

STUDIE

Digitale Lösungen aus den Bundesländern

Antworten auf den demografischen Wandel
und den Ärztemangel im ländlichen Raum



Impressum

Gesundheitsstadt Berlin e.V.
Schützenstraße 6A
10117 Berlin
www.gesundheitsstadt-berlin.de

Redaktionsleitung:
Dr. Daniel Dettling, Geschäftsführer

Redaktion:
Vanessa Deredder, Marlon Donner

Lektorat:
Dorothea Jäkel

Erscheinungsdatum
Februar 2024

Mit freundlicher Unterstützung durch:



STUDIE

Digitale Lösungen aus den Bundesländern

**Antworten auf den demografischen Wandel
und den Ärztemangel im ländlichen Raum**

**gesundheitsstadt
berlin**
das netzwerk
für berlin-brandenburg

Inhaltsverzeichnis

Executive Summary	6
Die Zukunft der Gesundheitsversorgung: Digital und regional	7
Kapitel 1: Digitale Lösungen aus den Bundesländern	7
1.1 Baden-Württemberg: Primärversorgungszentren, Erhöhung der Studienplätze, Landarztquote	12
1.2 Bayern: Ausbau und Aufrechterhaltung der ambulanten ärztlichen Versorgung im ländlichen Raum	15
1.3 Berlin: Mit »Gesundheitsstadt 2030« an die Spitze	19
1.4 Brandenburg: Vernetzung von ambulanten und stationären Angeboten	21
1.5 Bremen: Kommunale medizinische Versorgungszentren	23
1.6 Hamburg: Digitale Anwendungen auf dem Vormarsch	25
1.7 Hessen: Sicherstellung und Weiterentwicklung der gesundheitlichen Versorgung	28
1.8 Mecklenburg-Vorpommern: Masterplan Gesundheitswirtschaft 2030	32
1.9 Niedersachsen: Verbesserung der hausärztlichen Versorgung auf dem Land	36
1.10 Nordrhein-Westfalen: Digitalisierung und Förderung telemedizinischer Anwendungen	39
1.11 Rheinland-Pfalz: Stärkung der hausärztlichen Versorgung	42
1.12 Sachsen: Gesundheitliche Versorgung als Dableibensvorsorge	44
1.13 Sachsen-Anhalt: Digitale Lösungen für die flächendeckende Versorgung	47
1.14 Schleswig-Holstein: Nachhaltiger und digitaler	50
1.15 Thüringen: Förderprogramm, Landarztquote und mehr Studienplätze	52

Kapitel 2: Projekte, Plattformen und Pioniere	55
<hr/>	
Baden-Württemberg FAST – SCHLAGANFALLKONSORTIUM RHEIN-NECKAR	56
Baden-Württemberg GeRas Geriatriische Rehabilitationserfolge nachhaltig sichern	57
Baden-Württemberg Gesundheitskompass BW	58
Baden-Württemberg Semanux	59
Bayern DigiMed Bayern – Pilotprojekt zur P4 Medizin in Bayern	60
Bayern TARGET	61
Berlin DNA-MED als Modell für eine flächendeckende Präzisionsmedizin	61
Berlin HerzCheck	63
Berlin Recovery Cat	64
Berlin x-cardiac GmbH	65
Brandenburg ANNOTeM	66
Mecklenburg-Vorpommern Früherkennung von Demenzerkrankungen	67
Niedersachsen Regionales Pflegekompetenzzentrum	68
Niedersachsen Das digitale Gesundheitsamt im Landkreis Lüneburg (DIGITALIS)	69
Nordrhein-Westfalen AutoPiLoT	70
Nordrhein-Westfalen Darmgesundheitspraxis Dr. Steenfatt	71
Nordrhein-Westfalen Optimal@NRW	72
Rheinland-Pfalz GerNe	73
Rheinland-Pfalz HandinHand – Hausarzt und Pflegeexperte Hand in Hand – ANP-Center zur Zukunftssicherung der medizinischen Basisversorgung in der Region	74
Sachsen Sächsisches Fernbehandlungsmodell	75
Sachsen Parkinsonnetzwerk Ostsachsen (PANOS)	76
Sachsen-Anhalt Digitale Residenz-Praxis	77
Sachsen-Anhalt SelfManGer	78
Schleswig-Holstein Früherkennung von Brustkrebs Überwachung von Risikopatientinnen	79
Schleswig-Holstein ViDiKi – Virtuelle Diabetesambulanz für Kinder und Jugendliche	80
Thüringen Schlaganfallnetzwerk SATELIT	81
<hr/>	
Über Gesundheitsstadt Berlin	82
<hr/>	

Executive Summary

Zu den Treibern der zukünftigen Gesundheitsversorgung gehören Megatrends wie Demografie, New Work, Digitalisierung und Individualisierung. »4 P« werden die Gesundheitswelt von morgen prägen: Personalisierung und Patientenorientierung, Prävention und Public Health. Die Kluft zwischen steigendem Versorgungsbedarf, Fachkräftemangel und begrenzten finanziellen Ressourcen fordern das Gesundheitssystem zunehmend heraus. Die neuen Digital- und Datennutzungsgesetze der Bundesregierung sind der Startschuss für einen Wettbewerb um die besten Lösungen. Immer mehr Bundesländer machen sich auf den Weg in eine bessere digitale Zukunft.

Das Ziel der in dieser Studie vorgestellten digitalen Lösungen ist eine bedarfsgerechte, personalisierte, digitalisierte und sektorenübergreifende Gesundheitsversorgung, in der qualitativ hochwertige Strukturen sinnvoll gebündelt und intelligent miteinander verzahnt werden. Digitale Unterstützungsmaßnahmen ermöglichen in Zukunft eine passgenaue und qualitativ hochwertige Versorgung. „Präventiv und digital vor ambulant und stationär“, wird dabei zum Leitmotiv bei der Bewältigung der Herausforderungen im Gesundheitswesen.

Die Zukunft der Gesundheitsversorgung: Digital und regional

Das Jahr 2024 wird als Zäsur in die Geschichte der digitalen Gesundheitsversorgung eingehen. Die neuen Digitalgesetze als „wichtiger Schritt in Richtung eines neuen, lernenden Gesundheitssystems“ (Karl Lauterbach) markieren den Startschuss für eine neue Ära im Bund und den Ländern. Damit wird Telemedizin endlich zur Regelleistung in der ambulanten Versorgung. Mehr Vertrauen in eine leistungsfähige Gesundheitsversorgung ist eine zentrale Voraussetzung unseres solidarischen Gesellschaftsvertrags und Bedingung für die notwendige Akzeptanz des dringend erforderlichen Umbaus des Gesundheitswesens. Dieses Vertrauen ist zuletzt gesunken.¹ Rund 60 Prozent der Bürgerinnen und Bürger haben wenig oder gar kein Vertrauen in die Fähigkeit der Politik, eine qualitativ hochwertige und zugleich bezahlbare Gesundheitsversorgung sicherzustellen.

Dies gilt insbesondere für die Versorgung im ländlichen Raum. Zwischen ländlichen Regionen und Ballungsgebieten bestehen bundesweit erhebliche Unterschiede in der Arztdichte. Insbesondere im ländlichen Raum zeichnet sich ein Mangel an Hausärztinnen und Hausärzten sowie an Fachärztinnen und Fachärzten ab. Die demografische Entwicklung führt in vielen Regionen zu einer abnehmenden Ärztedichte bei gleichzeitig steigendem Versorgungsbedarf der ländlichen Bevölkerung. Eine Stärkung der Kommunen als Akteure der neuen Gesundheitsregionen ist ein entscheidender Faktor einer neuen Gesundheitspolitik.

Die Treiber der künftigen Gesundheitsversorgung: Demografie, New Work, Konnektivität und Individualisierung

Megatrends wie Demografie, New Work, Digitalisierung und Individualisierung sind die maßgeblichen Treiber der zukünftigen Gesundheitsversorgung. Heute managen wir Krankheit statt Gesundheit. In Zukunft geht es um ein Gesundheitssystem, das funktioniert, auch bevor wir krank werden. „4 P“ werden die Gesundheitswelt von morgen prägen: Personalisierung und Patientenorientierung, Prävention und Public Health. Herausforderungen wie Klimawandel und Nachhaltigkeit verändern die Gesundheitswelt. Es geht um Patientenorientierung und Gesunderhaltung und damit um Produktivitätssteigerung für mehr Lebensqualität. Zu den größten Herausforderungen zählt die Kluft zwischen steigendem Versorgungsbedarf, Fachkräftemangel und begrenzten finanziellen Ressourcen. Die neuen Digital- und Datennutzungsgesetze sind der Startschuss für einen Wettbewerb um die besten Lösungen. Immer mehr Bundesländer machen sich auf den Weg in eine bessere digitale Zukunft.

¹ Vgl. Robert-Bosch-Stiftung (2023), Bevölkerung verliert Vertrauen in die Gesundheitspolitik | Robert Bosch Stiftung (bosch-stiftung.de)

Demografie: Fachkräftemangel und eine Gesellschaft des langen Lebens

2035 fehlen bundesweit rund 11.000 Hausärztinnen und Hausärzte.² Dies wird vor allem den ländlichen Raum treffen. Schon heute sind unbesetzte Hausarztsitze vor allem in den ländlich geprägten Regionen abseits der Großstädte und Mittelzentren zu finden. Die Vermeidung von Versorgungslücken und -engpässen wird in den nächsten Jahren zu einem Schwerpunkt in der Politik.

Personalisierung und Patientendemokratie.³ Medizin wird innerhalb der nächsten Generation zur präzisen und datenbasierten „Wissenschaft der Individualität“ (Eric Topol). Zu den Treibern werden der demografische, der gesellschaftliche und der digitale Wandel. Die Gesundheitswelt wird gleichberechtigt, individualisiert und altersübergreifend. „Patientenorientierung“ wird zum neuen Leitbild. Lebensqualität und ein gesundes und langes Leben werden wichtiger. Digitale Werkzeuge wie Assistenzsysteme und Apps unterstützen die Patientinnen und Patienten in ihrer Selbständigkeit und fördern ihre Autonomie. In Zukunft wird die Pflege in den eigenen vier Wänden stattfinden.

Digitalisierung: Sektorenübergreifende und solidarische Gesundheitsversorgung

Die Coronakrise hat gezeigt: Die Förderung der öffentlichen Gesundheit (Public Health) steht ganz oben auf der Agenda. Prävention und Public Health sind zwei Seiten derselben Medaille. Das eigene Wohlbefinden und das Wohlergehen des gesamten Planeten lassen sich nicht mehr voneinander trennen. Gesundheit wird lokal und digital. „Digital Health“ wird für die Jüngeren zum neuen Normal. Die Kliniken werden zum Cockpit und bieten individuelle Präzisionsmedizin für ihre Patienten an. Die einen kennen die Daten, die anderen teilen sie den Patientinnen und Patienten mit und verabreichen die Therapie. Eine exzellente digitale Ausstattung wird zur Voraussetzung für ein modernes patientenorientiertes Gesundheitssystem. In Zukunft werden Krankenhäuser in Echtzeit kommunizieren, sowohl intern als auch mit anderen Krankenhäusern und dem ambulanten Sektor.

In Zukunft werden für die Aufrechterhaltung einer bedarfsgerechten und leistungsfähigen medizinischen Versorgung Kooperationen der Ärzteschaft, die Nutzung von Delegationsmöglichkeiten und Heilkundeübertragungen sowie die sektorenübergreifende Zusammenarbeit wichtiger. Die Digitalisierung und die Förderung telemedizinischer Anwendungen entlasten Ärztinnen und Ärzte und andere Gesundheitsberufe, so dass diese sich – mit Unterstützung der Technik – mehr auf ihre eigentliche Tätigkeit fokussieren können.

² Vgl. Robert Bosch Stiftung, Pressemeldung 2021; 2035 fehlen in Deutschland rund 11.000 Hausärzte – Experten empfehlen den Aufbau von Gesundheitszentren | Robert Bosch Stiftung (bosch-stiftung.de) und Trendstudie „Die Zukunft des Arztberufs: Antworten auf den demografischen und gesellschaftlichen Wandel“, Gesundheitsstadt Berlin September 2023; Veröffentlichungen | Gesundheitsstadt Berlin e.V. (gesundheitsstadt-berlin.de)

³ Ausführlich: Roche Pharma AG / Zukunftsinstitut (2020): Gesundheitswelt 2049. Ein Navigator für die Zukunft; https://25114941.fs1.hubspotusercontent-eu1.net/hubfs/25114941/Zukunftsinstitut_Roche_Gesundheitswelt_2049.pdf

Dezentralisierung: Gesundheit für Alle

Die vorliegende Studie unterstreicht: Zu den Erfolgsfaktoren für die Attraktivität des ländlichen Raums gehört eine wohnortnahe medizinische Versorgung. Ziel ist es, die Versorgung in strukturschwachen Regionen möglichst passgenau zu gestalten. „Gesundheit für alle“ wird zur neuen sozialen Frage. In dem Maße, in dem die Eigenverantwortung des Einzelnen für sein persönliches körperliches, geistiges und seelisches Wohlbefinden wächst, wächst auch die Nachfrage nach einem Versorgungssystem, das die Gesundheit der Gesellschaft als Ganzes im Blick hat. Eine zukunftsfähige Gesundheitsversorgung braucht weniger Fehlsteuerung und mehr Freiheit und Flexibilität: Primärversorgungszentren und Telemedizin gehören zu den Antworten auf unterversorgte ländliche Regionen. Kommunale Medizinische Versorgungszentren, in denen Ärztinnen und Ärzte meist im Angestelltenverhältnis arbeiten, und sektorenübergreifend arbeitende Krankenhäuser brauchen ein Zusammenspiel von Bund, Ländern, Ärztekammern, Krankenkassen und den Kassenärztlichen Vereinigungen.

Antworten der Politik und Beitrag digitaler Anwendungen, Plattformen und Lösungen zur Überwindung dieser Herausforderungen

Das vorrangige Ziel der in dieser Studie vorgestellten digitalen Lösungen ist eine bedarfsgerechte, personalisierte, digitalisierte und sektorenübergreifende Gesundheitsversorgung, in der qualitativ hochwertige Strukturen sinnvoll gebündelt und intelligent miteinander verzahnt werden. Digitale Unterstützungsmaßnahmen ermöglichen in Zukunft eine passgenaue und qualitativ hochwertige Versorgung. Ziel der Bundesregierung ist es, dass in den nächsten zwei Jahren 80 Prozent der Versicherten in Deutschland über eine elektronische Patientenakte verfügen. Telemedizin ist ein entscheidender Baustein zur Optimierung der Gesundheitsversorgung. Insbesondere in ländlichen Regionen sollen neue Anwendungsfelder erschlossen werden. In 60 Prozent der unterversorgten Gebiete sollen bis 2026 telemedizinische Anlaufstellen etabliert werden.

Immer mehr Bundesländer fördern vielfältige Maßnahmen, um den Herausforderungen der Gesundheitsversorgung im ländlichen Raum zu begegnen. Ein Beispiel ist das Virtuelle Krankenhaus in Nordrhein-Westfalen. In Regionen ohne ausreichende Versorgung mit Krankenhäusern und Fachärzten soll es als Ergänzung zur persönlichen ärztlichen Versorgung dienen. Baden-Württemberg setzt mit einer Gesundheitscloud bundesweit Maßstäbe für die zukunftsorientierte Weiterentwicklung einer zunehmend digitalen und individualisierten Gesundheitsversorgung. Nutzen verspricht die Plattform dabei insbesondere durch die Bereitstellung dringend benötigter Digitalisierungsressourcen für Forschung, Versorgung und Translation. Gesundheitsdaten, IT-Schnittstellen, Applikationen und Prozesse werden standardisiert und den Akteuren im Gesundheitswesen zugänglich gemacht. Auch Bayern hat im Dezember 2023 das ‚Virtuelle Kinderkrankenhaus‘ gestartet und hat eine Highmed Agenda verabschiedet. Für die Pflege plant der Freistaat eine Highcare Agenda, um auch die Pflege bestmög-

lich für die digitale Zukunft aufzustellen. Brandenburg, das im Bundesvergleich die geringste Arztdichte aufweist, setzt auf seine gute Anbindung an die innovative und moderne Gesundheitsmedizin in Berlin und die neue Universitätsmedizin Cottbus in der Modellregion Gesundheit Lausitz. Hier werden die einzelnen Anbieter digital verknüpft, um ein Netzwerk für Forschung, Lehre- und Versorgung aufzubauen. Im Interview dieser Trendstudie nennt Brandenburgs Gesundheitsministerin Ursula Nonnemacher „die Vernetzung von ambulanten und stationären Angeboten“ als essentiell für die zukünftige Versorgung. Brandenburg sei hier Vorreiter, zum Beispiel mit dem bundesweit beachteten Ambulant Stationären Zentrum Templin.

Ambulantisierung auf dem Vormarsch

Die Ambulantisierung wird eine immer zentralere Rolle einnehmen. Aufgrund steigender Kosten und Personalengpässen stehen in deutschen Krankenhäusern weniger Betten zur Verfügung. Dies wird an rückläufigen durchschnittlichen Verweildauern in Krankenhäusern ersichtlich.⁴ Die Ambulantisierung würde die Krankenhäuser entlasten und den Fokus wieder auf unumgänglich stationär durchführbare Behandlungen beschränken. Im Umkehrschluss würden ambulante Arztpraxen an Bedeutung gewinnen und durch eine eventuelle Ausweitung der Leistungen für viele Ärztinnen und Ärzte attraktiver werden.

Präventiv und digital vor ambulant und stationär

Digitale Anwendungen, Plattformen und Lösungen haben das Potenzial für eine flächendeckende, effiziente sowie patientenzentrierte Gesundheitsversorgung im ländlichen Raum und sind in den Großstädten und Ballungsgebieten bereits im Einsatz, wie die Beispiele in dieser Studie zeigen. „Präventiv und digital vor ambulant und stationär“, wird zum Leitmotiv bei der Bewältigung der Herausforderungen im Gesundheitswesen, wie es der baden-württembergische Gesundheitsminister Manne Lucha im Interview der neuen Trendstudie formuliert. Ihm und allen an dieser Studie beteiligten Gesundheitsministerinnen und Gesundheitsministern sowie Expertinnen und Experten gilt unser Dank für ihre Zeit und die vielen guten (digitalen) Lösungen.

⁴ Radtke, Rainer (2024) Verweildauer in deutschen Krankenhäusern bis 2022 | Statista

KAPITEL 1

Digitale Lösungen aus den Bundesländern

Baden-Württemberg: Primärversorgungszentren, Erhöhung der Studienplätze, Landarztquote

In Süddeutschland, in Baden-Württemberg beträgt der Anteil des ländlichen Raums mit 69 Prozent etwas mehr als zwei Drittel der Gesamtfläche.⁵ Hinzu kommen räumliche Disparitäten zwischen Flachland und Mittelgebirge, die die Mobilität älterer oder gesundheitlich eingeschränkter Menschen erschweren.

Taten statt Worte

In Baden-Württemberg werden Primärversorgungszentren im Rahmen von Modellvorhaben gefördert, die Zahl der Medizinstudienplätze erhöht und durch die Landarztquote werden Anreize für junge Ärztinnen und Ärzte geschaffen, die sich nach ihrem Studium verlässlich auf dem Land niederlassen.

„Präventiv und digital vor ambulant und stationär“

Für **Gesundheitsminister Manne Lucha** stehen zwei Herausforderungen im Mittelpunkt: eine alternde Bevölkerung bei steigendem Fachkräftemangel (aktuell seien die Hausärztinnen und Hausärzte in Baden-Württemberg durchschnittlich 56 Jahre alt) und der Trend zu einer sektorenübergreifenden Versorgung.



Vor welchen Herausforderungen steht die Gesundheitsversorgung im ländlichen Raum Baden-Württembergs bis 2030/35?

Bedingt unter anderem durch den demografischen Wandel muss sich unser Gesundheitswesen mit einer zunehmenden Ressourcenknappheit auseinandersetzen. Einerseits steigt die Nachfrage einer stetig älter werdenden Bevölkerung nach medizinischer Behandlung und andererseits sind wir mit einem Fachkräftemangel konfrontiert, der sich schon heute insbesondere in ländlichen und strukturschwachen Gebieten zeigt. Hinzu kommt, dass in den nächsten zehn bis 15 Jahren die geburtenstarken Jahrgänge der Ärztinnen und Ärzte (1955–1965, sogenannte Babyboomer) nach und nach in den Ruhestand gehen werden. Das Durchschnittsalter der Hausärztinnen und Hausärzte in Baden-Württemberg liegt derzeit bei 56 Jahren. Rund 38 Prozent der Hausärztinnen und Hausärzte sind älter als 60 Jahre und werden absehbar in den nächsten Jahren in den Ruhestand gehen. Außerdem hegen junge Mediziner immer weniger den Wunsch nach einer eigenen Praxis und bevorzugen die Anstellung. Das unternehmerische Risiko und die mit einer Praxisgründung oder -übernahme einhergehende Bürokratie wird gescheut.

⁵ Ministerium für Ernährung, Ländlichen Raum und Verbraucherschutz
<https://lr.landwirtschaft-bw.de/Lde/Startseite/Allgemeines/Raumkategorien>

»Rund 38 Prozent der Hausärztinnen und Hausärzte sind älter als 60 Jahre und werden absehbar in den nächsten Jahren in den Ruhestand gehen.«

Manne Lucha

Sowohl die ambulante und stationäre als auch die pflegerische Versorgung ist daher in Teilen des Landes von drohenden Versorgungslücken, Personalengpässen und Überlastungen in Arztpraxen, Krankenhäusern und Pflegeeinrichtungen betroffen.

Wie begegnen Sie diesen Herausforderungen?

