Patient*innen in deren persönlichen Gesundheitsakten verwaltet. Diese enthalten auch die elektronischen Rezepte, elektronischen Befunde, Termine und entsprechenden Berichte.

Der Open Innovation Hub definiert drei Maßnahmenblöcke zur Erreichung des Best-Practice-Transfers:

1. Bewertung von Gesundheitsrisiken,
2. Einführung integrierter Gesundheits- und Pflegedienste (Förderung eines gesunden Lebensstils, vertikal-horizontale Integration, innovative Bewertung und rechtlich-regulatorische Fragen),
3. digitale Unterstützung für die integrierte Versorgung.

Fünf NAs aus vier Ländern implementieren Kernelemente dieser oGP.

tWP 7: Das OptiMedis-Modell zur bevölkerungsbasierten integrierten Versorgung

Dieses Konzept verfolgt parallel eine verbesserte Bevölkerungsgesundheit, eine verbesserte Patient*innenerfahrung im Hinblick auf eine gestiegene Dienstleistungsqualität und eine höhere Patient*innenzufriedenheit bei gleichzeitig gesteigerter Effizienz und Reduzierung der Pro-Kopf-Kosten für die Versorgung der Bevölkerung einer Region.

Gemeinsam mit regionalen Ärzt*innennetzen baut diese oGP über eine regionale Koordinierungsorganisation eine integrierte Versorgungsstruktur auf, in der Ärzt*innen, Therapeut*innen, Krankenhäuser, Apotheken und weitere Partner*innen zusammenarbeiten: Sie koordinieren die Behandlung und können über das elektronische Netz alle wichtigen Informationen auf einen Blick abrufen. Die Versicherten werden aktiv eingebunden und zur frühzeitigen Krankheitsvorbeugung und zur Teilnahme an spezifischen Gesundheits- und Pflegeprogrammen motiviert. Vereine, Schulen, Unternehmen und lokale Behörden in der Region werden ebenfalls einbezogen.

Sechs definierte Maßnahmenblöcke umfassen

- a) »Shared savings«-Verträge mit Erstattungs- bzw. Beauftragungsorganisation,
- b) eine starke Einbindung von Interessengruppen,
- c) anbieterübergreifende elektronische Integration,
- d) Beteiligung und Empowerment von Patient*innen,
- e) datengesteuertes Management und datengesteuerte Präventionsmodule,
- f) Gesundheitsförderung und öffentliche Gesundheitsmaßnahmen.

Fünf NAs aus fünf Ländern implementieren Kernelemente dieser oGP.

tWP 8: Die Digitale Roadmap für eine integrierte Gesundheitsversorgung der Region Süddänemark

Die oGP baut auf der »SAM:BO«-Vereinbarung auf, welche die digitale Verknüpfung der Gesundheitssektoren steuert. Diese wird ergänzt durch eine Reihe von Projekten zur digital unterstützten integrierten Versorgung in komplexen Krankheitsbildern.

Das Modell besteht aus zwei Maßnahmenblöcken mit verschiedenen Kernelementen:

- a) Sektorenübergreifende digitale Kommunikation zur Sicherung einer kontinuierlichen Gesundheitsversorgung durch nationale übergreifende Standards und Vereinbarungen. Diese sind insbesondere Gesundheitsvereinbarungen mit elektronischen Messenger-Standards zur elektronischen Nachrichtenübermittlung und Sicherung eines optimalen Informationsaustauschs sowie die SAM:BO-Vereinbarung. SAM:BO («Samarbejdsaftale om BORgerforløb») entspricht einer »Kooperationsvereinbarung zur Bürger*innenversorgung«, die regelt, wie sektorenübergreifende Gesundheitsversorgung der Bürger*innen organisiert, implementiert und adaptiert werden kann und wie die Sektoren digital verknüpft werden.
- b) Ergänzt wird dies durch sektorenübergreifende digitale Projekte zur Unterstützung integrierter Gesundheitsversorgung in komplexen Krankheitsfeldern (beispielsweise Tele-Chronic Obstructive Pulmonary Disease [COPD], Tele-Psychiatrie, die »My Patient Journey«-Plattform, das »Digital Health Centre«, eine online-physische Rehabilitationsplattform, eine geriatrische Tele-Toolbox).

Als Beispiel einer sektorenübergreifenden digitalen Unterstützung integrierter Gesundheitsversorgung in komplexen Krankheitsfeldern sind besonders die mentalen Erkrankungen hervorzuheben. Tele-Psychiatrie wird in dieser oGP als eingebettete Therapieoption in die psychiatrische Versorgungskette für eine patient*innenzentrierte, bedürfnisorientierte Versorgung von minimal belasteten bis zu schwer beeinträchtigten Patient*innen geleistet.

Acht NAs aus fünf Ländern implementieren Kernelemente dieser oGP.

Implementierungsstand der Joint Action

Die lokalen Maßnahmenpakete werden derzeit von Ende 2021 bis Ende 2022 in der einjährigen Implementierungsphase in zwei PDSA-Zyklen operativ umgesetzt, die einen Evaluationszwischenschritt mit Anpassungsmöglichkeiten umfassen.

Drei der NAs führen Maßnahmen auf nationaler Ebene durch, 14 auf regionaler Ebene und vier auf lokaler Ebene. Die meisten NAs setzen Kernelemente und lokale Maßnahmenpläne im Zusammenhang mit digital unterstützten integrierten Versorgungsmaßnahmen um (36), elf implementieren Risikostratifizierungs-Kernelemente und neun setzen Kernelemente und Maßnahmen zum digitalen »Patient Empowerment« um.

Erste Learnings aus JADECARE: Potenziale der Digitalisierung für das Gesundheitswesen

Die Umgestaltung der Gesundheitsversorgung in Europa steht erst am Anfang und die zugrunde liegenden digitalen Gesundheitstechnologien, die die Umgestaltung von Gesundheit und Pflege unterstützen, müssen zielgerichtet konzipiert und entwickelt werden sowie ihr Kosten-Nutzen-Potenzial unter Beweis stellen. Im Verlauf von JADECARE werden erste Erkenntnisse zu Potenzialen der Digitalisierung für das Gesundheitswesen sichtbar:

- Ein datenbasiertes Management und die Unterstützung einer integrierter Gesundheitsversorgung und Pflege der Bevölkerung wurde in allen oGPs als fundamental für eine sektorenübergreifende Verbesserung der medizinischen Versorgung und Pflege beschrieben. Weiterhin sind die Berücksichtigung von Erfahrungen der Patient*innen und Leistungserbringer*innen, deren Empowerment und eine datenunterstützte Integration von Gesundheitssystem und Sozialsystem anzustreben.
- Gemeinsam getroffene verbindliche Vereinbarungen zur sektorenübergreifenden digitalen Kommunikation und Zusammenarbeit wurden als zukunftsweisende Modelle identifiziert. Als Beispiele aus den JADECARE oGPs dienen nationale Standards, digital verknüpfte sektorenübergreifende Gesundheitsvereinbarungen, nationale Standards für elektronische Nachrichtenübermittlung und Sicherung eines geschützten Informationsaustauschs mit Festlegung, wie eine sektorenübergreifende Gesundheitsversorgung der Bürger*innen organisiert, implementiert, gemonitort und adaptiert wird.
- Eine von Beginn an strukturiert geförderte Nachhaltigkeit von Maßnahmen zur Digitalisierung des Gesundheitswesens stellt ein zukunftsweisendes Vorgehen dar, unter Berücksichtigung des jeweiligen lokalen Kontextes. Die in JADECARE erarbeitete Blaupause für weitere Roll-outs und die Skalierung digital unterstützter nachhaltiger integrierter Gesundheitsversorgung auch in anderen Kontexten kann dazu Evidenz und Mehrwert über die Laufzeit der Joint Action hinaus schaffen.
- Nachfolgende Rahmenbedingungen sollten prinzipiell berücksichtigt werden:
 - das politische Umfeld (z.B. Identifizierung bestehender politischer Strategien oder Programme, die die umzusetzenden Implementierungsaktionen unterstützen könnten),

- Verantwortlichkeiten für Nachhaltigkeit (z.B. Aufbau einer Governance-Struktur mit klarem Rechtsrahmen, in dem die Rolle jeder Partnerin und jedes Partners klar definiert ist und der zur regionalen Stakeholder*innen-Struktur passt),
- die kulturell geprägten Elemente von Zusammenarbeit und Konsensfindung (z.B. Aufbau aktiver Netzwerke engagierter Patient*innen, Ärzt*innen, Pfleger*innen oder Politiker*innen).