Aus Sicht der Landesregierung Baden-Württemberg muss das Ziel eine bedarfsgenaue, personalisierte, digitalisierte und sektorenübergreifende Gesundheitsversorgung sein, in der qualitativ hochwertige Strukturen sinnvoll gebündelt und klug miteinander verzahnt werden. Im Bereich der sektorenübergreifenden Versorgung geht Baden-Württemberg bereits seit einiger Zeit voran, beispielsweise durch die Förderung von Primärversorgungszentren im Rahmen von Modellvorhaben. Aber auch die gezielte Förderung der Niederlassung von Hausärztinnen und Hausärzten auf dem Land, eine Landarztquote (hier erhält eine Hausärztin oder ein Hausarzt bis zu 30.000 Euro Landesförderung, wenn sie oder er sich in einer ländlichen Gemeinde niederlässt, in der die hausärztliche Versorgung nicht oder in absehbarer Zeit nicht mehr gesichert ist) sowie die Erhöhung der Zahl der Medizinstudienplätze sind Teil unserer Strategie. „Präventiv und digital vor ambulant und stationär“ ist das Credo, das bei der Bewältigung der Herausforderungen im Gesundheitswesen fokussiert werden sollte.

Zudem verfolgt das Land den Ansatz, mithilfe von genossenschaftlich organisierten Medizinischen Versorgungszentren (MVZeG) die Rahmenbedingungen des (Haus) Arztberufes an die Bedürfnisse der nachkommenden Ärztegeneration anzupassen. Die Organisation als MVZ eG bietet jungen Ärztinnen und Ärzten beispielsweise die Möglichkeit, im Angestelltenverhältnis und auf Teilzeitbasis tätig zu sein, ohne das Prozedere einer Praxisneugründung oder Übernahme und das damit zugleich verbundene unternehmerische Risiko einzugehen. Die Corona-Pandemie hat darüber hinaus gezeigt, dass ein hoher Digitalisierungsgrad und eine gute technische Ausstattung der Krankenhäuser erforderlich sind. Damit dieses Ziel erreicht wird, stellt das Land gemeinsam mit dem Bund rund 550 Millionen Euro aus dem Krankenhauszukunfts fonds bereit, um notwendige Investitionen in die technische und informationstechnische Ausstattung der Krankenhäuser zu fördern.

»»Präventiv und digital vor ambulant und stationär« ist das Credo, das bei der Bewältigung der Herausforderungen im Gesundheitswesen fokussiert werden sollte.«

Manne Lucha

**»Dabei geht es einerseits darum,
die Digitalisierung nicht zum Selbstzweck
werden zu lassen und stets den Mehrwert
für Patientinnen und Patienten sowie
Leistungserbringende im Blick zu behalten.«**

Manne Lucha

Welchen Beitrag leisten dabei digitale Anwendungen, Plattformen und Lösungen?

Baden-Württemberg hat bereits im Jahr 2017 eine Strategie zur Digitalisierung in Medizin und Pflege auf den Weg gebracht und fördert in diesem Rahmen inzwischen rund 50 Projekte mit über 20 Millionen Euro. Digitale und KI-gestützte Anwendungen können dabei unterstützen, Ressourcen wirtschaftlicher einzusetzen und bedarfsgerechter zu verteilen. Dabei geht es einerseits darum, die Digitalisierung nicht zum Selbstzweck werden zu lassen und stets den Mehrwert für Patientinnen und Patienten sowie Leistungserbringende im Blick zu behalten. Andererseits ist es uns ein besonderes Anliegen, Forschungserkenntnisse und neue Entwicklungen aus dem Bereich Digitalisierung und Künstliche Intelligenz möglichst zügig aus der Forschung in die Anwendung zu bringen.

Mit „sKIn“ fördern wir beispielsweise ein Projekt des Deutschen Krebsforschungszentrums, bei dem eine bereits mehrfach ausgezeichnete App zur Hautkrebs-Diagnostik den aufwändigen Zulassungsprozess durchlaufen soll. Diese App soll in naher Zukunft Hautärztinnen und Hausärzte bei ihrer Arbeit unterstützen und zeitliche Freiräume für komplexere Behandlungsfälle schaffen. In Regionen, in denen die (fach)ärztliche Präsenz nicht rund um die Uhr zu gewährleisten ist, kann Telemedizin zum Einsatz kommen. In Baden-Württemberg ist diese bereits im Rahmen der Schlaganfallkonzeption etabliert. Darüber hinaus setzt das Land mit einer Gesundheitscloud bundesweit Maßstäbe für die zukunftsorientierte Weiterentwicklung der zunehmend digitalen und individualisierten Gesundheitsversorgung. Nutzen verspricht die Plattform dabei insbesondere durch die Bereitstellung dringend benötigter Digitalisierungsressourcen für Forschung, Versorgung und Translation. Dabei werden Gesundheitsdaten, IT-Schnittstellen, Applikationen und Prozesse standardisiert und den Akteuren des Gesundheitswesens zugänglich gemacht.

Um die Digitalisierung voranzutreiben, müssen alle Bevölkerungsgruppen über zumindest vergleichbare Startbedingungen verfügen. Baden-Württemberg hat sich deshalb seit einigen Jahren das Thema Digitalkompetenz auf die Fahnen geschrieben. Beispielsweise mit Showrooms und Bussen, die Marktplätze in Stadt und Land ansteuern, wollen wir Digitalisierung und ihre Vorteile im Gesundheitswesen greifbar machen und die notwendigen Grundkenntnisse vermitteln.

Bayern: Ausbau und Aufrechterhaltung der ambulanten ärztlichen Versorgung im ländlichen Raum

Der Freistaat Bayern hat einen Flächenanteil von 20 Prozent an der Gesamtfläche Deutschlands und ist mit 13,1 Millionen Einwohnern das zweitbevölkerungsreichste Bundesland.⁶ Dies stellt eine große Herausforderung für die flächendeckende medizinische Versorgung dar, die jedoch im stationären Bereich gut bewältigt wird. Die Krankenhausstrukturen sind flächendeckend hervorragend ausgebaut und auf die Versorgung des ländlichen Raumes abgestimmt. Strukturwandel und Personal-mangel stellen auch in Bayern ein zentrales Problem dar.

»Stationäre und ambulante ärztliche Versorgung im ländlichen Raum auf höchstem Niveau«



Bayerns neue Staatsministerin für Gesundheit, Pflege und Prävention **Judith Gerlach** nennt als Kernziel den Ausbau und die Aufrechterhaltung der ambulanten ärztlichen Versorgung vor allem im ländlichen Raum und sieht den Freistaat im digitalen Bereich gut aufgestellt.

Vor welchen Herausforderungen steht die Gesundheitsversorgung im ländlichen Raum Ihres Bundeslands bis 2030/35?

Die Krankenhausreform ist eine der größten gesundheitspolitischen Herausforderungen der kommenden Jahre. Unsere Aufgabe ist es daher, eine tragfähige Reform zu erarbeiten, die eine flächendeckende Versorgung gewährleistet. Dabei müssen wir verhindern, dass die gewachsene, leistungsfähige und krisensichere Krankenhausstruktur durch zentralistische Vorgaben und planwirtschaftliche Maßnahmen des Bundes zerstört wird, unter denen eine bedarfsgerechte Krankenhausplanung nicht mehr gewährleistet werden könnte. Gerade in einem Flächenland wie Bayern spielt die wohnortnahe Versorgung eine bedeutende Rolle. Von den derzeit in Bayern zugelassenen Krankenhäusern befinden sich knapp zwei Drittel im ländlichen Raum und mit ihnen die Hälfte der vollstationären Betten und teilstationären Plätze. Damit ist in der bestehenden Krankenhausstruktur in Bayern eine regionale, akutstationäre Versorgung der Bevölkerung insbesondere auch in der Fläche sichergestellt.

Klar ist aber auch: Die Krankenhauslandschaft befindet sich generell in ganz Bayern und Deutschland in einem andauernden Prozess der Umstrukturierung. Insbesondere rückläufige Verweildauern und die zunehmende Ambulantisierung in der Medizin haben zu einem deutlichen Kapazitätsrückgang in der somatischen Medizin geführt. Hinzu kommt das immer virulenter werdende Problem, das für den Betrieb der Krankenhäuser erforderliche Personal zu gewinnen. Die derzeit vom Bund angestrebte Vergütungsreform wird den Kon-

⁶ Bundeszentrale für politische Bildung (2020) Bevölkerung nach Bundesländern | Die soziale Situation in Deutschland | bpb.de

»In einem Flächenland wie Bayern spielt die wohnortnahe Versorgung eine bedeutende Rolle. Von den derzeit in Bayern zugelassenen Krankenhäusern befinden sich knapp zwei Drittel im ländlichen Raum und mit ihnen die Hälfte der vollstationären Betten und teilstationären Plätze.«

Judith Gerlach

zentrationstrend im Krankenhausbereich weiter verstärken. Es wäre daher unrealistisch zu sagen, es könne und müsse alles genau so bleiben wie es derzeit ist. Die Krankenhäuser sind deshalb gut beraten, den Strukturwandel proaktiv anzugehen und rechtzeitig medizinisch wie wirtschaftlich dauerhaft tragfähige Strukturen zu schaffen. Wichtig ist, dass am Ende des Prozesses eine medizinisch und wirtschaftlich leistungskräftige und gleichzeitig weiterhin flächendeckende Versorgungsstruktur zur Verfügung steht.

Wie begegnen Sie diesen Herausforderungen?

Ein Kernziel für die kommenden Jahre ist es, die stationäre und ambulante ärztliche Versorgung gerade auch im ländlichen Raum auf höchstem Niveau weiter zu gewährleisten. Dafür müssen alte Strukturen reformiert und vor allem Fachkräfte gefunden und gehalten werden.

Die enge Begleitung der Krankenhausreform des Bundes in ihrer Entstehungsphase und ihre spätere Umsetzung unter Beibehaltung der notwendigen Versorgungsstrukturen gehören zu den wichtigsten Zielen. Anders als der Bund nimmt der Freistaat seine Finanzierungsverantwortung für die Krankenhausinvestitionen seit jeher vorbildlich wahr. Allein in den vergangenen zehn Jahren wurden gemeinsam mit den kommunalen Finanzpartnern über fünf Milliarden Euro für investive Maßnahmen in den Krankenhäusern bereitgestellt. Davon profitierten in besonderem Maße gerade die Kliniken im ländlichen Raum. Mit einem Anteil von mehr als drei Milliarden Euro flossen weit über die Hälfte der Gesamtfördermittel (rund 58 Prozent) in diesem Zeitraum zur Verbesserung der akutstationären Versorgung außerhalb der Ballungsgebiete. Trotz der hohen Förderung besteht bei den Kliniken jedoch weiterhin erheblicher Investitionsbedarf. Im Koalitionsvertrag wurde deshalb festgeschrieben, die Mittel für die Krankenhausinvestitionsförderung in den kommenden fünf Jahren bedarfsgerecht auf eine Milliarde Euro aufzustocken. Im vergangenen Dezember haben wir mit den kommunalen Spitzenverbänden vereinbart, den Mittelansatz für 2024 auf 800 Millionen Euro anzuheben, das ist ein Plus von fast 25 Prozent. Die entsprechende Beschlussfassung des Bayerischen Landtags vorausgesetzt, haben wir damit einen wichtigen ersten Schritt zur ‚Krankenhausmilliarde‘ realisiert. Darüber hinaus legen wir ein Förderprogramm für kleinere Krankenhäuser im ländlichen Raum mit einem Gesamtvolumen von 100 Millionen Euro über fünf Jahre auf. Flankierend zur ‚regulären‘ Krankenhausförderung sollen mit diesen Mitteln speziell kleinere Krankenhäuser im ländlichen Raum bei der strukturellen Anpassung an veränderte Rahmenbedingungen und bei der Umsetzung moderner Versorgungskonzepte unterstützt werden. Der Freistaat bleibt auch in Zukunft ein verlässlicher Partner der Krankenhäuser bei der Finanzierung notwendiger Investitionen.

»Immer mehr Gemeinden, gerade in ländlichen Regionen, erkennen die hohe Bedeutung einer wohnortnahen ambulanten ärztlichen Versorgung und sind bereit, sich selbst für den Erhalt beziehungsweise die Verbesserung der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung zu engagieren.«

Judith Gerlach

Auch die ambulante ärztliche Versorgung fördern wir aktiv, damit die Wege zum Haus- oder Facharzt möglichst kurz bleiben. Hier haben wir auf Landesebene frühzeitig gehandelt. Seit 2012 unterstützen wir mit der Landarztprämie Mediziner, die sich im ländlichen Raum niederlassen. Als Unterstützung bekommen sie bis zu 60.000 Euro. Seit 2012 konnten wir damit schon 1.214 Niederlassungen und Filialbildungen fördern – davon allein 828 Hausärztinnen und Hausärzte. Daneben haben wir zum Wintersemester 2020/2021 die Landarztquote eingeführt. Jahr für Jahr fördern wir mehr als 100 neue Studierende, die sich im Gegenzug verpflichten, nach ihrer Ausbildung mindestens zehn Jahre als Hausärztin oder Hausarzt im ländlichen Raum zu arbeiten. Bei den Auswahlkriterien wurde bewusst auf die Abiturnote verzichtet. Denn nicht die Noten sind ausschlaggebend, ob jemand über die Landarztquote Medizin studieren darf, sondern die besondere Eignung und Motivation. Dafür reservieren die Universitäten jedes Jahr 5,8 Prozent ihrer Studienplätze. Die ersten Absolventen werden voraussichtlich im Jahr 2031 in den Beruf einsteigen.

Des Weiteren werden wir künftig Maßnahmen von Gemeinden, die dem Erhalt oder der Verbesserung der ärztlichen Versorgung im ländlichen Raum dienen, mit bis zu 150.000 Euro unterstützen. Denn immer mehr Gemeinden, gerade in ländlichen Regionen, erkennen die hohe Bedeutung einer wohnortnahen ambulanten ärztlichen Versorgung und sind bereit, sich selbst für den Erhalt beziehungsweise die Verbesserung der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung zu engagieren. Die Richtlinie über die Förderung kommunalen Engagements für die ärztliche Versorgung vor Ort ist zum 1. Januar in Kraft getreten.

Ein weiteres Augenmerk gilt der Pflege. Hier gilt es insbesondere, dem Fachkräftemangel entgegenzuwirken und durch Bürokratieabbau die Arbeit für die Pflegekräfte attraktiver und effizienter zu machen.

Darüber hinaus besteht eine zentrale Herausforderung darin, die Gesundheitsdienstleistungen und -akteure stärker miteinander zu vernetzen und Synergien zu nutzen. Hier kommt die Digitalisierung ins Spiel.

Welchen Beitrag leisten dabei digitale Anwendungen, Plattformen und Lösungen?

Digitalisierung spielt für mich eine Schlüsselrolle, die in alle Bereiche im Gesundheits- und Pflegewesen hineinwirkt und positive Effekte für die Menschen in Bayern entfalten wird. Großes Potenzial hat dabei die Nutzung von Gesundheitsdaten – sowohl für die medizinische Versorgung als auch für die Forschung und die Stärkung der Gesundheitswirtschaft. Wir haben in Bayern im vergangenen Jahr eine Highmed Agenda verabschiedet. Diese enthält auch vielversprechende Projekte und Programme zur Digitalisierung. Beispiele sind die Projekte

DigiMed Bayern und digiOnko, die umfassende Datensätze in verschiedenen Krankheitsbildern nutzen, auswerten und verknüpfen. Noch 2023 ist zudem ein Gemeinschaftsprojekt mit der Kassenärztlichen Vereinigung (KVB) zur Digitalisierung des ärztlichen Bereitschaftsdiensts angelaufen sowie ein Projekt zur digitalen Musterpraxis sowie die Modellregion Healthcare BY Your Side für die bestmögliche digital unterstützte Vernetzung und Versorgung in Bayern. Darüber hinaus planen wir gerade für die Pflege eine Highcare Agenda, um auch die Pflege bestmöglich für die digitale Zukunft aufzustellen. Entscheidend ist es, sowohl die Bevölkerung, als auch die Fachkräfte in Gesundheit und Pflege für die Digitalisierung zu gewinnen.

Auch im stationären Bereich werden wir die Digitalisierung weiter voranbringen. Ein gutes Beispiel für gelebte digitale Versorgung sind unsere Schlaganfallnetzwerke. Bei einem Schlaganfall zählt jede Minute: Patienten müssen nach Symptombeginn schnellstmöglich adäquat versorgt werden. Bayern setzt als Flächenstaat deshalb seit vielen Jahren auf telemedizinische Schlaganfallnetzwerke, die die Expertise großer Schlaganfallzentren auch in ländlichen Regionen verfügbar machen. Der Vorteil: Die Patienten können wohnortnah in Kooperationskliniken aufgenommen werden. Die Kliniken werden durch die Experten der Zentrumskliniken insbesondere im Rahmen von Telekonsilen bei Diagnostik und Therapie der Patienten unterstützt. Das System hat sich für Bayern bewährt. Mittlerweile existieren vier Schlaganfallnetzwerke mit derzeit insgesamt 81 teilnehmenden Krankenhäusern.

Zudem haben wir im Dezember 2023 das ‚Virtuelle Kinderkrankenhaus‘ offiziell gestartet. Diese digitale Vernetzung der pädiatrischen Einrichtungen erlaubt zunächst eine bessere Koordinierung der Belegung, ab Herbst werden zusätzlich telemedizinische Konsultationen möglich sein.

Mit der Klinik-IT eG entstand aus der Mitte der Krankenhäuser ein Unternehmen, das sich insbesondere der digitalen Vernetzung widmet. Wir unterstützen sie mit 1,4 Millionen Euro für zwei konkrete Projekte, die sich dem weiteren Ausbau einer gemeinsamen Vernetzungsplattform und der IT-Sicherheit widmen.

Letztlich profitieren die Krankenhäuser bei der Digitalisierung auch ganz erheblich vom Krankenhauszukunftsfonds des Bundes. An diesem Förderprogramm beteiligt sich der Freistaat Bayern, indem er die 180 Millionen Euro Kofinanzierungsmittel an den auf Bayern entfallenden 590 Millionen Euro für die Plankrankenhäuser übernimmt. Damit können Projekte insbesondere im Bereich der digitalen Pflege- und Behandlungsdokumentation, der Beschaffung Robotik-basierter Geräte, aber auch der IT-Sicherheit umgesetzt werden.

»Digitalisierung spielt für mich eine Schlüsselrolle, die in alle Bereiche im Gesundheits- und Pflegewesen hineinwirkt und positive Effekte für die Menschen in Bayern entfalten wird.«

Judith Gerlach

Berlin: Mit »Gesundheitsstadt 2030« an die Spitze

Mit dem Leitbild „Gesundheitsstadt 2030“ verfolgt die Hauptstadt das Ziel, die medizinische Versorgung auf einem Spitzenniveau zu halten. Ziel ist es, die Gesundheitslandschaft in Berlin als ganzheitliche (digitale) Präventions- und Versorgungskette zu gestalten.

»Versäulte Strukturen auflösen und neu verzahnen«

Dr. Ina Czyborra ist seit 2023 Senatorin für Wissenschaft, Gesundheit und Pflege.



Vor welchen Herausforderungen steht die Gesundheitsversorgung im ländlichen Raum Ihres Bundeslands bis 2030/35?

Zunächst einmal ist die wohl größte Herausforderung, dass wir Gesundheits- und Pflegeversorgung zusammen betrachten müssen. Ambulante und stationäre Versorgung müssen neu gedacht, versäulte Strukturen aufgelöst und neu verzahnt werden, um Zugang zu ermöglichen und exzellente Behandlung zu sichern. Aber nicht nur an die Lebensälteren müssen wir denken. Ich bin fest davon überzeugt, dass auch die Jüngeren, die einen großen Teil der Folgen der Corona-Pandemie getragen haben, in den kommenden Jahren verstärkt medizinische, insbesondere psychologische Unterstützung in Anspruch nehmen werden. Das zeigt sich heute schon. Daneben stehen wir dem Fachkräftemangel und leeren öffentlichen Kassen gegenüber.

Multiple Krisen und eine Schuldenbremse, die angesichts des Klimawandels wichtige Investitionen in Krankenhäuser und Arztpraxen ausbremst, lasten schwer auf dem System. Preise für Pflegebedürftige und Beiträge für die Versicherten steigen. Das alles kumuliert sich zu einer echten Verteilungskrise, die Politik und Verwaltung herausfordert und unter gar keinen Umständen zu einem sozialen Kahlschlag führen darf.

Wie begegnen Sie diesen Herausforderungen?

Offenheit, Interesse und ohne Angst vor neuen Wegen. Komplexe Probleme haben selten einfache Lösungen. Darum konzentriere ich mich darauf, Zusammenhänge zwischen den einzelnen Themen zu verstehen und neue Verbindungen zu knüpfen. Seit meinem Amtsantritt habe ich viele Gespräche mit ganz unterschiedlichen Playern des Gesundheitssystems geführt

»Die wohl größte Herausforderung ist, dass wir Gesundheits- und Pflegeversorgung zusammen betrachten müssen.«

Dr. Ina Czyborra

»Ein Beispiel für eine zukunftsfähige Plattform ist »Pflege 4.0.«

Dr. Ina Czyborra

und natürlich auch mit denjenigen, die in Wissenschaft und Forschung zu diesen Themen unterwegs sind. Es stellt sich heraus, dass viele Ideen sich ähneln und zu einem zukunftsfähigen Versorgungssystem beitragen können.

Welchen Beitrag leisten dabei digitale Anwendungen, Plattformen und Lösungen (können Sie uns ggf. innovative Beispiele nennen)?

Digitalisierung hat enorm viel Potential, wir müssen aber die Vorbehalte auflösen. Zuerst brauchen wir dafür gut funktionierende nutzerfreundliche Systeme. Vieles in der Patientendokumentation kann z. B. durch Standardisierung vereinfacht werden. KI hilft dabei den Aufwand für Beschäftigte zu verringern, um mehr Zeit am Patienten zu haben. Digitale Dokumentation nützt, um medizinische Forschung zu verbessern, neue Therapien zu entwickeln und Entscheidungen zu vereinfachen. Ein Beispiel: Die neue adaptive Strahlentherapie an der Charité, die eine zielgenaue Behandlung möglich macht.

Digitale Dokumentation erleichtert auch die Steuerung im Krankenhaus und zwischen den Häusern. Berlin hat mit Hilfe der Charité eine Datenbank aufgebaut, die inzwischen von den meisten Berliner Kliniken genutzt wird. Aktuell sprechen wir mit Brandenburg darüber, diese Datenbank über die Grenzen unserer beiden Bundesländer hinweg zu erweitern.

Mit Blick auf den Fachkräftemangel lassen sich durch Digitalisierung auch im praktischen Arbeitsalltag Entlastungen schaffen – z. B. durch digitale Unterstützungssysteme, wie z. B. Sensoren oder Exoskelette. Ein Beispiel für eine zukunftsfähige Plattform ist „Pflege 4.0“, die meine Verwaltung mitträgt. Pflegebedürftige, Pflegende und Interessierte finden hier alles Wichtige und neuerdings auch digitale Anwendungen, die die persönliche Pflegesituation bereichern. Hier gibt es alle Informationen und Tipps aus einer Hand und das macht es für viele Nutzerinnen und Nutzern einfacher.

Brandenburg: Vernetzung von ambulanten und stationären Angeboten

Das Land Brandenburg ist das östlichste Bundesland der Bundesrepublik Deutschland. Das Hauptproblem der ostdeutschen Bundesländer ist die Abwanderung in den Westen und der damit verbundene Fachkräftemangel, vor allem im Gesundheitswesen. In Brandenburg ist der Arztmangel statistisch gesehen am gravierendsten. Brandenburg hat deutschlandweit die geringste Arztdichte. Eine Ärztin/ein Arzt versorgt hier 249 Einwohner, während beispielweise in Berlin eine Ärztin/ein Arzt auf 146 Einwohner kommt.⁷ Durch die Nähe zu Berlin und der Universitätsmedizin Charité existiert eine gute Anbindung an innovative und moderne Gesundheitsmedizin, von der man profitiert. In Brandenburg wird aktiv nach Lösungsansätzen für die zukünftige medizinische Versorgung und Koordination im Gesundheitswesen gesucht.

»Vorreiter bei der Vernetzung von ambulanten und stationären Angeboten«



Frau **Ursula Nonnemacher** ist seit 2019 Ministerin für Soziales, Gesundheit, Integration und Verbraucherschutz des Landes Brandenburg.

Vor welchen Herausforderungen steht die Gesundheitsversorgung im ländlichen Raum Ihres Bundeslands?

Brandenburg ist wie die anderen ostdeutschen Länder besonders stark vom demografischen Wandel betroffen. Neben einem deutlichen Geburtenrückgang in den Nachwendejahren haben gleichzeitig viele junge Menschen die Region verlassen. Daher ist unsere Bevölkerung deutlich älter als im Bundesdurchschnitt und dementsprechend mehr auf medizinische und pflegerische Versorgung angewiesen. Dazu haben wir die geringste Arztdichte. Insbesondere in ländlichen Regionen wird es zunehmend schwieriger, für Praxen eine Altersnachfolge zu finden. Bei uns besteht aktuell noch keine Unterversorgung. Aber derzeit gibt es 316 offene Hausarzt-Sitze in Brandenburg und in den nächsten Jahren könnten es noch mehr werden – bei gleichzeitig steigendem Bedarf der Patienten. Und natürlich stehen wir alle vor der großen Herausforderung, die geplante Krankenhausreform umzusetzen. Unser erklärtes Ziel ist es weiterhin, eine bedarfsgerechte und regional ausgeglichene Versorgung der Bevölkerung mit leistungsfähigen und wirtschaftlich tragfähigen Krankenhäusern im Land Brandenburg sicherzustellen.

»Wir haben in Brandenburg die geringste Arztdichte. Insbesondere in ländlichen Regionen wird es zunehmend schwieriger, für Praxen eine Altersnachfolge zu finden.«

Ursula Nonnemacher

⁷ Radtke, Rainer (2024) Arztdichte in Deutschland nach Bundesländern | Statista

Die Vernetzung von ambulanten und stationären Angeboten wird für die künftige Versorgung immer wichtiger. Hier sind wir Vorreiter, zum Beispiel mit dem bundesweit beachteten Ambulant Stationären Zentrum Templin.«

Ursula Nonnemacher

Wie sehen die politischen Antworten Ihres Bundeslands aus?

Wir stärken zum Beispiel die Ausbildung von Fachkräften. In den letzten zehn Jahren wurden zwei private medizinische Fakultäten im Land gegründet. Und 2026 soll der erste Jahrgang an der neuen Universitätsmedizin Cottbus starten. Hier werden junge Medizinerinnen und Mediziner ausgebildet, die wir in Brandenburg dringend brauchen. Der „Pakt für Pflege“ ist ein Schwerpunkt der Landesregierung. Er hat zum Ziel, pflegebedürftige Menschen und ihre Angehörigen vor Ort zu unterstützen, Beratungsstrukturen auszubauen und die Fachkräftesicherung in der Pflege zu fördern. Im Landeshaushalt stehen dafür jedes Jahr rund 20 Millionen Euro zur Verfügung. Das Projekt „National Matching Brandenburg“ startete 2016 als Modellvorhaben und wurde jetzt bis Ende 2024 verlängert. Hier werden Geflüchtete und Zugewanderte gezielt mit medizinischer Fachausbildung angesprochen. Aber, das wird auch immer deutlicher: Die Bundesrepublik hat wirklich noch Hausaufgaben zu machen, was die Anerkennung von ausländischen Berufsabschlüssen für medizinisches Fachpersonal angeht. Die Vernetzung von ambulanten und stationären Angeboten wird für die künftige Versorgung immer wichtiger. Hier sind wir Vorreiter, zum Beispiel mit dem bundesweit beachteten Ambulant Stationären Zentrum Templin.

Welchen Beitrag leisten dabei digitale Anwendungen, Plattformen und Lösungen?

Brandenburg ist ein großes Flächenland, trotzdem wollen wir eine hohe Versorgungsqualität in allen Landesteilen. Eine besondere Herausforderung ist die Erreichbarkeit medizinischer Angebote. Wenn Haus- oder Fachärzte eine Untersuchung oder Beratung via Videosprechstunde machen können, spart das für alle lange Wege- und Wartezeiten. Ich sehe deshalb in der Digitalisierung eine große Chance. In Brandenburg wurden bereits einige Modellprojekte umgesetzt. Zum Beispiel haben wir mit „QS-Notfall“ die digitale Übertragung eines Herzinfarkt-EKGs direkt in die angefahrene Notaufnahme realisiert, so dass dort schon vor Eintreffen alles Nötige vorbereitet werden kann. Dadurch konnte bei einigen Patientengruppen die Zeit bis zur Wiederöffnung der Herzkranzgefäße deutlich verkürzt werden. Das Modellprojekt hat überzeugend gezeigt, wie die Notfallversorgung dank Digitalisierung beschleunigt und verbessert werden kann. Beim Projekt ANNOTeM wurde in Kliniken ohne neurologische Abteilung getestet, inwieweit eine telemedizinische Anbindung an ein neurologisches Zentrum eine zügige Versorgung von beispielsweise epileptischen Anfällen oder einem Schlaganfall auch in der Fläche ermöglicht und damit lange Fahrtwege erspart. Im Rahmen des Strukturwandels in der Braunkohleregion Lausitz haben wir dort gemeinsam mit dem Wissenschaftsministerium und vielen regionalen Partnern die „Modellregion Gesundheit Lausitz“ gegründet. Dabei werden die einzelnen Anbieter digital verknüpft, um ein Forschungs-, Lehr- und Versorgungsnetzwerk aufzubauen.

Bremen: Kommunale medizinische Versorgungszentren

Auch im Stadtstaat Bremen stellt die zunehmende Ambulantisierung eine zentrale Herausforderung dar. Der bundesweit vorherrschende Fachkräftemangel erschwert auch hier die Sicherstellung der medizinischen Versorgung.

»Wir brauchen mehr Tempo bei der Verknüpfung von allen Institutionen der Gesundheitsversorgung«



Claudia Bernhard ist seit 2019 Senatorin für Gesundheit, Frauen und Verbraucherschutz in Bremen.

Vor welchen Herausforderungen steht die Gesundheitsversorgung in Bremen bis 2030/35?

Durch die zunehmende Ambulantisierung von Eingriffen und den Fachkräftemangel in den Gesundheitsberufen verändert sich die Krankenhauslandschaft nicht nur in Bremen, sondern deutschlandweit. Zudem gibt es immer weniger Ärztinnen und Ärzte, die sich in einer eigenen Praxis niederlassen und die wirtschaftliche Verantwortung dafür tragen möchten. Außerdem gehen in den nächsten Jahren viele Ärztinnen und Ärzte in den Ruhestand und finden keine Nachfolgerinnen bzw. Nachfolger für ihre Praxen. Hinzu kommt die Überlastung unserer Notaufnahmen durch eine zum Teil falsche Inanspruchnahme von Patientinnen und Patienten, die mit ihren medizinischen Anliegen häufig beim ärztlichen Bereitschaftsdienst besser aufgehoben wären. Dies sind ernste Herausforderungen, denen wir begegnen müssen, um die medizinische Versorgung im Land Bremen, aber auch in ganz Deutschland, sicherzustellen.

Wie begegnen Sie diesen Herausforderungen?

Die Krankenhausreform des Bundesgesundheitsministeriums wird für die Länder wichtig sein und wir müssen dabei zwingend die ambulante medizinische Versorgung im Blick behalten. Wir brauchen zum einen Gesundheitszentren, in denen es niedrigschwellige Angebote gibt und in denen die Menschen in den Quartieren von Gesundheitsfachkräften oder Public

»Wir brauchen kommunale medizinische Versorgungszentren, in denen Ärztinnen und Ärzte in einem Angestelltenverhältnis arbeiten können und Zwischenstrukturen in Krankenhäusern, wie ärztliche Bereitschaftsdienste, die unsere Notaufnahmen entlasten und Patientinnen und Patienten behandeln, die keine Notfälle sind.«

Claudia Bernhard

»Digitale Angebote müssen eine größere Rolle bei der Versorgung von Patientinnen und Patienten spielen.«

Claudia Bernhard

Health Nurses beraten und behandelt werden, wenn es sich nicht um Erkrankungen handelt, die zwingend ärztlich behandelt werden müssen. Außerdem brauchen wir kommunale medizinische Versorgungszentren, in denen Ärztinnen und Ärzte in einem Angestelltenverhältnis arbeiten können und Zwischenstrukturen in Krankenhäusern, wie ärztliche Bereitschaftsdienste, die unsere Notaufnahmen entlasten und Patientinnen und Patienten behandeln, die keine Notfälle sind. All das kann aber nur im Zusammenspiel zwischen Bund, Ländern und Kassenärztlicher Vereinigung funktionieren.

Welchen Beitrag leisten dabei digitale Anwendungen, Plattformen und Lösungen?

Grundsätzlich müssen digitale Angebote eine größere Rolle bei der Versorgung von Patientinnen und Patienten spielen, da sie das Gesundheitswesen an vielen Stellen entlasten können. In Bremen haben wir Anfang des vergangenen Jahres in der temporär eingerichteten Kinderambulanz gute Erfahrungen mit der telefonischen Sprechstunde durch Ärztinnen und Ärzte gemacht. Es hat sich gezeigt, dass es häufig ausreicht, die Symptome mit einer Ärztin oder einem Arzt zunächst telefonisch zu besprechen und dann zu entscheiden, ob eine persönliche Vorstellung in der Praxis notwendig ist. Hier liegen die Chancen der Telemedizin. Das erleichtert sowohl den medizinischen Fachangestellten, als auch den Ärztinnen und Ärzten die Arbeit und erspart Patientinnen und Patienten den Weg in die Praxis, wenn ein ärztlicher Rat bereits auf diesem Weg ausreicht. Abgesehen davon ist die ambulante und stationäre Versorgung nicht oder nur unzureichend digital miteinander verknüpft. Da werden immer noch Unterlagen hin und her getragen. Auch die Planungen des Bundesgesundheitsministeriums zielen darauf ab, die Bürokratie in den Arztpraxen abzubauen und durch andere Maßnahmen und vereinfachtere Abrechnungen darauf hinzuwirken, dass weniger Patientinnen und Patienten in die Praxen kommen müssen. Siehe E-Rezept oder die digitale Krankenschreibung, aber das sind nur erste Schritte. In der Corona-Pandemie hat sich gezeigt, dass wir auch den Öffentlichen Gesundheitsdienst (ÖGD) stärken müssen. Die Bundesregierung hat im September 2020 den ÖGD-Pakt beschlossen, der unter anderem die Stärkung der Digitalisierung insbesondere in den Gesundheitsämtern vorsieht. Bis 2026 werden daher diverse Digitalisierungsvorhaben in Bremen und Bremerhaven umgesetzt. Insbesondere 2021/2022 wurden neue Meldeportale/Softwarelösungen beschafft, die die Kontaktnachverfolgung im Kontext von Corona beschleunigt und vereinfacht haben. Wir brauchen auch die Verknüpfung von allen Institutionen der Gesundheitsversorgung. Insgesamt müssen wir hier dringend an Tempo gewinnen.

Hamburg: Digitale Anwendungen auf dem Vormarsch

Die Gesundheitsversorgung soll immer weiter digitalisiert werden, um damit die medizinische Versorgung der Patientinnen und Patienten zu optimieren und die Abläufe im Praxisalltag für Ärztinnen und Ärzte bzw. dem medizinischen Personal zu vereinfachen und zu verbessern. In Hamburg, aber gleichzeitig auch in ganz Deutschland, stellen zudem die anstehende Notfallversorgungs- und Krankenhausreform sowie die sektorenübergreifende Zusammenarbeit und Verzahnung Herausforderungen dar.

Länderübergreifende digitale Netzwerke

Zu den digitalen Anwendungen, die in Hamburg bereits zum Einsatz kommen, gehört beispielsweise die Schaffung eines telemedizinischen Netzwerks von bisher 23 Krankenhäusern, an dem seit Anfang 2023 gearbeitet wird. Wichtig ist der fachliche Austausch zwischen unterschiedlichen und gleichen Fachabteilungen, um medizinische Fortschritte im Sinne der Patient zu teilen. Des Weiteren arbeiten Hamburg und Niedersachsen länderübergreifend zusammen.

»Bessere Verzahnung der Sektoren durch Digitalisierung«



Melanie Schlotzhauer ist seit Dezember 2022 die Senatorin der Behörde für Arbeit, Gesundheit, Soziales, Familie und Integration, kurz Sozialbehörde. Zwei Jahre zuvor war sie Staatssekretärin der Sozialbehörde.

Vor welchen Herausforderungen steht die digitale Gesundheitsversorgung in Hamburg bis 2030/35?

Digitale Anwendungen spielen bei der Gesundheitsversorgung der Menschen in Hamburg zunehmend eine große Rolle. Diese gilt es in Richtung 2030/2035 schrittweise zu fördern und auszubauen. Eine bessere Verzahnung der Sektoren durch Digitalisierung ist dabei ein wichtiger Ansatzpunkt. Die konsequente Nutzung der elektronischen Patientenakte, eine verbesserte Gesundheitsprävention sowie die Nutzung bereits etablierter und neuer Behandlungs- und Untersuchungsangebote wie etwa in der Telemedizin sind weitere Themen, die in diesem Zusammenhang auf der Agenda stehen und die bei konsequenter Umsetzung zu einer Entlastung der niedergelassenen Ärzteschaft beitragen werden.

Das Thema Ausbau der Digitalisierung wird uns auch im Rahmen der anstehenden Krankenhausreform, sowie der Reform der Notfallversorgung begleiten. Das betrifft die bessere Verzahnung der Notfalldrufnummern 116117 und 112, die Schaffung digitaler Schnittstellen zwischen Notfallrettung und stationärer Versorgung, eine Entlastung der medizinischen Fachkräfte von Bürokratie und den sicheren Einsatz von KI, etwa in der bildgebenden Diagnostik.

»Hier zeigt sich die Schlagkraft lokaler Cluster, in denen die Politik mit den Gesundheitseinrichtungen eng zusammenarbeitet.«

Melanie Schlotzhauer

Wie begegnen Sie diesen Herausforderungen?

Die Digitalisierung ist eine bundesweite Aufgabe, die gemeinsam gedacht werden muss. Hamburg beteiligt sich hier in den Bund-Länder-Arbeitsgruppen zur Digitalisierung, im Beirat der gematik und sucht bei Bedarf den direkten Austausch mit dem Bundesgesundheitsministerium. So geschehen bei der Erarbeitung der Digitalisierungsstrategie für das Gesundheitswesen und die Pflege.

Leuchtturmprojekte zur Digitalisierung innerhalb der Länder wie beispielsweise die Hamburger Initiative Health Harbor Hamburg (H³) leisten dabei einen wichtigen Beitrag. Seit Frühjahr 2019 arbeiten im Rahmen dieser Initiative eine Vielzahl von Akteuren des Hamburger Gesundheitswesens gemeinsam an dem Ziel der Beschleunigung der Digitalisierung im Gesundheits- und Medizinsektor. Sektorenübergreifend sollen die Kommunikation und der Datenaustausch zwischen den Akteuren verbessert werden. Hier zeigt sich die Schlagkraft lokaler Cluster, in denen die Politik mit den Gesundheitseinrichtungen eng zusammenarbeitet.

Wichtig ist dann, dass Projekte, die sich positiv auf die Gesundheitsversorgung auswirken, nicht versanden, sondern einen Weg in die Regelversorgung finden. Diesen Bedarf adressieren wir mit anderen Bundesländern gemeinsam an den Bund.

Welchen Beitrag leisten dabei digitale Anwendungen, Plattformen und Lösungen (können Sie uns ggf. innovative Beispiele nennen)?

Digitale Anwendungen haben das Ziel, die Vernetzung der Gesundheitsrichtungen untereinander und mit den Patientinnen und Patienten zu verbessern. Administrative Aufwände werden so verringert und der Informationsaustausch beschleunigt.

Hamburg fördert deshalb den Aufbau von Patientenportalen in Kliniken und wir schaffen im Rahmen zweier Projekte digitale Plattformen für das Hamburger Gesundheitswesen:

Bereits im Jahr 2019 haben wir uns mit der Kassenärztlichen Vereinigung Hamburg, den Krankenkassen, der Ärztekammer Hamburg und den Hamburger Krankenhäusern an einen Tisch gesetzt, um gemeinsam Maßnahmen zum Ausbau der Digitalisierung zu finden. Daraus ist die eben schon erwähnte Initiative Health Harbor Hamburg (H³) entstanden.

Seit Anfang 2023 fördern wir dazu die Schaffung eines telemedizinischen Netzwerks an 23 Krankenhäusern. In den Fokus gerückt haben wir dabei zunächst den einfachen und schnellen Austausch von radiologischen Aufnahmen. Bislang sorgte die Größe dieser Daten und heterogene technische Schnittstellen dafür, dass die Studien umständlich auf CDs gespeichert und so physisch an weitere Behandelnde weitergeben werden mussten. Künftig sollen am Projekt beteiligte Kliniken bei einem Behandlungsanlass auf diese Daten online zugreifen können.

Ein weiteres Projekt nimmt die länderübergreifende Zusammenarbeit mit Niedersachsen in den Blick. Zwischen den Krankenhäusern des niedersächsischen Landkreises Harburg

und den beteiligten Hamburger Krankenhäusern bestehen bereits langjährige und etablierte überregionale Kooperationen zur Behandlung von Patientinnen und Patienten. Mittels Telemedizin sollen diese Versorgungsstrukturen weiter gestärkt werden. So wird medizinische Fachkompetenz standortunabhängig zur Verfügung gestellt.

Die KVH hat zudem im November den Pilotversuch einer kinderärztlichen Videosprechstunde zur Entlastung der Kinder-Notfall-Praxen in Hamburg gestartet.

Diese Beispiele zeigen, dass in Hamburg viele Beteiligte gemeinsam an einem Strang ziehen, um die Digitalisierung im Gesundheitssektor voranzubringen. Das finde ich sehr erfreulich.

»Mittels Telemedizin sollen diese Versorgungsstrukturen weiter gestärkt werden. So wird medizinische Fachkompetenz standortunabhängig zur Verfügung gestellt.«

Melanie Schlotzhauer

Hessen: Sicherstellung und Weiterentwicklung der gesundheitlichen Versorgung

In Hessen zeichnen sich die Probleme des sozialen Wandels in ländlichen Gebieten stark ab. Die Sicherung der bedarfsgerechten Gesundheitsversorgung soll durch die Vernetzung der Akteur:innen im Gesundheitswesen sowie durch Digitale Anwendungen, Plattformen und Lösungen verbessert werden.

»Eine gute und bedarfsgerechte Gesundheitsversorgung in jedem Landkreis«



Diana Stolz ist seit 2023 hessische Gesundheitsministerin.

Vor welchen Herausforderungen steht die Gesundheitsversorgung im ländlichen Raum in Hessen?

Die zentrale Herausforderung der Gesundheitsversorgung insbesondere in ländlichen Gebieten ist der Mangel an Fachkräften im medizinischen Bereich, der sowohl den ärztlichen Nachwuchs als auch Medizinische Fachangestellte und Pflegekräfte betrifft. Hinzu kommen der demographische Wandel und sich verändernde Arbeits- und Lebensmodelle.

Durch den medizinischen Fortschritt steigt die Lebenserwartung; die Menschen werden immer älter und müssen sowohl medizinisch als auch pflegerisch und (psycho)sozial gut versorgt werden. Seniorinnen und Senioren leben häufig alleine und die Ressourcen der Angehörigen, die medizinische, pflegerische und soziale Versorgung ihrer älteren Familienmitglieder zu koordinieren, sind begrenzt.

Dadurch fallen für weniger Ärztinnen und Ärzte und medizinische und pflegerische Fachkräfte mehr und zusätzliche Aufgaben an. Das heißt, dem steigenden Personalbedarf stehen zu wenige Nachwuchskräfte gegenüber.