Dies sollte ebenso ein aktiv eingebundenes, regelmäßig tagendes Politiker*innen-Gremium von Beginn an bedienen und vernetzen, um die Maßnahmen in nationale (bestehende und neue) Gesundheitsprogramme zu überführen und zu verstetigen.

Förderhinweis

Das Projekt JADECARE ist ein Forschungs- und Innovationsprojekt, das durch das Programm Horizon 2020 der Europäischen Union für Forschung und Innovation unter der Finanzhilfvereinbarung Nr. 951442 finanziert wird. Die Informationen spiegeln ausschließlich die Meinung der Autor*innen wider. Die Europäische Kommission ist nicht verantwortlich für die Verwendung der hier enthaltenen Informationen.

Literatur

- AGENAS (2022): »D4.1 Local good practices and action plans«. Agenzia Nazionale Per I Servizi Sanitari Regionale. Siehe <https://www.jadecare.eu/wp-content/uploads/2022/11/D4.1-Local-Good-Practices-and-Action-Plans-accepted.pdf>, zuletzt abgerufen am 15.01.2023.
- Aguayo, Rafael (1990): »Dr. Deming: the American who taught the Japanese about quality«. Secaucus/New Jersey: Carol Publishing Group.
- OECD (2018): »Health at a glance: Europe 2018: State of health in the EU cycle«. Paris: OECD Publishing. DOI: 10.1787/health_glance_eur-2018-en.
- Palmer, Katie/Carfi, Aneglo/Angioletti, Carmen/Di Paola, Antonella/Navickas, Rokas/Dambrauskas, Laimi/Jureviciene, Elena/João Forjaz, Maria/Rodriguez-Blazquez, Carmen/Prados-Torres, Alexandra/Gimeno-Miguel, Antonio/Cano-del Pozo, Mabel/Bestué-Cardiel, María/Leiva-Fernán-

- dez, Francisca/Poses Ferrer, Elisa/Carriazo, Ana M./Lama, Carmen/Rodríguez-Acuña, Rafael/Cosano, Inmaculada/Bedoya-Belmonte, Juan José/Liseckiene, Ida/Barbolini, Mirca/Txarramendieta, Jon/Fullaondo, Ane/Rijken, Mieke/Onder, Graziano (2019): »A methodological approach for implementing an integrated multimorbidity care model: Results from the pre-implementation stage of joint action CHRODIS-PLUS«, in: *International Journal of Environmental Research and Public Health* 16(24), S. 5044. DOI: 10.3390/ijerph16245044.
- Robert Koch Institut (2015): »Gesundheitsberichterstattung des Bundes gemeinsam getragen von RKI und Destatis: Gesundheit in Deutschland«. Siehe https://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Gesundheitsberichterstattung/GesInDtld/gesundheit_in_deutschland_2015.pdf?_blob=publicationFile, zuletzt abgerufen am 15.01.2023.
- SCIROCCO (2022): »Scirocco self-assessment tool for integrated care«. Siehe <http://scirocco-project-msa.inf.ed.ac.uk/>, zuletzt abgerufen am 15.01.2023.
- Webgate EC Europa, Project 951442 (2020): »Joint Action on implementation of digitally enabled integrated person-centred care [JADECARE] [951442] – Joint Actions«. Siehe https://webgate.ec.europa.eu/chafea_pdb/health/projects/951442/summary, zuletzt abgerufen am 15.01.2023.
- van Wijngaarden, Jeroen D.H./Scholten, Gerard R.M./van Wijk, Kees P. (2012): »Strategic analysis for health care organizations: The suitability of the SWOT-analysis«, in: *The International Journal of Health Planning and Management* 27(1), S. 34–49. DOI: 10.1002/hpm.1032.