Zum Beispiel zeichnet sich bereits seit Jahren ab, dass Ärztinnen und Ärzte, die beabsichtigen ihre Tätigkeit zu beenden, in ländlichen Räumen zunehmend schwerer eine Nachfolge für ihre Praxen finden können. Die nachfolgende Generation an Medizinerinnen und Medizinerinnen bevorzugt neue Arbeitsmodelle, wie etwa Anstellungs- und Teilzeitmodelle, um gestiegenen Anforderungen an die Vereinbarkeit von Beruf und Familie Rechnung zu tragen sowie ein verstärktes Arbeiten in (interdisziplinären) Teams, wie Berufsausübungsgemeinschaften (BAG) und Medizinischen Versorgungszentren (MVZ). Damit verliert die klassische Einzelpraxis an Attraktivität.

Auch in Hessen steht man daher vor der Aufgabe, unter Berücksichtigung der Wünsche und Bedürfnisse potenzieller Nachwuchskräfte, eine gute haus- und fachärztliche, ambulante und stationäre, pflegerische und rehabilitative Versorgung sicherzustellen und dabei insbesondere den ländlichen Raum zu berücksichtigen.

»Die Sicherstellung und Weiterentwicklung der gesundheitlichen Versorgung hat für die hessische Landesregierung besondere Bedeutung. In jedem Landkreis Hessens wollen wir eine gute und bedarfsgerechte Gesundheitsversorgung sichern.«

Diana Stolz

Wie sehen die politischen Antworten in Hessen aus?

Die Sicherstellung und Weiterentwicklung der gesundheitlichen Versorgung hat für die hessische Landesregierung besondere Bedeutung. In jedem Landkreis Hessens wollen wir eine gute und bedarfsgerechte Gesundheitsversorgung sichern.

Dafür arbeiten wir eng mit den Akteurinnen und Akteuren des hessischen Gesundheitswesens zusammen. Versorgungssysteme müssen vernetzt und eine sektorenübergreifende Behandlung von Patientinnen und Patienten möglich sein. Dazu wurde u.a. die Serviceeinheit Gesundheitsversorgung gegründet, die als Multiplikatorin fungiert und die Kommunikationskanäle und den Austausch innerhalb Hessens stärkt.

Die Landesregierung fördert zudem diverse Maßnahmen zum langfristigen Erhalt einer qualitativen Versorgungsstruktur insbesondere im ländlichen Raum:

1. Richtlinie zur Förderung der gesundheitlichen Versorgung insbesondere in ländlichen Räumen mit dem Ziel der Sicherung einer bedarfsgerechten und wirtschaftlichen medizinischen Versorgung im ambulanten Bereich sowie der Ausübung der Gesundheitsberufe durch qualifiziertes Personal insbesondere in ländlichen Räumen:

a. Der Aufbau einer regionalen Gesamtstrategie Gesundheit, um damit unterschiedliche Versorgungsangebote auf Kreisebene zu koordinieren und miteinander zu vernetzen.

b. Förderung von Maßnahmen, die zur Weiterentwicklung der Versorgungsstrukturen des Gesundheitswesens beitragen (u. a. Versorgungskonzepte, sektorenübergreifende Gesundheitszentren, Medizinische Versorgungszentren, mobile Konzepte).

c. Richtlinie zur Förderung von Gemeindepflegerinnen und Gemeindepflegern: Gemeindepflegerinnen und Gemeindepfleger erfassen die bereits im Vorfeld von schwerer Erkrankung oder Pflegebedürftigkeit sich abzeichnende Unterstützungsbedarfe und vermitteln in Angebote und Maßnahmen. Sie ergänzen bestehende Strukturen sinnvoll, indem sie einen Lückenschluss zwischen (haus)ärztlicher und pflegerischer Versorgung sowie Angeboten der sozialen Teilhabe herstellen.

»Versorgungssysteme müssen vernetzt und eine sektorenübergreifende Behandlung von Patientinnen und Patienten möglich sein. Dazu wurde u.a. die Serviceeinheit Gesundheitsversorgung gegründet, die als Multiplikatorin fungiert und die Kommunikationskanäle und den Austausch innerhalb Hessens stärkt.«

Diana Stolz

2. Mit der Einführung der sogenannten Landarztquote im Medizinstudium wird die hausärztliche Versorgung im ländlichen Raum mittelfristig gestärkt.

3. Gerade für Personen mit weiten Wegen zur nächsten (fach)ärztlichen Praxis sind digitale Sprechstunden und weitere Anwendungen von Telemedizin und E-Health wichtige Bausteine einer hochwertigen, flächendeckenden medizinischen Versorgung. Diese Angebote werden künftig an Bedeutung gewinnen und sollen daher weiter ausgebaut werden.

Welchen Beitrag leisten dabei digitale Anwendungen, Plattformen und Lösungen (können Sie uns innovative Beispiele nennen)?

Digitale Anwendungen, Plattformen und Lösungen haben ein großes Potenzial für die Gesundheitsversorgung. Durch die telemedizinische Einbindung von Expertise und Beratung sowie im Bedarfsfall durch Drohneneinsatz aus der Ferne kann die Diagnostik und Versorgung verbessert werden. Auch kann der Einsatz von Ressourcen u.a. bei nicht-akuten Krankentransporten oder dem Terminmanagement optimiert werden. Zudem wird die interdisziplinäre Zusammenarbeit und die ortsunabhängige Verfügbarkeit von Therapien mit hohem Selbstlernanteil (z. B. Sprachtherapien) vereinfacht.

Digitalisierung kann insbesondere im ländlichen Raum einen wichtigen Beitrag leisten, die gesamte gesundheitliche Versorgung zu verbessern. Um den Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern diesen technischen Fortschritt zu ermöglichen, hat das Land Hessen mit DIGI-Ambulant ein wichtiges Förderangebot geschaffen. So können sich die ambulanten medizinischen und pflegerischen Dienstleisterinnen und Dienstleister zukunftsicher aufstellen und zeitgemäße medizinische und pflegerische Versorgung anbieten.

Mangelnde Vernetzung, Kommunikation und Koordination können zu Defiziten beim Übergang der Patientinnen und Patienten zwischen den Versorgungssektoren beitragen. Hier setzt die Landesförderung von telemedizinischen intersektoralen Gesundheitsnetzwerken an, um die Grenzen zwischen den einzelnen Bereichen der Gesundheitsversorgung zu überwinden.

Das von der Hessischen Digitalministerin geförderte Kompetenzzentrum für Telemedizin und E-Health (KTE Hessen) stellt Akteuren der Gesundheitsversorgung in Hessen seit August 2021 kostenfrei die Digitale Trainingsplattform „DiTra“ zur Verfügung. „DiTra“ bietet den Anwenderinnen und Anwendern die Möglichkeit für Audio- und Videokonferenzen inkl. einer Chatfunktion und der Option, Bildschirme zu teilen und Konferenzen aufzuzeichnen.

»Digitale Anwendungen, Plattformen und Lösungen haben ein großes Potenzial für die Gesundheitsversorgung. Digitalisierung kann insbesondere im ländlichen Raum einen wichtigen Beitrag leisten, die gesamte gesundheitliche Versorgung zu verbessern.«

Diana Stolz

Ärztinnen und Ärzte sowie ihre Praxis-Teams sollen mehr von telemedizinischen Anwendungen profitieren und diese bei alltäglichen Arbeiten einsetzen können. Ziel ist es, die Kompetenzen im Umgang mit und den Einsatz von Videokonferenzsystemen mittels der Digitalen Trainingsplattform zu verbessern. Interessierte Akteure können sich für entsprechende Unterstützungs- und Beratungsmaßnahmen an das KTE Hessen wenden.

Grundsätzlich kann die Digitale Trainingsplattform in bestehende Praxisabläufe integriert und für eine intersektorale Kommunikation genutzt werden. Zudem wird die Plattform „DiTra“ von den Anwenderinnen und Anwendern im Sektor der niedergelassenen Ärzteschaft häufig auch für Fortbildungsveranstaltungen mit einer größeren Teilnehmerzahl von bis zu 150 Personen eingesetzt.

Mecklenburg-Vorpommern: Masterplan Gesundheitswirtschaft 2030

Im Bundesland Mecklenburg-Vorpommern konzentriert sich ein großer Teil der Bevölkerung auf das Leben in kleineren Städten und ländlichen Orten. Größere Städte wie die Hansestadt Rostock, die Landeshauptstadt Schwerin oder die Region um die Universität Greifswald gewinnen zwar an Attraktivität, jedoch nicht in ausreichendem Maße, um eine flächendeckende Versorgung mit Fachkräften im medizinischen Sektor zu erzielen. Die ärztliche Versorgung in den größeren Städten ist gut strukturiert und erreichbar, dies spiegelt sich jedoch nicht im ländlichen Raum wider. Das Bundesland ist relativ zentral zwischen Berlin und Hamburg gelegen und verfügt über eine gute Infrastruktur. Vor allem die Anbindung an die für die Wirtschaft und den Tourismus interessanten und wichtigen Ostseehäfen wurde zuletzt weiter ausgebaut.

»Regionale Versorgungskonzepte mit integrierten digitalen Funktionalitäten«



Stefanie Drese ist seit 2021 Ministerin für Soziales, Gesundheit und Sport.

Vor welchen Herausforderungen steht die Gesundheitsversorgung im ländlichen Raum Ihres Bundeslands bis 2030/35?

Mecklenburg-Vorpommern hat bei über 1.6 Millionen Einwohnerinnen und Einwohner mehr als eine Million Personen, die älter als 40 Jahre sind – damit ist Mecklenburg-Vorpommern das Bundesland mit dem höchsten Altersdurchschnitt. Mit 69 Einwohnenden je km² ist M-V darüber hinaus gegenwärtig das am dünnsten besiedelte Bundesland. Obwohl die Bevölkerung in MV überwiegend in kleineren Städten sowie in ländlich gelegenen Orten lebt, ist die fachärztliche Versorgung des ambulanten und stationären Sektors vor allem in den Städten des Landes konzentriert. Darüber hinaus wirkt sich insbesondere in den ländlichen Regionen der fehlende (fach-)ärztliche Nachwuchs negativ auf die Gesundheitsversorgung aus. Zudem steigt zwar die Mobilität der Bevölkerung insgesamt an, gleichzeitig sind lange Wege zur ärztlichen Versorgung insbesondere für ältere Menschen häufig ein Problem. Deshalb sind besonders in Mecklenburg-Vorpommern regionale Versorgungskonzepte mit integrierten digitalen Funktionalitäten eine notwendige Option, um die medizinische Versorgung zu unterstützen, die Gesundheitsversorgung in ländlichen Regionen auf dem bisherigen hohen Niveau zu sichern und am Patienten orientierte Versorgungsmodelle zu entwickeln.

Wie begegnen Sie diesen Herausforderungen?

In der Koalitionsvereinbarung der 8. Legislaturperiode 2021-2026 heißt es „Alle Menschen in Mecklenburg-Vorpommern haben ein Recht auf erreichbare und ebenso qualitativ hochwertige medizinische Angebote“. Neben dem Aufbau einer stärkeren sektorenübergreifenden Gesundheitsversorgung in den ländlichen Regionen bringt die Digitalisierung des Gesund-

»In der Koalitionsvereinbarung der 8. Legislaturperiode 2021-2026 heißt es „Alle Menschen in Mecklenburg-Vorpommern haben ein Recht auf erreichbare und ebenso qualitativ hochwertige medizinische Angebote.«

Melanie Drese

heitswesens und die telemedizinische Vernetzung aller stationären und ambulanten Akteurinnen und Akteure die fachärztliche Expertise in die Fläche. Durch das Land wurde die Kommission zur Weiterentwicklung der medizinischen Versorgung (Gesundheitskommission MV) zur zielorientierten und kooperativen Umsetzung der Handlungsempfehlungen der Enquete-Kommission „Zukunft der medizinischen Versorgung in Mecklenburg-Vorpommern“ beauftragt. Eine der Handlungsempfehlungen zielt darauf ab, ein telemedizinisches Zentrum sowie ein telemedizinisches Netzwerk zu etablieren und durch eine zu installierende Digitalisierungsplattform zu verbinden. Die Gesundheitskommission MV hat dazu einen Arbeitsauftrag mit dem Ziel formuliert, eine konkrete Idee zu entwickeln, wie alle Leistungserbringer im Gesundheitswesen in MV in die Lage versetzt werden können, telemedizinische Angebote anzubieten oder zu nutzen. Gespräche zur Ideenentwicklung und Projektkonzeption unter den beteiligten Akteuren laufen bereits. Für die Weiterentwicklung der Gesundheitswirtschaft und der Gesundheitsversorgung im Land wurde 2022 der Masterplan Gesundheitswirtschaft 2030 erarbeitet. Dieser nennt dabei als besondere Handlungsfelder u. a. die Nutzung digitaler Potenziale, die Integration von e-Health und Telemedizin in allen Bereichen der Gesundheitswirtschaft. Für die strategische, koordinierte Entwicklung soll dazu jeweils ein Kompetenzzentrum als zentrale Plattform für die Koordination, Vernetzung und Bündelung der Expertise eingerichtet werden, welches unter anderem als Bindeglied zwischen Gesundheitswirtschaft und anderen Branchen dienen soll, um Potenziale durch die Digitalisierung im Gesundheitswesen zu identifizieren und zu nutzen.

Welchen Beitrag leisten dabei digitale Anwendungen, Plattformen und Lösungen?

In verschiedenen Modellprojekten unterstützte das Land bereits erfolgreich den Aufbau und die Erprobung telemedizinischer Netzwerke. Es konnten wertvolle Rückschlüsse auf deren Nutzen sowie Herausforderungen bei der Überführung in die Regelversorgung gewonnen werden. So diente beispielsweise das Projekt Twin-Move der Universitätsmedizin Rostock der Entwicklung eines Netzwerkes für Telemedizin für schwerstkranke intensivstationäre Patienten. Zielstellung war es, die intensivmedizinische Expertise der Universitätsmedizin Rostock für die Patienten der kooperierenden Krankenhäuser über die Distanz verfügbar zu machen. Im Rahmen des Projektes EPI-TEL der Universitätsmedizinen Greifswald und Rostock wurden diese mit dem Epilepsiezentrum Rhein-Main vernetzt und die hochspezialisierte epileptologische Versorgung in M-V konnte wohnortnah ermöglicht und verbessert werden.

Auch zur Digitalisierung im Gesundheitswesen brachten bereits einige vom Land geförderte Projekte wertvolle Ergebnisse hervor: So konnte im Projekt Digitale Prozessanalyse der Blutkulturdiagnostik beim Notfall Sepsis der Universitätsmedizin Greifswald die zeitliche und räumliche exakte digitale Analyse des Prozesses der Blutkulturdiagnostik beim Notfall Sepsis ermöglicht werden. Es konnten Schwachstellen aufgedeckt und damit die Vorausset-

»Investitionen in moderne Notfallkapazitäten und eine bessere digitale Infrastruktur wie beispielsweise Patientenportale, elektronische Dokumentation von Pflege- und Behandlungsleistungen, digitales Medikationsmanagement sowie sektorenübergreifende telemedizinische Netzwerkstrukturen werden in MV gefördert.«

Melanie Drese

zungen für die Optimierung des Prozesses Blutkulturdiagnostik und eine höhere Patientensicherheit geschaffen werden. Mit dem Pilotprojekt *Digitallotse:in* im Gesundheitswesen wurde der Aufbau digitaler Kompetenzen bei Leistungserbringern in der Gesundheitsversorgung durch ein Schulungsprogramm erreicht. Es dient als Anstoß, um die Vermittlung digitaler Kompetenzen als festen Bestandteil in Aus- und Weiterbildungen der Gesundheitsversorgung zu etablieren. Bereits zum zweiten Mal unterstützte das Land zudem die Ausrichtung des Health Care Hackathon, einer Veranstaltung, bei der Konzepte für neue, digitale Lösungen in ausgewählten Bereichen der Gesundheitsversorgung erarbeitet und entwickelt, sowie für die weitere Umsetzung ausgewählt werden.

Zur besseren Patientensteuerung und Prozessoptimierung wird seit kurzem mit IVENA eHealth ein digitales Echtzeit-Register zur Erfassung und Abfrage verfügbarer Ressourcen zur Notfallbehandlung im Krankenhaus verwendet. Das System schlägt auf Basis von Echtzeitdaten geeignete Zielkrankenhäuser vor. Der Rettungsdienst bzw. Notarzt weist den Notfallpatienten über das System zu, so dass das Zielkrankenhaus in Echtzeit über ankommende Patienten informiert ist und seine Ressourcen entsprechend planen kann. Die Darstellung der nächstgelegenen, geeigneten und aktuell aufnahmebereiten Einrichtung ist die besondere Stärke des Systems IVENA eHealth, insbesondere für zeitkritische akutneurologische Erkrankungen wie Schlaganfall.

Darüber hinaus werden Modellprojekte des Landes weiterentwickelt, wie beispielsweise das Teilprojekt der telemedizinischen Triage bei Kindern und Jugendlichen im Projekt „Regionale Versorgung“, das im laufenden Innovationsfondsprojekt RTP-Net gemeinsam mit weiteren Kliniken in Brandenburg seine Fortsetzung findet. Damit soll die telemedizinische Begutachtung von Kindern in Krankenhäusern ohne pädiatrische Fachkräfte ermöglicht und die fachärztliche Versorgung in ländlichen Regionen verbessert werden.

Mecklenburg-Vorpommern war und ist auch an weiteren Innovationsfondsprojekten beteiligt: Bei dem Projekt ANNOTeM handelt es sich um ein telemedizinisches Projekt mit dem Ziel, die akutneurologische Versorgung in Brandenburg und Mecklenburg-Vorpommern durch eine enge Verbindung neurologischer Zentren und regionaler Kliniken sowie Rettungsdiensten nachhaltig zu stärken. Das Projekt NeTKoH wird eine telemedizinische Vernetzung zwischen der Universitätsmedizin Greifswald und rund 40 hausärztlichen Praxen etablieren. Die Hausärzte können während der Sprechstunde direkt auf ein fachärztliches Konsil zurückgreifen und Empfehlungen zur neurologischen Weiterbehandlung nach einem festgelegten und regional abgestimmten Standard erhalten. So kann eine schnellere und wohnortnahe Versorgung in der vertrauten Hausarztpraxis erfolgen.

Des Weiteren werden vom Land die durch den Bund ausgereichten Förderungen zur Digitalisierung des ÖGD im Rahmen des Paktes für den Öffentlichen Gesundheitsdienst sowie zur Digitalisierung der Krankenhäuser aus dem Krankenhauszukunftsfonds umgesetzt und sich über die Bundesmittel hinaus mit Landesmitteln finanziell daran beteiligt: So wurden im Rahmen des Paktes für den ÖGD Zuwendungen für Investitionen zur Weiterentwicklung der digitalen Reife des ÖGD gewährt und durch das Ministerium für Soziales, Gesundheit und Sport Mecklenburg-Vorpommern gemeinsam mit den kommunalen Gesundheitsämtern und dem Landesamt für Gesundheit und Soziales eine sogenannte koordinierte Landesmaßnahme zur Steigerung der digitalen Reife des ÖGD in MV umgesetzt. Darüber hinaus werden auf Grundlager des Krankenhauszukunftsgesetzes seit 2021 Investitionen in moderne Notfallkapazitäten und eine bessere digitale Infrastruktur wie beispielsweise Patientenportale, elektronische Dokumentation von Pflege- und Behandlungsleistungen, digitales Medikationsmanagement sowie sektorenübergreifende telemedizinische Netzwerkstrukturen gefördert.

Niedersachsen: Verbesserung der hausärztlichen Versorgung auf dem Land

Kernprobleme in der Gesundheitsversorgung sind zum einen die durch den demografischen Wandel bedingte Alterung der Bevölkerung, die einen erhöhten Bedarf an medizinischer Versorgung benötigt. Andererseits fehlt es in Gesundheitseinrichtungen an Fachkräften. Das qualitativ hohe Niveau der deutschen Gesundheitsversorgung und Technologien gibt den Bürgerinnen und Bürgern einerseits Sicherheit, aber andererseits wird es zunehmend schwerer dieses Niveau auch in ländlichen Gebieten zu halten.

Nachwuchsförderung

Auch in Niedersachsen wird aktiv gegen die herrschenden Zustände im Gesundheitssystem agiert. Im vergangenen Jahr 2023 wurde die Landarztquote eingeführt, wie sie bereits aus anderen Ländern bekannt ist. Darüber hinaus werden mehr Stipendien vergeben und der Quereinstieg sowie das Praktische Jahr in ländlichen Gebieten aktiv gefördert. Außerdem teilt der Minister mit: „Aktuell erarbeitet die Fachabteilung meines Hauses mit dem Wissenschaftsministerium und der medizinischen Hochschule ein Konzept zur Verbesserung der hausärztlichen Versorgung auf dem Land.“

Das Digitale Gesundheitsamt DIGITALIS im Landkreis Lüneburg ist ein gefördertes Projekt, welches durch die einen besseren interaktiven Zugang zu den Institutionen des öffentlichen Gesundheitsdienstes für die Bürgerinnen und Bürger ermöglichen soll.⁸

»Regionale Gesundheitszentren vernetzen ambulante, stationäre und pflegerische Angebote«



Dr. Andreas Philippi ist seit 2023 niedersächsischer Minister für Soziales, Arbeit, Gesundheit und Gleichstellung.

Vor welchen Herausforderungen steht die Gesundheitsversorgung im ländlichen Raum in Niedersachsen?

Im Grunde stehen wir vor zwei wesentlichen Problemen: angesichts des demographischen Wandels haben wir mehr ältere Menschen mit einem höheren medizinischen Versorgungsbedarf, aber andererseits weniger Fachkräfte. Hinzu kommt, dass die medizinische Versorgung sich deutlich verbessert hat und damit auch der Anspruch der Bürgerinnen und Bürger an eine umfassende und qualitativ hochwertige Versorgung. Dies kann zu Versorgungslücken gerade in ländlichen Regionen führen. Hier brauchen wir passgenaue regionalspezifische Lösungen, um eine qualitativ hochwertige wohnortnahe medizinische Versorgung, insbesondere in ländlichen Regionen langfristig sicherstellen zu können.

⁸ Bundesministerium für Gesundheit (2024) Digitales Gesundheitsamt: Das digitale Gesundheitsamt im Landkreis Lüneburg (gesundheitsamt-2025.de)

»Wir brauchen passgenaue regionalspezifische Lösungen, um eine qualitativ hochwertige wohnortnahe medizinische Versorgung, insbesondere in ländlichen Regionen langfristig sicherstellen zu können.«

Dr. Andreas Philippi

Wie sehen die politischen Antworten ihres Bundeslands aus?

In Niedersachsen reagieren wir mit einem breiten Portfolio an Maßnahmen und Projekten. Grundlegend sind hier natürlich zunächst die Reformen auf Bundesebene im Bereich der Krankenhaus- und Notfallversorgung zu nennen. Hier setzen wir auf eine stärkere Qualifizierung und Steuerung, um Fehl- und Doppelversorgung abzubauen. Zudem haben wir gemeinsam mit der Kassenärztlichen Vereinigung ein langjähriges Förderprogramm zum Ausbau von Stipendien, P(raktischen) J(ahr) und Quereinstieg in den ländlichen Regionen aufgelegt. Im Jahr 2023 hat Niedersachsen die Landarztquote eingeführt, mit der wir Studienplätze in der Humanmedizin für Studierende reservieren, die sich verpflichten, im Anschluss an das Studium im ländlichen Raum als Ärztin oder Arzt niederzulassen. Wir fördern Gesundheitsregionen, die flächendeckend regionale Lösungen entwickeln, um auf aktuelle Bedarfe vor Ort zu reagieren und Strukturen zur sektorenübergreifenden Zusammenarbeit zu schaffen. Aktuell erarbeitet die Fachabteilung meines Hauses mit dem Wissenschaftsministerium und der medizinischen Hochschule ein Konzept zur Verbesserung der hausärztlichen Versorgung auf dem Land. Dabei geht es sowohl darum, wie wir Ärztinnen und Ärzte für die Tätigkeit als Hausarzt oder Hausärztin auf dem Land noch besser qualifizieren bzw. motivieren können als auch um die Frage, wie durch Delegationen an andere Fachberufe oder neue Versorgungsmodelle Ärztinnen und Ärzte bei gleichbleibender Versorgungsqualität entlastet werden können.

Darüber hinaus haben wir zwei innovative Ansätze – die Regionalen Gesundheitszentren und die Regionalen Versorgungszentren – auf den Weg gebracht. In den Regionalen Gesundheitszentren werden ambulante, stationäre und pflegerische Angebote vernetzt. Das ist besonders interessant für den ländlichen Raum. Gerade auch für Gegenden, in denen es kein Krankenhaus mehr gibt. Die Zukunft der medizinischen Versorgung auf dem Land liegt darin, etablierte Strukturen auf die Herausforderungen des demographischen Wandels, aber auch auf die Bedürfnisse der jungen Ärztinnen und Ärzte auszurichten. Ich bin zuversichtlich, dass wir in Niedersachsen dabei auf einem guten Weg sind.

»Die Zukunft der medizinischen Versorgung auf dem Land liegt darin, etablierte Strukturen auf die Herausforderungen des demographischen Wandels, aber auch auf die Bedürfnisse der jungen Ärztinnen und Ärzte auszurichten.«

Dr. Andreas Philippi

»Ein guter Datenaustausch ist auch in der medizinischen Forschung beispielsweise im Bereich der seltenen Erkrankungen oder der Krebsforschung wesentlich für den Erfolg.«

Dr. Andreas Philippi

Welchen Beitrag leisten dabei digitale Anwendungen, Plattformen und Lösungen, können Sie uns innovative Beispiele nennen?

Digitale Lösungen verändern unser Leben, das gilt selbstredend auch für die Gesundheitsversorgung. Die große Chance liegt in der klugen Nutzung von Daten. Häufig ist es nicht erforderlich, dass die Patientin oder der Patient vor Ort in der Sprechstunde ist, sondern durch Videosprechstunden oder Telemedizin sowie das E.-Rezept können lange Wege vermieden werden. Ein guter Datenaustausch ist auch in der medizinischen Forschung beispielsweise im Bereich der seltenen Erkrankungen oder der Krebsforschung wesentlich für den Erfolg. Aber auch bei schwer diagnostizierbaren Krankheiten, die eine hohe Spezialisierung erfordern wie beispielsweise in der Dermatologie, kann eine Fernbehandlung durch Teledermatologie hervorragende Ergebnisse erzielen. Weitere Erfolge sehen wir schon durch digitale administrative Unterstützung in der Versorgung, den Einsatz von Apps für eine niedrigschwellige Gesundheitsfortbildung und -aufklärung sowie zunehmend auch durch den Einsatz von künstlicher Intelligenz. Ich verspreche mir von den zukünftigen Entwicklungen gerade für ein Flächenland Niedersachsen weitere interessante Lösungsansätze.

Nordrhein-Westfalen: Digitalisierung und Förderung telemedizinischer Anwendungen

Nordrhein-Westfalen ist mit rund 18 Millionen Einwohnern das bevölkerungsreichste Bundesland Deutschlands und hat damit einen umfangreichen Versorgungsauftrag, um alle Bürgerinnen und Bürger medizinisch notwendig und korrekt versorgen zu können.⁹ Wie auch in den meisten anderen Bundesländern, besteht die größte und relevanteste Herausforderung darin, die wohnortnahe medizinische Versorgung aller Menschen durch die Hausärztinnen und Hausärzte sicherzustellen. Ein Hauptproblem ist der Personalmangel, durch den es laut Prognosen bis 2030 einen Mangel von 1.500 Hausärztinnen und Hausärzten geben soll. Die sich verändernde Bevölkerungsstruktur und der damit einhergehende steigende Versorgungsbedarf von hilfs- und pflegebedürftigen Menschen deckt sich nicht mit dem verfügbaren medizinischen Personal.

Die Fachabteilung „Gesundheit, Krankenversorgung“ des Ministeriums für Arbeit, Gesundheit und Soziales (MAGS) hat uns in einem Interview die Situation in Nordrhein-Westfalen näher erläutert.

»Ärztmangel proaktiv entgegenwirken«

Vor welchen Herausforderungen steht die Gesundheitsversorgung im ländlichen Raum Ihres Bundeslands?

Ein zentraler Aspekt für die Attraktivität des ländlichen Raums ist die wohnortnahe medizinische Versorgung. Im Mittelpunkt stehen dabei die Hausärztin und der Hausarzt. Sie stellen für die Menschen bei einer Vielzahl von Erkrankungen die erste Anlaufstelle dar, leisten essenzielle medizinische Versorgung und sind zugleich für ihre Patientinnen und Patienten koordinierend im komplexen Gesundheitssystem tätig.

Doch gerade in der hausärztlichen Versorgung stehen wir in den kommenden Jahren vor großen Herausforderungen: Wir haben eine alternde Ärzteschaft, eine alternde Gesellschaft und viele Jüngere, die die Freiberuflichkeit scheuen und lieber als Angestellte sowie in Teilzeit tätig sind. Die Praxen sehen sich zudem mehr und mehr mit steigenden Personalengpässen bei anderen Gesundheitsberufen konfrontiert.

Bis 2030 – so die Prognosen der Kassenärztlichen Vereinigungen – werden wir im Land etwa 1.500 Hausärztinnen und Hausärzte weniger in der ambulanten Versorgung haben als für eine flächendeckende Versorgung notwendig sind. Dies wird insbesondere den ländlichen Raum treffen. Bereits jetzt liegen unbesetzte Hausarztsitze vor allem in den ländlich geprägten Regionen abseits der Großstädte und Mittelzentren. Die Vermeidung von Versorgungslücken und -engpässen muss daher in den nächsten Jahren gerade mit Blick auf den ländlichen Raum Priorität haben.

⁹ Statistisches Bundesamt (2022) Bevölkerung nach Nationalität und Bundesländern – Statistisches Bundesamt (destatis.de)

»Wir haben eine alternde Ärzteschaft, eine alternde Gesellschaft und viele Jüngere, die die Freiberuflichkeit scheuen und lieber als Angestellte sowie in Teilzeit tätig sind.«

Kreise und Städte unterscheiden sich zudem in ihrer Altersstruktur und damit in ihren Bedarfen in Bezug auf die Gesundheitsversorgung. Hohe Versorgungsbedarfe haben insbesondere ältere und hochbetagte Menschen sowie pflegebedürftige Personen.

Wie sehen die politischen Antworten Ihres Bundeslands aus?

Oberstes Ziel der Landesregierung ist die Sicherstellung einer wohnortnahen (haus)ärztlichen Versorgung für alle Menschen in Nordrhein-Westfalen unabhängig von Wohnort und Einkommen. Der Fachkräftemangel ist dabei eine der größten Herausforderungen in der Gesundheitsversorgung. Die Landesregierung ist daher bereits seit vielen Jahren aktiv, um den Landarztberuf zu befördern und die Rahmenbedingungen attraktiver zu gestalten. Um einem zukünftigen Ärztemangel proaktiv entgegenzuwirken, bedarf es einer Stärkung der medizinischen Ausbildung und einer deutlichen Erhöhung der Medizinstudienplätze. Als erstes Bundesland hat Nordrhein-Westfalen deshalb bereits 2018 die Landarztquote (LAQ) eingeführt. Zudem befördert das Land Nordrhein-Westfalen aktiv den Ausbau der Medizinstudienplätze.

Neben der ärztlichen Ausbildung unterstützt das Land erfolgreich im Rahmen des Hausarztaktionsprogrammes Niederlassungen, Anstellungen und Weiterbildungen in kleineren und in Zukunft absehbar schlecht versorgten Gemeinden. Und es gibt weitere Stellschrauben, an denen das Gesundheitsministerium arbeitet. Mit Blick auf die knappen personellen Ressourcen werden zukünftig Kooperationen der Ärzteschaft, die Nutzung von Delegationsmöglichkeiten und Heilkundeübertragungen sowie die sektorenübergreifende Zusammenarbeit eine stärkere Rolle spielen, um eine bedarfsgerechte und leistungsfähige medizinische Versorgung aufrechtzuerhalten. Insbesondere zur Lösung der Versorgungsprobleme im ländlichen Raum, sind neue Modelle der Zusammenarbeit zwischen den verschiedenen Gesundheitsberufen sowie zwischen den ambulanten und den stationären Versorgungsangeboten erforderlich. Auch die Neustrukturierung des Krankenhausesektors in NRW wird Einfluss auf die ambulante Versorgung im Land haben.

Einen weiteren zentralen Ansatzpunkt zur Entlastung von Ärzteschaft und Praxisteams bieten die Digitalisierung und die Förderung telemedizinischer Anwendungen. Mit Unterstützung der Technik kann die ärztliche Ressource wieder mehr auf die eigentliche medizinische Tätigkeit fokussiert werden.

Insgesamt sind wir auf einem guten Weg und ich bin zuversichtlich, dass wir – im Schulterschluss mit den Kassenärztlichen Vereinigungen, den Krankenkassen, den Ärztekammern und den Kommunen – ein wirksames Paket haben, um die ärztliche Versorgung auf dem Land zukunftsfähig aufzustellen.

»Die Neustrukturierung des Krankenhaussektors in NRW wird Einfluss auf die ambulante Versorgung im Land haben. Einen weiteren zentralen Ansatzpunkt zur Entlastung von Ärzteschaft und Praxisteams bieten die Digitalisierung und die Förderung telemedizinischer Anwendungen.«

Welchen Beitrag leisten dabei digitale Anwendungen, Plattformen und Lösungen?

Generell kann die Digitalisierung dazu beitragen, zahlreiche der zuvor genannten Herausforderungen, wie z. B. die Verfügbarkeit fachärztlicher Expertise, zu reduzieren.

Das MAGS beteiligt sich deshalb unter anderem mit 10,5 Millionen Euro an der neuen Förderperiode des Europäischen Fonds für regionale Entwicklungen und kofinanziert Projekte aus dem Innovationswettbewerb Gesünder.IN. NRW, um neue Ideen und Innovationen aus Nordrhein-Westfalen zu erproben. In der ersten Einreichungsrunde wurden bereits 51 Skizzenbewerbungen von 178 Förderinteressierten eingereicht. Dass dieser Aufruf so gut angenommen wurde erfreut uns daher besonders. Ich bin sehr gespannt, welche Vorhaben hier zur Förderung gelangen. Die nächste Einreichfrist endet im März 2024.

Ein vielversprechender Ansatz, der im Zuge des laufenden Wettbewerbs zur Förderung ausgewählt wurde, ist das Projekt smartcor. Auf dem Telemedizin Kongress der Deutschen Gesellschaft für Telemedizin im Frühjahr 2023 hatte das Projekt "smartcor – Digitale Schlaganfall-Prävention NRW" unter neun Finalisten den ersten Platz beim Telemedizinpreis erhalten. Die App der Novadocs GmbH aus Bad Oeynhausen soll das Screening von Vorhofflimmern mit Wearables vereinfachen. Dabei zeichnet der Nutzer ein EKG mit einem als Medizinprodukt zertifizierten Gerät auf. Bei einer Smartwatch funktioniert das beispielsweise auf der Rückseite der Uhr mittels Photoplethysmographie über einen Lichtsensor. Zudem kann die Benachrichtigung über einen unregelmäßigen Herzrhythmus aktiviert werden.

Weitere Beispiele für innovative digitale Anwendungen, Plattformen und Lösungen sind: Videosprechstunden, Virtuelles Krankenhaus, Telenotarzt und Optimal@NRW.

Rheinland-Pfalz: Stärkung der hausärztlichen Versorgung

In Rheinland-Pfalz gibt es einen großen Anteil ländlicher Gebiete, in denen die Gesundheitsversorgung nicht ausreichend an die Bedürfnisse der Bevölkerung angepasst ist. Der demografische Wandel führt zu einem Rückgang der erwerbsfähigen Bevölkerung und damit zu einem Personalmangel in der gesamten Wirtschaft und damit auch im Gesundheitssektor. Um eine flächendeckende, bedarfsgerechte und qualitativ hochwertige Versorgung sicherzustellen, wurden die Unterstützungsmaßnahmen von der hausärztlichen auf die pädiatrische Versorgung ausgedehnt. Durch die Förderungen der Aus- und Weiterbildungen zu (Fach-)Ärztinnen und Ärzten, Anreize für die Niederlassung in ländlichen Regionen und die Landarztquote wird in Rheinland-Pfalz das Versorgungsproblem angegangen.

»Spezialwissen auch in der Fläche verfügbar machen«



Clemens Hoch ist seit 2021 Minister im Ministerium für Wissenschaft und Gesundheit.

Vor welchen Herausforderungen steht die Gesundheitsversorgung im ländlichen Raum in RLP bis 2030/35?

Rheinland-Pfalz ist ein Flächenland mit einem hohen Anteil an ländlichen Regionen. In den nächsten 10 Jahren wird es bei einem insgesamt zurückgehenden Erwerbspersonenpotential und einer zunehmenden Konkurrenz der Wirtschaftszweige um den Arbeitskräftenachwuchs eine große Herausforderung sein, weiterhin genügend Fachkräfte für eine Tätigkeit in der Gesundheitsversorgung insbesondere im ländlichen Raum zu gewinnen, um die Versorgung auch weiterhin flächendeckend auf einem bedarfsgerechten Niveau zu gewährleisten.

Wie begegnen Sie diesen Herausforderungen?

Rheinland-Pfalz hat bereits frühzeitig ein Maßnahmenpaket zur Stärkung der hausärztlichen Versorgung geschnürt, das kontinuierlich weiterentwickelt und mittlerweile teilweise auch auf die kinderärztliche Versorgung ausgedehnt wurde. Die unterschiedlichen Maßnahmen setzen bereits in der Aus- und Weiterbildung an (Beispiel Förderung des PJ in der Allgemeinmedizin oder die Landarzt- bzw. neu die Landkinderarztquote im Medizinstudium), beinhalten aber auch gezielte Anreize zur Aufnahme einer ärztlichen Tätigkeit in bestimmten, eher ländlichen Regionen. Vergleichbare Initiativen der Landesregierung gibt es im Bereich der Gesundheitsfachberufe.

Im Krankenhausbereich werden wir im Zuge der beabsichtigten Neuaufstellung des rheinland-pfälzischen Krankenhausplans die Krankenhausstrukturen vor dem Hintergrund insbesondere der fortschreitenden Ambulantisierungstendenzen weiter optimieren. Dies kann ein Stück weit auch zu einer Entspannung der Fachkräftesituation beitragen. Gerade im

»Gerade im ländlichen Raum müssen zudem ambulante und stationäre Versorgungsangebote zusammen gedacht und ineinandergreifen sowie die interprofessionelle Zusammenarbeit und Arbeitsteilung gestärkt werden.«

Clemens Hoch

ländlichen Raum müssen zudem ambulante und stationäre Versorgungsangebote zusammen gedacht und ineinandergreifen sowie die interprofessionelle Zusammenarbeit und Arbeitsteilung gestärkt werden.

Welchen Beitrag leisten dabei digitale Anwendungen, Plattformen und Lösungen?

Eine wichtige Rolle bei der Weiterentwicklung der Versorgung im ländlichen Raum wird auch die verstärkte telemedizinische Anbindung von dezentral angesiedelten Grundversorgern an eher zentral verorteten Spezialversorgern spielen – ähnlich wie es z. B. in der Schlaganfallversorgung in Rheinland-Pfalz im Rahmen des telemedizinischen Schlaganfallnetzwerkes TemeS-RLP schon seit vielen Jahren erfolgreich praktiziert wird. Ziel ist es, Spezialwissen auch in der Fläche verfügbar zu machen.

Mit der Umsetzung der vielfältigen, über den Krankenzukunftsfonds des Bundes geförderten Modernisierungs- und Digitalisierungsprojekten in den Krankenhäusern werden die Voraussetzungen für die Anwendung digitaler Lösungen deutlich verbessert. Das Land Rheinland-Pfalz übernimmt die Kofinanzierung der Projekte in voller Höhe, sodass den Krankenhäusern kein Eigenanteil verbleibt. Diese Entlastung der Krankenhäuser bei den beachtlichen Initialkosten der Digitalisierungsprojekte sichert den Erfolg der Maßnahmen. Den rheinland-pfälzischen Krankenhäusern stehen insgesamt rund 203 Millionen Euro für Investitionen in die digitale Infrastruktur zur Verfügung.

»Mit der Umsetzung der vielfältigen, über den Krankenzukunftsfonds des Bundes geförderten Modernisierungs- und Digitalisierungsprojekten in den Krankenhäusern werden die Voraussetzungen für die Anwendung digitaler Lösungen deutlich verbessert.«

Clemens Hoch

Sachsen: Gesundheitliche Versorgung als Dableibensvorsorge

Sachsen ist wie die anderen ostdeutschen Bundesländer besonders vom Strukturwandel betroffen. Vor allem in den ländlichen Regionen müssen Anreize geschaffen und die Attraktivität gesteigert werden, um dem sich verschärfenden Fachkräftemangel entgegenzuwirken. Wichtige Ansatzpunkte sind Veränderungen in der medizinischen Versorgung und der sektorenübergreifenden Zusammenarbeit in der Stadt wie auf dem Land.

»Mein Ziel: Jeder Patient und jede Patientin in jeder Region wird gut versorgt, ohne dass jedes Fachgebiet oder Spezialisierung überall angeboten werden muss«



Petra Köpping ist sächsische Staatsministerin für Soziales und Gesellschaftlichen Zusammenhalt.

Vor welchen Herausforderungen steht die Gesundheitsversorgung im ländlichen Raum des Freistaats bis 2030/35?

Die gesundheitliche Versorgung und Infrastruktur ist für eine lebenswerte Region eines der wichtigsten Themen. Und es ist relevant für die Zukunft der Region. Die damit verbundenen Herausforderungen sind klar: der demografische Wandel, der Strukturwandel insbesondere in den ländlichen Regionen verbunden mit einem sich verschärfenden Fachkräfte- und Personalmangel. Es wird also mehr Menschen geben, die häufiger medizinische Hilfe brauchen, aber weniger Menschen, die diese Arbeit leisten können. Das heißt: Veränderungen in der medizinischen Versorgung sind unumgänglich und wir werden neue Wege gehen müssen. Wichtig ist mir dabei, dass die Menschen hier auch mitgenommen werden. Veränderungen müssen erklärt werden.

Wie begegnen Sie diesen Herausforderungen?

Der Freistaat wird ein Monitoring der Personalsituation in der Pflege und der Gesundheitslandschaft einführen. Erste Ergebnisse erwarten wir bereits Mitte 2024, einen vollständigen Abschluss Ende 2025. Insbesondere die ‚Ist‘-Analyse und die Bedarfsprognose sind wichtige Indikatoren, um die Planung zum Auf- und Ausbau von tragfähigen Pflegestrukturen in den Regionen zu unterstützen. Die Entwicklung eines Strategiekonzeptes 2030 soll das Monitoring flankieren. Hier werden wir gemeinsam mit den Landkreisen und kreisfreien Städten daran arbeiten, die Pflege- und Betreuungsangebote vor Ort kontinuierlich weiterzuentwickeln und bestmöglich an die sich wandelnde Lebensrealität der Menschen anzupassen.

Das fast 30 Jahre alte Sächsische Krankenhausgesetz wurde Anfang 2023 nach einem umfassenden, transparenten Verfahren novelliert. Im Herbst 2023 ist dann unser überarbeiteter sächsischer Krankenhausplan beschlossen worden, der seit Jahresbeginn gilt. Aufgrund des demografischen Wandels, des medizinischen Fortschritts und der Entwicklung des Leistungs-

»Die gesundheitliche Versorgung und Infrastruktur ist für eine lebenswerte Region eines der wichtigsten Themen. Und es ist relevant für die Zukunft der Region.«

Petra Köpping

geschehens haben wir notwendige Anpassungen der Krankenhauslandschaft im Freistaat vorgenommen. Krankenhausplanung ist Aufgabe des Landes und diese Aufgabe nehmen wir auch ernst. Denn mein Ziel ist und bleibt, dass jeder Patient und jede Patientin in jeder Region gut versorgt wird, ohne dass jedes Fachgebiet oder Spezialisierung überall angeboten werden muss. Wir behalten ein abgestuftes Netz von gleichmäßig über Sachsen verteilten, sich einander ergänzenden Krankenhäusern bei. In der gesamten Legislaturperiode konnten wir die Investitionen in die Krankenhäuser bislang mit 400 Millionen Euro Fördermitteln unterstützen und haben in diesem Jahr dafür über 64 Millionen Euro im Rahmen der Einzelförderung nach § 14 Sächsisches Krankenhausgesetz (SächsKHG) und insgesamt 75 Millionen Euro (davon 10 Millionen Euro jährlich als Digitalisierungspauschale) im Rahmen der Pauschalförderung nach § 15 SächsKHG eingeplant.

Neben der Weiterentwicklung der Krankenhauslandschaft ist das ‚20-Punkte-Programm – Medizinische Versorgung 2030‘ ein weiterer wichtiger Baustein. Es beinhaltet verschiedene Maßnahmen wie beispielsweise unser Hausarztstipendium, ein Studienprogramm für Humanmedizin an der ungarischen Universität in Pécs, die Einführung einer Landarztquote, die Einrichtung von Gesundheitszentren zur Unterstützung der ambulanten Versorgung sowie die Unterstützung der Digitalisierung im Gesundheitswesen.

Welchen Beitrag leisten dabei digitale Anwendungen, Plattformen und Lösungen?

Digitale Anwendungen, Plattformen und Lösungen können die Diagnostik, die Behandlung sowie die medizinisch-pflegerische Versorgung verbessern, indem sie beispielsweise die Kommunikation erleichtern, zu neuen Diagnostik- und Therapiemöglichkeiten führen oder auch zu einer zeitlich und örtlich flexibleren Versorgung beitragen. Mittels des Programms eHealthSax fördern wir patientenorientierte und sektorübergreifende Maßnahmen, die zur Digitalisierung des Gesundheitswesens und zur Verbesserung telemedizinischer Lösungen in Sachsen beitragen. Dabei spielen die Digitalisierung von Abläufen wie auch die Kommunikation im Gesundheitswesen eine Rolle. Hinzu kommen der verbesserte Zugang zur medizinischen Versorgung durch patientenorientierte digitale Anwendungen und die verbesserte Gesundheitsversorgung. Letztere soll mit Hilfe von etablierten, integrierten oder erweiterten inter- oder intrasektoralen digitalen Netzwerken umgesetzt werden. Pro Jahr stehen 5 Millionen Euro Fördergelder zur Verfügung. Seit Inkrafttreten der Richtlinie im Jahr 2017 konnten wir bereits 33 Projekte fördern, für rund 25 Millionen Euro.

»Veränderungen in der medizinischen Versorgung sind unumgänglich und wir werden neue Wege gehen müssen.«

Petra Köpping

»Durch die Netzwerkstruktur ist gewährleistet, dass auch in ländlichen Räumen akut auftretende Schlaganfälle sicher diagnostiziert und auf fachlich höchstem Niveau therapiert werden können.«

Petra Köpping

Die akute Versorgung von Schlaganfallpatienten durch die Schlaganfallnetzwerke SOS-TeleNET, TESSA Netzwerk und TNS-NET gehört zu den Vorzeigeprojekten im Bereich Telemedizin im Freistaat Sachsen. Sie zeigen wie Zusammenarbeit und Innovation dazu beitragen können, Leben zu retten und die Lebensqualität der Menschen zu verbessern. Ich konnte mir diese beeindruckenden Vorzeigeprojekte bereits vor Ort ansehen. Darum fördern wir diese wichtige Arbeit mit mehr als drei Millionen Euro. Das Dresdner Universitäts SchlaganfallCentrum bietet kooperierenden Kliniken im Raum Dresden und in Ostsachsen über das SOS-TeleNET eine telemedizinische Mitbeurteilung für Schlaganfallpatienten an. In Westsachsen erfolgt die Mitbeurteilung im TESSA Netzwerk durch das Klinikum St. Georg in Leipzig sowie dem Fachkrankenhaus Hubertusburg in Wernsdorf für den Raum Leipzig und Nordwestsachsen. Das TNS-NET versorgt den Raum Südwestsachsen telemedizinisch mit Zentren im Heinrich-Braun-Klinikum Zwickau, dem Klinikum Chemnitz und dem Helios Klinikum Aue. Die Förderung der Schlaganfallnetzwerke unterstreicht die Schwerpunktsetzung des Sozialministeriums im Bereich Telemedizin, E-Health und technischer Assistenzsysteme. Durch die Netzwerkstruktur ist gewährleistet, dass auch in ländlichen Räumen akut auftretende Schlaganfälle sicher diagnostiziert und auf fachlich höchstem Niveau therapiert werden können. Eine telemedizinische Unterstützung für Patientinnen und Patienten, die an Multipler Sklerose erkrankt sind, bietet das Versorgungsprojekt ‚Pfadgestütztes Qualitätsmanagement in der MS-Versorgung (QPATH4MS)‘, welches wir mit 1,7 Millionen Euro gefördert haben. Mit rund 1,8 Millionen Euro haben wir das Projekt ‚Care4All‘, mit dem der Einsatz von Robotersystemen in der Pflege und in der Therapie von Demenzkranken getestet wird, unterstützt.

Sachsen-Anhalt: Digitale Lösungen für die flächendeckende Versorgung

Sachsen-Anhalt ist mit einem Durchschnittsalter von 47,9 Jahren das Bundesland mit der ältesten Bevölkerung (Bundesdurchschnitt 44,6 Jahre).¹⁰ Die Auswirkungen des Strukturwandels, die rückläufigen Geburtenzahlen und das Altern der Bevölkerung sind hier am stärksten zu spüren. Es braucht schnelle digitale Lösungen und Konzepte, um die flächendeckende medizinische Versorgung im ländlichen Raum zu sichern. In einer Sondersitzung des Kabinetts zur medizinischen Versorgung in Sachsen-Anhalt am 21.11.2023 wurde darüber diskutiert, wie der Arbeits- und Lebensort für Fachkräfte im Gesundheitswesen attraktiver gestaltet werden kann. Wichtige Themen sind unter anderem die Landarztquote in der Humanmedizin, die Erhöhung der Zahl der Studienplätze, die Berufsanerkennung ausländischer Ärztinnen und Ärzte, digitale Anwendungen in Arztpraxen, Delegation von Aufgaben an andere Gesundheitsberufe und die Krankenhausreform.¹¹

»Besondere Unterstützung von Ärztinnen und Ärzten in ländlichen Regionen«



Petra Grimm-Benne ist seit 2021 Ministerin für Arbeit, Gesundheit, Soziales und Gleichstellung in Sachsen-Anhalt.

Vor welchen Herausforderungen steht die Gesundheitsversorgung im ländlichen Raum in Sachsen-Anhalt?

Eine wesentliche Herausforderung ist der demografische Wandel. Bereits jetzt und in den nächsten Jahren werden viele Ärztinnen und Ärzte aus Altersgründen aus dem Beruf ausscheiden, so dass insbesondere in strukturschwachen ländlichen Räumen die Gefahr besteht, dass eine qualitativ und quantitativ ausreichende medizinische Versorgung nicht überall garantiert werden kann. Aus den verschiedensten Gründen wollen insbesondere junge Ärztinnen und Ärzte eher in den Städten arbeiten, während die Bereitschaft, sich in ländlichen Regionen niederzulassen bzw. dort eine Landarztpraxis zu übernehmen, abnimmt.

Das Arbeiten in der Stadt wird aufgrund der Infrastruktur als attraktiver empfunden. Hier wird ein familienfreundliches Umfeld angeboten, Arbeitsmöglichkeiten für die Partnerin oder den Partner sowie die Freizeitmöglichkeiten in der Umgebung sind ebenfalls wichtige Kriterien des Ärztenachwuchses. Demgegenüber werden ländliche Regionen als nachteilig empfunden. Hinzu kommt die Erwartung ungünstigerer Arbeitsbedingungen und -zeiten besonders für Landärzte. So besteht die Befürchtung, als Landarzt kein gesundes Gleichgewicht zwischen Nähe und Distanz im Arzt-Patienten-Verhältnis aufbauen zu können, da faktisch eine „Rund-um-die-Uhr-Präsenz“ gefordert wird und sich Privates und Berufliches schon räumlich nicht trennen lassen.

¹⁰ Statista Research Department (2024) Durchschnittsalter der Bevölkerung in Deutschland nach Bundesländern 2022 | Statista

¹¹ Staatskanzlei und Ministerium für Kultur (2023) staatskanzlei_21_11_2023_pressemitteilung_ergebnisse-der-sondersitzung-des-kabinetts-zur-medizinischen-versorgung-in-sachsen-anhalt.pdf

»Insbesondere junge Ärztinnen und Ärzte wollen eher in den Städten arbeiten, während die Bereitschaft, sich in ländlichen Regionen niederzulassen bzw. dort eine Landarztpraxis zu übernehmen, abnimmt.«

Petra Grimm-Benne

Wie sehen die politischen Antworten Ihres Bundeslands aus?

Angesichts der sich abzeichnenden ärztlichen Unterversorgung in strukturschwachen, ländlichen Regionen ist es im Sinne einer bedarfsgerechten und wohnortnahen medizinischen Versorgung eine zentrale gesundheitspolitische Herausforderung, dem räumlichen Missverhältnis der Versorgungskapazitäten entgegenzusteuern. Hierzu fand am 21. November 2023 eine Sonderberatung der Landesregierung mit Akteuren des Gesundheitswesens und den Kommunalen Spitzenverbänden zum Thema „Medizinische Versorgung in Sachsen-Anhalt“ statt. Die Landesregierung tauschte sich mit den Gesundheitsvertretern über die Frage aus, welche Versorgungsmodelle den Vorstellungen der künftigen Generation der Ärzte- und Zahnärzteschaft am ehesten entsprechen und wie man diesen Vorstellungen gerecht werden kann. Es wurde vereinbart, eine gemeinschaftliche (Image-)Kampagne zu initiieren, um die Vorzüge für Absolventinnen und Absolventen der Human- und der Zahnmedizin, in Sachsen-Anhalt tätig zu werden, deutlich zu machen. Dazu gehören zum Beispiel gute Verdienstmöglichkeiten für Hausärzte, gute Zulassungsmöglichkeiten und attraktive Baulandpreise. Da es für die Niederlassung von Ärztinnen und Ärzten gerade in ländlichen Regionen einer besonderen Unterstützung durch die Kommunen bedarf, hat die Landesregierung die Kommunalvertreter aufgefordert, verstärkt infrastrukturelle Voraussetzungen zu schaffen und zum Beispiel bei der Suche nach Praxisräumen, einem Kitaplatz, einer Wohnung oder eines Baugrundstückes zu helfen.

Welchen Beitrag leisten dabei digitale Anwendungen, Plattformen und Lösungen?

Vorrangiges Ziel aller Digitalisierungsprojekte im Bereich der öffentlichen Daseinsvorsorge ist eine bessere Vernetzung der 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 nicht die ärztliche Entscheidung und auch nicht die regelmäßige Anwesenheit eines Arztes, sondern erweitern dessen Handlungsspektrum gerade im ländlichen Raum, ihnen kommt eine Brückenfunktion zu.

So profitiert der Gesundheitssektor von einer besseren Vernetzung von Krankenhausträgern, Universitätskliniken, Pflegeeinrichtungen, niedergelassenen Ärzten, Krankenkassen, Rettungsdiensten und Krankenkassen. Die Potenziale eines verbesserten Datenaustauschs können so 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

»Dazu gehören zum Beispiel gute Verdienstmöglichkeiten für Hausärzte, gute Zulassungsmöglichkeiten und attraktive Baulandpreise.«

Petra Grimm-Benne

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. Das Land Sachsen-Anhalt fördert ein Modellprojekt zur „Etablierung von Telemedizinischen Versorgungseinheiten am Beispiel der Augenärztlichen Versorgungsstruktur der Region Altmark“. Ziel des Projektes ist es, die Versorgungsstrukturen durch eine sektorenübergreifende medizinische Versorgung zu stärken, Kapazitäten verfügbar zu machen und die Resilienz des Versorgungssystems insgesamt gegenüber den Auswirkungen zukünftiger Pandemien zu erhöhen. Beispielhaft soll dies in einem Pilotprojekt zur augenärztlichen Versorgung in der Altmark erprobt werden. Eine spätere Übernahme des Modells für andere fachärztliche Versorgungsstrukturen wird angestrebt.

Die Corona-Pandemie hat aufgezeigt, dass insbesondere ländliche Regionen in Folge einer geringeren Versorgungsdichte krisenanfälliger für Störungen sind. Für die Modellregion Altmark soll mit dem vorliegenden Projektantrag die Teamzusammenarbeit von teilnehmenden Augenarztpraxen und kooperierenden stationären Einrichtungen im Netzwerkverbund durch die Etablierung von Telemedizinischen Versorgungseinheiten (TE) erprobt werden. Dabei soll die Sprechstundenzeit der am Projekt beteiligten Ärztinnen und Ärzte flexibel und ortübergreifend verfügbar gemacht werden, wodurch Kapazitäten der Ärztinnen und Ärzte besser und effizienter genutzt werden können. Mit ausgewählten stationären Einrichtungen soll im medizinischen Bedarfsfall durch eine Einweisung zur stationären Behandlung direkt über die telemedizinische Versorgungseinheit oder die kooperierenden Augenärztinnen und Augenärzte eine integrierte sektorenübergreifende Versorgungskette geschaffen werden. Die beteiligten Kliniken können dann sofort auf die erhobenen Befunde zurückgreifen, Doppeluntersuchungen werden vermieden und eine kurzfristige stationäre Versorgung ermöglicht. Nach Ablauf der Projekt- und Förderphase ist eine Verstetigung der Telemedizinischen Einheit mit dem dann planmäßig aufgebauten Netzwerk an kooperierenden Augenärztinnen und Augenärzten und den kooperierenden Kliniken mittels der damit verbundenen telemedizinischen Infrastruktur als Regelversorgung intendiert bzw. unter Mitwirkung der Krankenkassen und ihrer Verbände als besondere Versorgungsform fortzuführen.

Der Projektantrag dient zudem der Evaluierung der Machbarkeit der telemedizinischen sektorenübergreifenden augenärztlichen Versorgung von Patientinnen und Patienten im Land Sachsen-Anhalt. Die Evaluierungserkenntnisse dienen zur Einschätzung eines späteren Einbezugs weiterer Arztgruppen in die Versorgungsstrukturen zum Ausbau von TE im Land Sachsen-Anhalt.

»Die Corona-Pandemie hat aufgezeigt, dass insbesondere ländliche Regionen in Folge einer geringeren Versorgungsdichte krisenanfälliger für Störungen sind.«

Petra Grimm-Benne

Schleswig-Holstein: Nachhaltiger und digitaler

Im Bundesland Schleswig-Holstein gab es von 2021 bis 2023 ein sogenanntes „Demenz-Mobil“, auch MobiDem genannt.¹² Da sich große Teile Schleswig-Holsteins über ländliche Gebiete erstrecken, bot es sich an, einen mobilen Dienst zu erschaffen, um die Bevölkerung auch abseits der infrastrukturell gut ausgestatteten Städte zu erreichen und beraten sowie behandeln zu können. Ziel dieses Projektes war es, die Lebensqualität von Menschen mit Demenz in ländlichen Gebieten zu verbessern. Dabei ging es vor allem um die Beratung und Schulung von Menschen im unmittelbaren Umfeld der Betroffenen im richtigen Umgang mit der Erkrankung Demenz. Das Angebot wurde trotz der Einschränkungen durch die Covid-19 Pandemie gerne und kontinuierlich genutzt. Offene Sprechstunden, ein präsenster Standort, sowie die Vernetzung und Abstimmung mit den Akteuren vor Ort haben sich bewährt und dazu geführt, dass das Projekt zur Unterstützung der Versorgung im ländlichen Raum weiterentwickelt und ausgebaut wird.

In einem Interview mit der Techniker Krankenkasse im Dezember 2023 wurde die Ministerin nach den größten Herausforderungen bei der Umsetzung politischer Maßnahmen zur Förderung der Nachhaltigkeit im Gesundheitswesen gefragt.¹³ Im Rahmen der Krankenhausreform gebe es Schwierigkeiten, da die Akteure der Gesundheitsversorgung und die verantwortlichen Institutionen auf verschiedene Ebenen bzw. Sektoren verteilt seien. Auch die duale Finanzierung von Krankenhäusern sei ein Punkt, an dem Bund und Länder nicht immer zusammenfänden. Es brauche jedoch Veränderungen, um die Krankenhauslandschaft und die flächendeckende Versorgung der Menschen zu gewährleisten und das am besten mit einer guten Kommunikation und gegenseitigen Absprachen.

»Es braucht Akzeptanz von Veränderungen«



Prof. Dr. Kerstin von der Decken ist seit 2022 Ministerin für Justiz und Gesundheit in Schleswig-Holstein.

Was sind die größten Herausforderungen bei der Umsetzung politischer Maßnahmen zur Förderung der Nachhaltigkeit im Gesundheitswesen?

Wenn wir am Beispiel der Krankenhausreform bleiben, so zeigen sich die Herausforderungen deutlich. Da ist zum einen die Schwierigkeit, Reformprozesse in einem System durchzuführen, in dem die Zuständigkeiten auf mehrere Ebenen verteilt sind. Der Bund ist für die Finanzierung der Betriebskosten der Krankenhäuser, die Ländern

¹² Mobiles Angebot verbessert Demenz-Beratung auf dem Land (2024) Mobiles Angebot verbessert Demenz-Beratung auf dem Land | G+G (aok.de)

¹³ Klimaschutz und Einsparung von Energiekosten gehören auf die Agenda (2023) Interview mit Gesundheitsministerin Kerstin von der Decken | Die Techniker – Presse & Politik (tk.de)

»Auch wenn grundsätzlich alle verstehen, dass Veränderungen der Krankenhauslandschaft nötig sind, so tun sich viele doch schwer, wenn das Krankenhaus in der eigenen Gemeinde betroffen ist.«

Prof. Dr. Kerstin von der Decken

sind für die Krankenhausplanung und Investitionskostenfinanzierung zuständig. Auf der anderen Seite steht die nicht immer einfache Akzeptanz notwendiger Veränderungen. Auch wenn grundsätzlich alle verstehen, dass Veränderungen der Krankenhauslandschaft nötig sind, so tun sich viele doch schwer, wenn das Krankenhaus in der eigenen Gemeinde betroffen ist. Meiner Ansicht liegt die Lösung für beide Herausforderungen in einer klaren und offenen Kommunikation auf der Basis von Fakten. Je mehr Daten und Analysen wir über Versorgungsnotwendigkeiten, finanzielle und personelle Ressourcen, technische Möglichkeiten, Verkehrswege etc. haben, desto besser werden sich Reformprozesse sinnvoll gestalten und auch kommunizieren lassen.

Im Bundesland Schleswig-Holstein werden verschiedene Projekte zur telemedizinischen Versorgung, gefördert, entwickelt und erforscht. Beispielsweise gibt es die Koordination der Hebammenversorgung in Schleswig-Holstein (KoHe-SH), ein Programm zur Früherkennung von Brustkrebs sowie zur Überwachung von Risikopatientinnen und ViDiKi – Virtuelle Diabetesambulanz für Kinder und Jugendliche.

Im Oktober 2023 hat die Ministerin im Bundesrat zu den geplanten Gesetzesvorhaben des Bundes zur Nutzung von Gesundheitsdaten folgendes zur Digitalisierung und zum Einsatz neuer Technologien im Gesundheitswesen gesagt: „Die Nutzung von Gesundheitsdaten kann und muss datenschutzkonform und rechtssicher erfolgen, mit technologischen Entwicklungen Schritt halten und Innovation zulassen. Daraus abgeleitete Erkenntnisse müssen in der Anwendung für Ärztinnen und Ärzte praktisch und einfach handhabbar sein und für Patientinnen und Patienten bessere individuelle Versorgung zur Folge haben. Das Gesetzesvorhaben des Bundes ist hierzu ein guter erster Schritt, aber noch nicht der große Wurf.“¹⁴

¹⁴ Ministerium für Justiz und Gesundheit (2023) schleswig-holstein.de – Ministerium für Justiz und Gesundheit – Ministerin Kerstin von der Decken im Bundesrat: „Gesundheitsdaten im Sinne der Gesundheitsversorgung der Menschen in Deutschland nutzbar machen – datenschutzrechtlichen Belange müssen mit Innovationen der medizinischen Versorgung Schritt halten.“

Thüringen: Förderprogramm, Landarztquote und mehr Studienplätze

Das Bundesland Thüringen weist im bundesweiten Vergleich eine starke Überalterung auf. Viele Ärztinnen und Ärzte sind weit über das Renteneintrittsalter hinaus tätig, weil es zu wenig Nachfolgerinnen und Nachfolger gibt. Daraus folgt häufig die Schließung von Praxen, anstatt der Weiterführung durch neue Ärztinnen und Ärzte. In Thüringen fehlen zunehmend Apotheken im ländlichen Raum, was zu Engpässen in der Arzneimittelausgabe und -versorgung führt. Der demografische Wandel und die aktuelle Personalsituation fordern die Politik heraus.

»Vernetzung aller Akteure auf Landesebene«



Heike Werner ist seit 2014 Ministerin für Arbeit, Soziales, Gesundheit Frauen und Familie im Freistaat Thüringen.

Vor welchen Herausforderungen steht die Gesundheitsversorgung im ländlichen Raum in Thüringen?

Die Ärzte-, Zahnärzte- und Apothekerschaft in Thüringen ist durch eine starke Überalterung gekennzeichnet. Viele Praxisinhaberinnen und Praxininhaber, sowie Apothekenbetreiber:innen und Apothekenbetreiber sind über das durchschnittliche Renteneintrittsalter hinaus tätig, weil sie keine Nachfolgerinnen oder Nachfolger finden, insbesondere in ländlichen und strukturschwachen Regionen. Der Eintritt in den Ruhestand ist für sie in vielen Fällen mit der endgültigen Schließung ihrer Praxis oder Apotheke verbunden. Darüber hinaus besteht in Thüringen stellenweise eine Ungleichverteilung in der pharmazeutischen Versorgung, die sich zunehmend in einem Rückgang der Apothekenzahl und in zunehmenden Versorgungsengpässen bemerkbar macht. Im stationären Bereich findet derzeit eine Krankenhausreform statt, die noch nicht abgeschlossen ist. Hier steht die Landesregierung vor großen Herausforderungen, um eine bedarfsgerechte Versorgung in einem Flächenland weiterhin zu gewährleisten. Besondere Herausforderungen sind dabei der Fachkräftemangel und der demografische Wandel.

Wie sehen die politischen Antworten Ihres Bundeslands aus?

Um der Entwicklung in der ambulanten und pharmazeutischen Versorgung entgegenzuwirken hat der Freistaat Thüringen in Ergänzung zu den Sicherstellungsmaßnahmen der Kassenärztlichen Vereinigung Thüringen das bestehende Förderprogramm für die Niederlassung von Ärztinnen und Ärzten auch auf Zahnärztinnen und Zahnärzte sowie auf Apothekerinnen und Apotheker ausgeweitet. Damit sollen zusätzliche Anreize geschaffen werden, damit sich im ländlichen Raum wieder mehr Ärztinnen und Ärzte, Zahnärztinnen und Zahnärzte niederlassen sowie mehr Apothekerinnen und Apotheker den Betrieb einer Apotheke aufnehmen, bevor eine Unterversorgung droht oder bereits eingetreten ist. Darüber hinaus soll in Thüringen eine so genannte Landarztquote eingeführt werden, wie sie in anderen Län-

»Die Vernetzung aller verantwortlichen Akteure auf Landesebene wird dazu beitragen, dass der technische Fortschritt in die Lebenswirklichkeit der Menschen in Thüringen transportiert wird.«

Prof. Dr. Kerstin von der Decken

dern bereits erfolgreich angewandt wird. Interessierte, die nicht den erforderlichen numerus clausus erfüllen, können auf diese Weise ein Medizinstudium absolvieren, wenn sie sich vor Aufnahme des Studiums dazu verpflichten, sich nach Abschluss des Studiums in Bedarfsgebieten Thüringens niederzulassen. Die Landesregierung bringt sich in den Krankenhausreformprozess auf Bundesebene ein und setzt sich hier massiv für die Interessen der ostdeutschen Flächenländer ein. Um den medizinischen Nachwuchs insgesamt zu erhöhen, wurde die Anzahl der Studienplätze in der Humanmedizin an der Friedrich-Schiller-Universität Jena bereits vor zwei Jahren angehoben. Darüber hinaus verfügt die Landeshauptstadt Erfurt nach verstärkten Bemühungen der Landesregierung seit kurzem wieder über eine medizinische Hochschule. Die Health and Medical University (HMU) ist eine private, staatlich anerkannte Hochschule und besitzt neben Erfurt einen weiteren Campus in Potsdam.

Welchen Beitrag leisten dabei digitale Anwendungen, Plattformen und Lösungen?

Digitalisierung und digitale Anwendungen gewinnen – insbesondere in den vergangenen Jahren – im Gesundheitswesen immer stärker an Bedeutung und die technischen Entwicklungen weisen hierbei ein rasantes Tempo auf. So ist die Digitalisierung eine wesentliche Chance und ein Baustein, um den gesellschaftlichen Herausforderungen des demografischen Wandels zu begegnen und die vorhandenen Potenziale der medizinischen und pflegerischen Fachkräfte im Rahmen der Gesundheitsversorgung optimal zu nutzen. Im Mittelpunkt des digitalen Wandels im Gesundheitswesen muss dabei immer der Mensch stehen. Die Digitalisierung im Gesundheitswesen ist längst im Alltag vieler Menschen angekommen. Eine wichtige Rolle spielt daher auch die Vermittlung digitaler Kompetenzen – insbesondere für Bevölkerungsgruppen ohne besondere Affinität zum technischen Fortschritt. Um den Nutzen digitaler Anwendungen für den Einzelnen sichtbar zu machen, können entsprechende Projekte einen wichtigen kommunikativen Beitrag leisten. Wichtig ist zudem, dass z. B. durch eine Vernetzung aller verantwortlichen Akteure auf Landesebene dazu beigetragen wird, dass der technische Fortschritt in die Lebenswirklichkeit der Menschen in Thüringen transportiert wird.

Mein Ministerium hat hierzu beispielsweise eine Arbeitsgemeinschaft Telemedizin eingerichtet, in welcher Berufskammern, Kostenträger, fachlich betroffene Ministerien und Projektideengeber/Projektverantwortliche regelmäßig in den Austausch treten. Des Weiteren wird auch die Abstimmung zu innovativen Projekten in Thüringen, die beispielsweise durch den Bund finanziert, aber in Thüringen umgesetzt werden, gesucht. Hier ist besonders das WeCaRe-Bündnis hervorzuheben. Benennung von Beispielen: – Digitalisierung der Thüringer Rettungskette einschließlich der Digitalisierung der Krankenhausnotfallaufnahmen – Schlaganfallnetzwerk SATELIT – Interdisziplinäres Teleintensivmedizin-Netzwerk - Modellvorhaben ARMIN (Arzneimittelinitiative Sachsen-Thüringen) – WeCaRe-Projekt „Power“: Vermittlung von Digitalkompetenz über Kreisvolkshochschulen.

KAPITEL 2

Projekte, Plattformen und Pioniere

Baden-Württemberg: **FAST – SCHLAGANFALLKONSORTIUM RHEIN-NECKAR**

Insight

Prospectives Register:

- Erfassung aller Patienten mit ischämischem Schlaganfall im Schlaganfallkonsortium Rhein-Neckar
- Machbarkeits- und Effizienzanalyse von FAST zur Optimierung der Schlaganfallakuttherapie
- Standardisierte Dokumentation von Nebenwirkungen und klinischem Erfolg
- Retrospektiver Vergleich mit einem Baseline-Zeitraum vor FAST-Implementierung

Registerstudie Ziele:

- Ermittlung von Versorgungs- und Behandlungszeiten von Schlaganfallsymptomen bis zu dem Abschluss der akuten Therapie, inklusive Rekanalisationsbehandlung
- Machbarkeitsanalyse des Versorgungsnetzwerks
- Nachbefragungen der Patienten nach ca. drei Monaten zur Erfassung der klinischen Situation
- Generierung von Hypothesen für die Entwicklung von prospektiven Studien und Algorithmen zur Optimierung der Patientenidentifikation

Schlussfolgerung:

Die Studie strebt an, Optimierungspotenziale aufzuzeigen und zu prüfen, ob das FAST-Netzwerk als Modell für nationale und internationale Schlaganfallversorgung dienen kann

Abstract

Hauptziel der Studie:

- Messbare Verbesserung der Versorgung von Schlaganfallpatienten in der Rhein-Neckar Region durch häufigere und schnellere adäquate Behandlung, mit dem Ziel der Senkung von Tod und Behinderung
- Paradigmatische Darstellung, wie strukturelle regionale Verbesserungen die Folgen einer Volkserkrankung reduzieren können

Zentrale Fragestellung:

- Evaluation des Schlaganfallnetzwerks FAST mit Fokus auf Machbarkeit, Effektivität und Übertragbarkeit des Konzepts auf andere Regionen
- Schlüsselfrage: Zu welchen Verbesserungen in klinischen Ergebnissen, Versorgungsqualität und Patienten-/Mitarbeiterzufriedenheit tragen die implementierten Versorgungsstrukturen bei?

Baden-Württemberg: GeRas Geriatrische Rehabilitationserfolge nachhaltig sichern

Nachhaltigkeit:

- GeRas zielt darauf ab, die Wirksamkeit einer multimodalen Nachsorge nachzuweisen, die anschließend als Regelleistung der gesetzlichen Krankenkassen angeboten wird
- Erfahrungen aus GeRas fließen bereits in die Konzeption weiterer Versorgungsangebote für ältere Patient:innen ein

Kosten-Nutzen-Verhältnis:

- Durch Videotelefonie entfallen aufwendige Fahrten, aber es entsteht ein vermehrter Betreuungsaufwand für Nutzungsschwierigkeiten
- Eine gesundheitsökonomische Evaluation wird folgen

Nachweisbarer Mehrwert:

- Erste Ergebnisse der Prozessevaluation zeigen, dass Patient:innen im Übergang von der stationären zur ambulanten Versorgung profitieren
- Proaktive Begleitung durch die Krankenkasse wird von den Patient:innen geschätzt
- Fokus auf Teilhabeaspekte während des Trainings hilft, die Mobilität hochbetagter geriatrischer Patient:innen nachhaltig zu erhalten
- Endgültige Evaluationsergebnisse stehen 2025 zur Verfügung

- Das Projekt "GeRas" wird durch den Innovationsfonds des Gemeinsamen Bundesausschusses gefördert und startete im Oktober 2023
- Hintergrund: Die geriatrische Rehabilitation spielt eine entscheidende Rolle bei der Vermeidung von Pflegebedürftigkeit, aber der Übergang ins häusliche Umfeld nach der Rehabilitation ist besonders herausfordernd
- In GeRas wird erstmals ein sektorübergreifendes 12-wöchiges Nachsorgeprogramm nach stationärer geriatrischer Rehabilitation angeboten, unterstützt durch eine telemedizinische Plattform
- Innovationsgrad: GeRas präsentiert eine telemedizinische Lösung, die die Versorgung von betagten Patient:innen unterstützt und ein an die Zielgruppe angepasstes, bisher nicht vergleichbares Frontend für die Patient:innen bietet

Quelle: Vorstellung: Bewerbung für den Digitalaward 2024 der Gesundheitsstadt Berlin e.V., 2023

Insight

Abstract

Baden-Württemberg: Gesundheitskompass BW

Insight

Projekte und Themenfelder des Gesundheitskompass:

- Enthält innovative Projekte in den Bereichen Integrierte Versorgung, Interprofessionelle Rollen, Digitalisierung und Ländlicher Raum
- Fördert Vernetzung durch ein Wissensforum für Diskussion und Austausch

Unterstützung für kommunale Akteure und Entscheidungsträger:

- Die öffentlich zugängliche Webplattform soll lokale Akteure in der Weiterentwicklung der Gesundheitsversorgung vor Ort unterstützen

Abstract

Herausforderungen in der Gesundheitsversorgung in Baden-Württemberg:

- Demografischer Wandel, Zunahme chronischer Erkrankungen und Fachkräftemangel erfordern eine abgestimmte Versorgungslandschaft

Webplattform »Gesundheitskompass Baden-Württemberg«:

- Entwickelt und aufgebaut vom Landkreistag Baden-Württemberg in Zusammenarbeit mit dem Ministerium für Soziales, Gesundheit und Integration
- Ziel: Bekanntmachung und Zugänglichkeit modellhafter Versorgungsstrukturen

Bedeutung für die Zukunft der Gesundheitsversorgung:

- Der Gesundheitskompass trägt dazu bei, dass Baden-Württemberg auch in Zukunft eine funktionierende Gesundheitsversorgung in der Fläche gewährleistet
- Minister Manne Lucha betont die Fortschritte im Bereich Sektorenübergreifende Versorgung in Baden-Württemberg

Baden-Württemberg: Semanux

Forschungsergebnisse:

- Erfolgreiches Projekt »GazeTheWeb« – Internetbrowser mit Blicksteuerung
- Innovative Interaktionen, wie die Kombination von Touch- und Blicksteuerung, erforscht
- Auszeichnungen für Nutzerfreundlichkeit und technischen Ansatz

Produktentwicklung und Marktreife:

- Fördermittel ermöglichen die Zusammenführung der Forschungsergebnisse in ein marktreifes Produkt
- Nutzung der Labore und Büros der Abteilung »Analytic Computing« an der Universität Stuttgart für die praktische Umsetzung

Ausblick:

- Ziel ist die Entwicklung eines barrierefreien Internetzugangs für Menschen mit motorischen Einschränkungen
- Umfassende Unterstützung ermöglicht die erfolgreiche Umsetzung des Gründungsvorhabens

Insight

Hintergrund:

- Über eine Million Menschen in Deutschland leiden an permanenten motorischen Einschränkungen
- Schwierigkeiten oder Unmöglichkeit des Internetzugangs für viele Betroffene

Forschungsteam und Fördersumme:

- Fünf Jahre Forschung zur zugänglichen Bedienung des Internets und KI-gestütztem Verständnis von digitalen Inhalten
- Gefördert durch EXIST-Forschungstransfer seit September 2021 mit über 645.000 Euro aus dem BMWi-Förderprogramm

Abstract

Quelle: Universität Stuttgart,
<https://www.uni-stuttgart.de/universitaet/aktuelles/meldungen/Den-Computer-mit-dem-Kopf-oder-Fussschalter-steuern/>

Bayern: **DigiMed Bayern – Pilotprojekt zur P4 Medizin in Bayern**

Ziele:

- Analyse umfassender Datensätze zur Atherosklerose im Kontext digitaler Medizin – Fokus auf das bayerische Gesundheitssystem und dessen direkten Nutzen
- Kurzfristige Präzisierung der Risikoeinschätzung und Förderung präventiver Behandlungen
- Mittel- bis langfristige Ziele für verbesserte Diagnose und Therapie
- Bevölkerungsweite Identifikation der familiären Hypercholesterinämie als Risikofaktor

Wissenschaftliche Leitung:

- Deutsches Herzzentrum München

Geschäftsführende Leitung:

- Bio Biotech Cluster Development GmbH

Insight

Abstract

- Projektlaufzeit von Ende 2018 bis zum 30.11.2024
- Gefördert mit über 24,5 Millionen Euro durch das Bayerische Staatsministerium für Gesundheit und Pflege
- Pilotprojekt "DigiMed Bayern": Bayerisches Leuchtturmprojekt für datenbasierte Medizin. Vorgestellt im Ministerrat am 26. Februar 2019
- Einführung einer adaptierbaren digitalen Infrastruktur
- Fokus auf Atherosklerose, die häufigste Todesursache in Bayern und weltweit
- Verknüpfung von klinischen, epidemiologischen und individuellen Patientendaten im Zentrum des Projekts

Quelle: 2023 BioM Biotech Cluster Development GmbH, DigiMed Bayern,
<https://www.digimed-bayern.de/>

Bayern: **TARGET**

Studiendesign:

- Teilnehmerzahl: 822 Patienten (202 Patienten Nicht-interventionelle Beobachtungsstudie, 620 Patienten Interventionsstudie)

Ziel:

- Aufbau eines Netzwerks zwischen Fachärzten und Krebszentrum München in Südbayern
- Erprobung personalisierter Therapiekonzepte für schnellere Zugänge zu innovativer Diagnostik und Therapie
- Begleitung der Patienten durch multidisziplinäres Team, Einbindung in Behandlungsgestaltung

- Target (Transsektorales Versorgungskonzept für Patienten mit seltenen Krebserkrankungen) Projektlaufzeit von 01. Januar 2022 bis 31. Dezember 2025 mit einer Förderung von 6,5 Millionen Euro
- TARGET-Projekt: Aufbau eines Netzwerks zwischen Fachärzten und Krebszentrum München in Südbayern
- Studie vergleicht Patienten im neuen Versorgungskonzept mit Regelversorgungspatienten (qualitative und quantitative Methoden)

Insight

Abstract

Quelle: Kassenärztliche Vereinigung Bayerns,
<https://www.kvb.de/mitglieder/abrechnung/verguetungsvertraege/target>

Berlin: **DNA-MED als Modell für eine flächendeckende Präzisionsmedizin**

Insight

- Die Kooperation mit der AOK Nordost zeigt, dass die Plattform einen wesentlichen Schlüssel für den flächendeckenden Einsatz von Präzisionsonkologie darstellt
- Eine integrierte, digitale Vernetzung von Patienten, niedergelassenen Ärzten, Kompetenzzentrum und Krankenkassen ermöglicht eine effektive Umsetzung
- Datenschutz- und Zugriffsprobleme wurden durch getrennte Einwilligungserklärungen und klare Regelungen gelöst
- Automatisierungsschritte und Algorithmen verbessern die Effizienz der Versorgung und tragen zur Reduktion des ärztlichen Arbeitsaufwands bei
- Die DNA-Med-Plattform dient nicht nur der Bereitstellung von Präzisionsmedizin, sondern auch der Generierung von Real World Daten zur Forschung und Entwicklung

Abstract

- Die flächendeckende Einführung der Präzisionsmedizin erfordert eine grundlegende Veränderung der Versorgungs- und Forschungsinfrastruktur
- Das herkömmliche System, ausgelegt für "One size fits all"-Therapien, steht der Präzisionsmedizin entgegen, die komplexe individuelle Merkmale zur Identifizierung geeigneter Therapien nutzt
- Die DNA-Med-Plattform zeigt am Beispiel des Prostatakrebses einen Lösungsansatz für die flächendeckende Einführung der Präzisionsmedizin
- Die Plattform ermöglicht eine patientenzentrierte, prozessoptimierte Bereitstellung von neuesten Erkenntnissen und Studienmöglichkeiten
- Die Plattform verbessert die Wahrscheinlichkeit der Bereitstellung präziser Therapien durch hochwertige und qualitätsgesicherte Datenerhebung

Berlin: HerzCheck

Ablauf und Leistungen von »HerzCheck«:

- Maximal 15-minütige, nichtinvasive Herz-MRT in mobilen Einheiten in Wohnortnähe
- Telemedizinische Betreuung und Auswertung durch Experten des Deutschen Herzzentrums der Charité
- Bereitstellung umfangreicher Befunde mit Therapie- und Diagnostikempfehlungen

Versorgungsalltag und Vernetzung:

- Stärkung sektorenübergreifender Versorgung durch Vernetzung regionaler medizinischer Versorger
- Etablierung von 12 Standorten in Brandenburg und Mecklenburg-Vorpommern
- Über 4.500 Patient:innen mit Risikofaktoren nahmen innerhalb von 22 Monaten teil
- Aktive Beteiligung von 100 niedergelassenen Ärzt:innen, einige im Netzwerk für kardiale Bildgebung mit dem Deutschen Herzzentrum der Charité

Kosten-Nutzen-Verhältnis:

- Kosten der Untersuchung stehen in Relation zum Nutzen für Patient:innen und das Gesundheitssystem
- Verringerte Morbidität reduziert Krankenhauskosten und verbessert soziale Folgen der Erkrankung

Herausforderung der Herzinsuffizienz:

- Eine der häufigsten und kostenintensivsten chronischen Erkrankungen mit 2,5 Mio betroffenen Menschen in Deutschland
- Diagnose erfolgt oft erst bei akuten Beschwerden

Frühzeitige Intervention durch »HerzCheck«:

- Telemedizinbasiertes Projekt zur Früherkennung und Prävention von Herzinsuffizienz bei beschwerdefreien Patient:innen mit kardiovaskulären Risikofaktoren
- Nutzt innovative Parameter, darunter Global Longitudinal Strain (GLS) in nichtinvasiver, kontrastmittelfreier Herz-MRT

Insight

Abstract

Berlin: Recovery Cat

Insight

Nachhaltigkeit:

- Geringerer ökologischer und ökonomischer Footprint durch digitale Erfassung
- Verbesserung von Selbstmanagement und Entlastung des Versorgungssystems
- Vermeidung unnötiger Wege und Hospitalisierungen

Kosten-Nutzen-Verhältnis:

- Potential zur Erhöhung der Fallzahlen in Kliniken
- Reduzierung administrativer Prozesse und Entlastung der Ärzte
- Bis zu 80% Senkung volkswirtschaftlicher Kosten für psychiatrische Erkrankungen

Einbindung von Stakeholdern:

- Regelmäßiges Feedback von Patient:innenboard
- Aktive Beteiligung von Krankenkassen, Krankenhausleitung, Experten und mehr
- Umfassende Einbindung relevanter Gruppen in Entwicklung und Implementierung

Abstract

Innovationsgrad:

- Digitale Therapiebegleitung für individuelle Behandlungswege
- Schnelle Erhebung des Therapieverlaufs in Minuten
- Tägliche Check-ins für Symptome, Nebenwirkungen und Medikation
- Innovative Plattform für datenschutzkonforme Ärzt:innen-Patient:innen-Interaktion

Etablierung in den Versorgungsalltag:

- Seit Mai 2023 in zwei großen Berliner Kliniken im Einsatz
- Machbarkeitsstudie 2022 zeigt positive Ergebnisse bei verschiedenen psychischen Erkrankungen
- Hinweise auf Symptomreduktion und verbesserte Lebensqualität

Nachweisbarer Mehrwert:

- Studienergebnisse auf größtem deutschen Psychatriekongress präsentiert (November 2023)
- Entlastung von Kliniker:innen und Stärkung der Verbindung zum Behandlungsteam
- Akzeptanz und erste Hinweise auf Wirksamkeit

Berlin: x-cardiac GmbH

Nachhaltigkeit:

- x-cardiac könnte ökonomisch nachhaltige Vorteile bieten, indem die Dauer von Intensiv-aufenthalten nach Herzoperationen potenziell verringert wird
- Kürzere Aufenthalte könnten nicht nur Kosten einsparen, sondern auch die finanzielle Belastung für Kliniken reduzieren

Kosten-Nutzen-Verhältnis:

- Potenziell günstiges Kosten-Nutzen-Verhältnis für Kliniken durch die mögliche Verringerung der Intensivaufenthaltsdauer nach Herzoperationen
- Einsparungen könnten den Wert der Investition in die x-cardiac-Lösung langfristig übertreffen

Einbindung von Stakeholdern:

- Als Spin-Off des Deutschen Herzzentrums Berlin und der Charité entstandene x-cardiac zeigt ein tiefes Verständnis für die Bedürfnisse von medizinischem Personal, IT-Abteilungen und Kliniken
- Enge Zusammenarbeit mit verschiedenen Akteuren im Gesundheitswesen gewährleistet eine effektive Entwicklung und Implementierung der Produkte

Innovationsgrad:

- Die x-cardiac-Plattform repräsentiert eine Innovation im Bereich digitaler Medizinprodukte, insbesondere durch den Einsatz von KI im klinischen Umfeld
- Einzigartig ist die Fähigkeit, postoperative Komplikationen auf der Grundlage longitudinaler Patientendaten vorherzusagen, was bisherige Systeme nicht leisten können

Etablierung in den Versorgungsalltag:

- Erfolgreiche Implementierung von x-c-bleeding am Deutschen Herzzentrum der Charité und am Universitätsklinikum Freiburg belegt die praktische Anwendbarkeit im klinischen Alltag
- Integration in medizinische Einrichtungen unterstreicht die Wirksamkeit, Zuverlässigkeit und Anpassungsfähigkeit der Technologie

Nachweisbarer Mehrwert:

- Positive Anwender-Rückmeldungen und kontinuierliche Evidenzgenerierung belegen den Mehrwert von x-cardiac
- Algorithmen prognostizieren effektiv postoperative Komplikationen, unterstützt durch Publikationen in renommierten Fachzeitschriften

Quelle: Vorstellung; Bewerbung für den Digitalaward 2024 der Gesundheitsstadt Berlin e.V., 2023

Insight

Abstract

Brandenburg: **ANNOTeM**

Ziel:

- Verbesserung der neurologischen Akutversorgung in ländlichen Gebieten Nordostdeutschlands

Umsetzung:

- Teilnehmende Kliniken werden durch Fachärzte mittels Telemedizin und aktueller Behandlungskonzepte rund um die Uhr

Studiendesign:

- Nach Implementierung des ANNOTeM-Netzwerkes erfolgt die integrierte, telemedizinisch unterstützte Behandlung akut neurologischer Diagnosen in den teilnehmenden Kliniken
- Ablauf und Verfahren während der telemedizinischen Konsultation sind in diagnose-spezifischen Standard Operating Procedures (SOPs) geregelt
- Begleitende Erfassung der Prozessqualität durch evidenzbasierte Behandlungsoptionen, Registerdaten der Qualitätssicherung im stationären Bereich und standardisierte Telekonsildokumentation

Insight

- Projektlaufzeit von Februar 2017 bis Januar 2021, gefördert durch den Innovationsfond (Gemeinsamer Bundesausschuss)
- ANNOTeM ist ein telemedizinisches Netzwerk, das neurologische Maximalversorger, regionale Versorgungskliniken und Rettungsdienste integriert

Maßnahmen:

- Teleneurologische Beratung, Einrichtung spezialisierter Neuro-Akuteinheiten, Optimierung von Notfallverlegungen, konsequentes Qualitätsmanagement

Umsetzungspotenzial

- Schnelle Implementierung in anderen strukturschwachen Regionen je nach erzielten Ergebnissen
- Potenzial zur Erweiterung auf andere Behandlungsgebiete
- Begleitende Kostenanalyse ermöglicht die Berechnung einer kostendeckenden Erlösstruktur

Abstract

Quelle: Antworten aus schriftlicher Befragung, Gesundheitsministerin Nonnenmacher / Trendstudie „Digitale Lösungen im deutschen Gesundheitswesen“ (2023)

Mecklenburg-Vorpommern: Früherkennung von Demenzerkrankungen

- Die Software präsentiert die Analyseergebnisse übersichtlich in einer grafischen Oberfläche, ermöglicht Fachpersonal die Navigation durch Schichtaufnahmen und markiert auffällige Bereiche farblich
- Das Programm ist derzeit nur für Forschungszwecke geeignet, bietet jedoch großes Potential für zukünftige Projekte zur Früherkennung von Demenzerkrankungen

Insight

- Neurodegenerative Erkrankungen wie Alzheimer sind durch Gehirnveränderungen erkennbar, jedoch erfordert ihre Identifikation auf MRT-Aufnahmen Zeit und räumliches Vorstellungsvermögen
- In der Klinik für psychosomatische Medizin und Psychotherapie forschen Prof. Stefan Teipel und Dr. Martin Dyrba am Deutschen Zentrum für Neurodegenerative Erkrankungen an der Früherkennung von Alzheimer
- Dr. Dyrba hat eine KI-gestützte Software entwickelt, die mithilfe neuronaler Netzwerke typische Gehirnveränderungen auf MRT-Bildern erkennt

Abstract

Quelle: Digitalzentrum Rostock,
<https://www.digitalzentrum-rostock.de/praxisbeispiele/demonstratoren/frueherkennung-von-demenzerkrankungen/>

Niedersachsen: Regionales Pflegekompetenzzentrum

Insight

Zielgruppenfokus:

- Personen mit drohender Pflegebedürftigkeit, bestehender/beantragter Pflegebedürftigkeit und pflegende An- und Zugehörige

Versorgungsnetzwerk und Case-Manager*innen:

- Case-Manager:innen (ausgebildete Pflegefachkräfte) im Versorgungsnetzwerk bieten Unterstützung bei alltagsbezogenen Fragestellungen

Digitales Ökosystem:

- Aufbau eines digitalen Ökosystems mit Dokumentationssoftware
- Softwareprodukte von Synectic Software & Services GmbH entwickelt; Anbindung an das Produkt ist nicht zwingend erforderlich

Telematikinfrastruktur und ePA-Nutzung:

- Strategisch sinnvolle IT-Architektur mit Anbindung an die bundesweite Telematikinfrastruktur zur ePA-Nutzung

Abstract

- Projektlaufzeit über 4 Jahre, von 2019-2023, gefördert durch Innovationsfond des GBA mit 11 Millionen Euro
- Im Zuge des Projekts wurde in den Landkreisen Grafschaft Bentheim und Emsland in Niedersachsen ein lokales Gesundheitsnetzwerk etabliert
- Ziele: Effektivere Steuerung der Angebotsnachfrage in der Region, Kostensenkung im Gesundheitswesen, Nutzung unausgelasteter Krankenhausressourcen
- Unterstützung des regionalen Pflegekompetenzzentrums durch digitale Anwendungen (z. B., Terminbuchung, Chat) und die Nutzung der digitalen Plattform Quovero zur Informationsbereitstellung
- Einführung eines pflegeorientierten Case-Management Ansatzes mit rund 19 Case-Managern zur beratenden Unterstützung von Pflegebedürftigen und Angehörigen im ländlichen Raum, einschließlich stat./ambul. Pflege, medizinischer Versorgung und Mobilitätsdienstleistungen
- Das Projekt wurde in Zusammenarbeit von Gesundheitsregion EUREGIO e.V., der Universität Osnabrück und der DAK-Gesundheit durchgeführt

Quelle: Gemeinsamer Bundesausschuss/Innovationsausschuss, <https://innovationsfonds.g-ba.de/projekte/neue-versorgungsformen/reko-regionales-pflegekompetenzzentrum-innovationsstrategie-fuer-die-langzeitversorgung-vor-ort.268#:~:text=Das%20Projekt%20wird%20f%C3%BCbertragen%20werden.>

Niedersachsen: Das digitale Gesundheitsamt im Landkreis Lüneburg

Ziel:

- Projekt "DIGITALIS" zielt darauf ab, eine moderne und attraktive Arbeitsumgebung im Gesundheitsamt zu schaffen
- Fokus auf einfachem und ansprechendem Außenauftritt sowie effizienten Kommunikationswegen mit externen Kunden
- Schaffung eines nutzungsfreundlichen, digitalen Zugangs zu Dienstleistungen und Formularen des Amtes
- Maßnahmen sollen die Mitarbeitenden spürbar entlasten und effizientere Arbeitsabläufe ermöglichen

Perspektiven:

- Projektfortschritt, Entwicklungen und Ergebnisse sollen intern und extern im Landkreis geteilt werden
- Schaffung eines stetigen Wissenstransfers zwischen Gesundheitsämtern und Ländermaßnahmen
- Aufbau eines starken nationalen und internationalen Netzwerks zum gegenseitigen Nutzen
- Betonung der Interoperabilität durch einheitliche Datenerfassung, -verarbeitung und -speicherung von Anfang an

- Projektlaufzeit von 01. Oktober 2022 bis zum 30. September 2024, gefördert mit 0,8 Millionen Euro
- Digitalisierungsstrategie des Gesundheitsamts Landkreis Lüneburg als Reaktion auf die durch COVID-19 geprägten Jahre
- Einführung des Bürgerportals "Mein DIGITALIS" als zentrale Plattform für barrierefreie Online-Services
- Online-Beratungsangebot zur Aufklärung über gesundheitliche Risiken, Förderung der Akzeptanz für Gesundheitsmaßnahmen und Schaffung verbesserter Meldemöglichkeiten für zukünftige Infektionsausbrüche
- Effizienzsteigerung durch verbessertes Prozessmanagement, optimierte Meldewege und vereinfachte Datenerfassung im Gesundheitsamt

Quelle: Bundesministerium für Gesundheit,
<https://gesundheitsamt-2025.de/projekte/projektvorstellungen/das-digitale-gesundheitsamt-im-landkreis-lueneburg>

Insight

Abstract

Nordrhein-Westfalen: AutoPiLoT

Insight

- Projekt AutoPiLoT (2020-Anfang 2023), gefördert vom Bundesministerium für Gesundheit mit rund 1,8 Millionen Euro
- Sinkende Bereitschaft zur Blutspende seit etwa fünf Jahren
- Pandemiebedingter weiterer Rückgang der Blutspenden mit kritischen Auswirkungen auf die Versorgungssicherheit
- Genetisch bedingte Unterschiede in Blutzellen und Blutstammzellen erschweren die Versorgung
- Verbesserung der patientenbezogenen Verwendung von Blutprodukten durch den Einsatz digitaler Gesundheitsdaten

Abstract

Ziel:

- Entscheidungsunterstützung bei der Bestellung von Blutprodukten durch Expertensysteme
- KI-gestützte Zuteilung von Blutprodukten für patientenspezifischen Transfusionsbedarf
- KI-gestützte Vorhersage des krankenhausweiten Bedarfs an Blutprodukten zur Optimierung des Logistikmanagements

Implementierte Unterstützungssysteme:

- AutoPiLoT-Monitor zur Anzeige der aktuellen Verfügbarkeit verschiedener Blutprodukte
- Einsatz von Machine Learning zur passgenauen Zuordnung von Blutprodukten

Ausblick:

- Fortführung der interdisziplinären Zusammenarbeit für eine verbesserte Nutzung der Blutressource deutschlandweit
- Ziel, die erarbeiteten Ergebnisse nicht nur lokal, sondern in ganz Deutschland umzusetzen

Nordrhein-Westfalen: Darmgesundheitspraxis Dr. Steenfatt

Kapselendoskopie:

- Untersuchung des Verdauungstrakts mit einer Videokapsel
- Nicht-invasiv, keine Strahlenbelastung

Spezielle mikroskopische Beckenbodenuntersuchung:

- Einsatz eines integrierten Video-Anoskops zur hochauflösenden analen Untersuchung
- Full HD Gerät mit 6-15facher Vergrößerung für verbesserte Früherkennung von analen/perinatalen Raumforderungen

Digitale Sprechstunde:

- Videosprechstunde als Ergänzung für persönliche Beratung und Hilfe

DarmGesundheits-App:

- Entwicklung einer WebApp zur Aufklärung über Darmgesundheit und Darmkrebsvorsorge
- Enthält Darmgesundheitstest, Informationen zu Risikofaktoren, Darmspiegelungs-vorbereitung, darmgesunder Ernährung und Rezepten
- Ziel: Erreichen und Informieren eines breiten Publikums für individuelle Gesundheitsvorsorge

- Jährlich erkranken ca. 60.000 Menschen in Deutschland an Darmkrebs laut Robert Koch Institut
- Regelmäßige Vorsorgeuntersuchungen, insbesondere die Darmspiegelung, sind entscheidend für die Vermeidung von Darmkrebs
- Die DarmGesundheitspraxis Dr. Steenfatt setzt ein KI-System ein, das während der Koloskopie verdächtige Gewebeareale markiert
- Studien zeigen bis zu 15% höhere Entdeckungsrate von Polypen durch die KI-Unterstützung

Quelle: Vorstellung; Bewerbung für den Digitalaward 2024 der Gesundheitsstadt Berlin e.V., 2023

Insight

Abstract

Niedersachsen: **Optimal@NRW**

Insight

Neuer Ansatz:

- Einführung eines Frühwarnsystems in Altenpflegeheimen
- Integration von Telekonsultationssystemen in Pflegeeinrichtungen
- Intersektorale Dokumentation in einer gemeinsamen digitalen Patientenakte

Ziele:

- Optimierung der medizinischen Akutversorgung
- Prävention unangemessener Krankenhauseinweisungen geriatrischer Patienten in stationärer und ambulanter Pflege

Aktueller Stand:

- Das Projekt erfährt eine hohe Akzeptanz nach dem Austausch mit Netzwerkpartnern, insbesondere aufgrund der effizienten Funktionalität des virtuellen Tresens der Uniklinik RWTH Aachen im Hinblick auf die technischen Abläufe
- Die Implementierung des Projektmanagements im ambulanten Sektor gestaltet sich in der Umsetzung teilweise anspruchsvoll, beispielsweise bei der Einbindung von Hausärzten in die Behandlung und der Herausforderung der Ersteinschätzung durch den Bereitschaftsdienst

Abstract

- Projektlaufzeit von 2020 bis zum 2024, gefördert mit 14,9 Millionen Euro vom Innovationsfond des GBA
- Ziel des Projektes ist die Schaffung einer innovativen Versorgungsform für pflegebedürftige geriatrische Menschen, die eine sektorübergreifende Akutversorgung mithilfe digitaler Technologie ermöglicht
- In etwa 24 Pflegeheimen in der Region Aachen werden Frühwarnsysteme, Telekonsultationen und intersektorale Behandlungsdokumentationen eingesetzt
- Die Bewertung auf Pflegeheimebene erfolgt mittels einer cluster-randomisierten Studie, während im ambulanten Sektor eine Pilotstudie geplant ist
- Die beteiligten Akteure umfassen nicht nur das Uniklinikum RWTH Aachen, sondern auch die Universität Bielefeld sowie seniorenbezogene Einrichtungen und Krankenkassen

Quelle: Gemeinsamer Bundesausschuss/Innovationsausschuss,
<https://innovationsfonds.g-ba.de/projekte/neue-versorgungsformen/optimalatnrw-optimierte-akutversorgung-geriatrischer-patienten-durch-ein-intersektorales-telemedizinisches-kooperationsnetzwerk-rund-um-die-uhr.364>

Rheinland-Pfalz: GerNe

Vorgehen:

- Etablierung einer webbasierten, geriatrischen Fallakte als zentrale Kommunikationsplattform.
- Der Arzt erhält einen individuellen Account für die Fallakte sowie Zugriff auf die Daten seiner Patienten
- Die Akte umfasst sämtliche gesammelten Untersuchungsbefunde, den Medikationsplan und Empfehlungen für die weiterführende Behandlung

Ziel:

- Prävention von Nebenwirkungen durch potenziell ungeeignete Medikamente bei älteren Patienten
- Prävention von Polymedikation und fehlenden Dosisanpassungen
- Optimierung der Versorgung von geriatrischen Patienten mit gemeinsamem Betreuungsbedarf
- Prävention beziehungsweise Reduktion von Krankenhauseinweisungen beziehungsweise erneuten Einweisungen

- Projektlaufzeit von 2018 bis 2021, gefördert mit 3,8 Millionen Euro
- Verbessertes Austausch zwischen etwa 50 Hausarztpraxen und geriatrischen Kliniken nach Entlassung
- Nutzung einer elektronischen Patientenakte zur Kommunikation, insbesondere bezüglich der Medikation
- Austausch von Nachrichten über einen Messenger-Dienst für die Besprechung von Patientenstatus und Therapie
- Durchführung von Telekonsilen zur weiteren Beratung
- Zu den beteiligten Partnern gehören die Universitätsmedizin Mainz, die geriatrische Fachklinik Rheinhessen-Nahe, das St. Marien- und St. Annastifts Krankenhaus Ludwigshafen, die BARMER Rheinland-Pfalz/Saarland und das Marienkrankenhaus Nassau

Quelle: Gemeinsamer Bundesausschuss/Innovationsausschuss,
<https://innovationsfonds.g-ba.de/projekte/neue-versorgungsformen/gerne-e-health-basierte-sektorenebergreifende-geriatrische-versorgung-geriatrisches-netzwerk-gerne.175>

Insight

Abstract

Rheinland-Pfalz:

HandinHand – Hausarzt und Pflegeexperte Hand in Hand – ANP-Center zur Zukunftssicherung der medizinischen Basisversorgung in der Region

Insight

- Eine elektronische Fallakte wird erstellt, um die Transparenz über den Gesundheitszustand der Patienten sicherzustellen und Hausärzte frühzeitig über mögliche Komplikationen zu informieren
- Das wissenschaftlich begleitete Projekt ermöglicht einen Vergleich und eine Bewertung verschiedener Versorgungsansätze sowie deren Kosten und Ergebnisse

Problem:

- Höherer Anteil an älteren Menschen mit hohem medizinischem Versorgungsbedarf, während die Anzahl der Hausärzte abnimmt
- Dies führt zu Zunahme nicht erforderlicher Hausbesuche und belastet ländliche Arztpraxen zusätzlich
- Unnötige Krankenhauseinweisungen

Lösung:

- »HandinHand« zielt darauf ab, dieser Entwicklung entgegenzuwirken, indem es ärztliche Tätigkeiten auf praktisch und akademisch ausgebildete Pflegeexperten überträgt

Abstract

- Das Projekt umfasst 700 chronisch kranke Patient:innen über 60 Jahre und wird im Laufe des IV. Quartals 2019 eingeführt
- Die Laufzeit des Projekts beträgt 48 Monate, und die Finanzierung beläuft sich auf rund 8 Millionen Euro
- Entwicklung und Erprobung einer neuen interprofessionellen Versorgungsform für chronisch kranke Menschen
- Pflegeexpert:innen führen regelmäßige Konsultationen bei chronisch kranken Personen über 60 Jahren durch, nach Zuweisung der Hausärzt:innen
- Klinische Überwachung durch Pflegeexpert:innen, ergänzt durch Förderung der Gesundheits- und Selbstmanagementkompetenz der Patient:innen

Quelle: Gemeinsamer Bundesausschuss/Innovationsausschuss,

<https://innovationsfonds.g-ba.de/projekte/neue-versorgungsformen/handinhand-hausarzt-und-pflegeexperte-hand-in-hand-anp-center-zur-zukunftssicherung-der-medizinischen-basisversorgung-in-der-region.192>

Sachsen: Das Sächsische Fernbehandlungsmodell

Ziel:

- Erprobung eines ergänzenden Versorgungsangebotes für Patienten mit unkomplizierten Erkrankungen
- Die Vermittlung der Fernbehandlung erfolgt über die Terminservicestelle der KV Sachsen unter der Rufnummer 116117, wobei das standardisierte SmED-Verfahren sicherstellt, dass nur Patienten mit geeigneter Indikation vermittelt werden

Vorgehen:

- Alle notwendigen Daten für die Fernbehandlung werden sicher elektronisch übermittelt, und der Arzt kann den Patienten in der Regel innerhalb von 30 Minuten telefonisch kontaktieren
- Die Initiative zielt darauf ab, Patienten mit leichteren Erkrankungen den Praxisbesuch zu ersparen, lange Wartezeiten zu vermeiden und das Ansteckungsrisiko zu verringern, mit dem langfristigen Ziel der Integration in die Regelversorgung

- Im April 2021 startet die KV Sachsen das »Sächsische Fernbehandlungsmodell« in den Pilotregionen Chemnitz, Sächsische Schweiz/Osterzgebirge und Wurzen/Grimma
- Telefonische Beratung und Behandlung werden bei leichten hausärztlichen oder internistischen Erkrankungen angeboten, wie z. B. Erkältungen, Fieber, Hautausschlag, Magen-Darm-Beschwerden und stressbedingten Krankheitszeichen
- Die Fernbehandlung ermöglicht auch die kurzfristige ärztliche Versorgung von erkrankten Kindern und beinhaltet die Möglichkeit zur Rezeptausstellung
- Bei Bedarf wird dem Patienten am selben Tag ein persönlicher Arzttermin angeboten oder eine Facharztüberweisung durchgeführt
- Die Durchführungsvereinbarung wurde zwischen der KV Sachsen, AOK PLUS, IKK classic, DAK-Gesundheit und KNAPPSCHAFT geschlossen

Quelle: Kassenärztliche Vereinigung Sachsen,
<https://www.kvsachsen.de/medienservice/medieninformationen/pilotphase-des-saechsischen-fernbehandlungsmodells-startet-mitte-april-2021des-saechsischen-fernbehandlungsmodells-startet-mitte-april-2021>

Insight

Abstract

Sachsen: Parkinsonnetzwerk Ostsachsen (PANOS)

Insight

Ziel:

- PANOS verfolgt das Ziel, ein integriertes sektorenübergreifendes Behandlungskonzept zu etablieren, um Versorgungslücken in der Parkinsonversorgung zu schließen und diese zukunftsfest zu machen
- Das Konzept, seit 2017 entwickelt, wurde ab September 2019 praktisch umgesetzt
- Der Einschluss von Parkinsonbetroffenen ist für das 4. Quartal 2020 geplant

Umsetzung:

- Aufbau eines regionalen, digital unterstützten intersektoralen Behandlungsnetzwerkes mit einem standardisierten Behandlungspfad
- Etablierung spezialisierter ambulanter Parkinsonzentren mit einheitlichem Behandlungsstandard an verschiedenen Standorten
- Festlegung der Intensität der dauerhaften spezialisierten Mitbehandlung anhand individualisierter Behandlungspläne
- Projektbegleitende medizinisch-ökonomische Evaluation
- Umsetzung eines strukturierten Wachstumskonzeptes zur Einbindung neuer Partnerschaften und Sicherstellung der Übertragbarkeit auf andere Regionen in Sachsen

Abstract

- Projektlaufzeit von 01. September 2019 bis 31. Dezember 2021, gefördert mit 6,78 Millionen
- Das gemeinsame Ziel ist die Verbesserung der Versorgung von Parkinsonerkrankten in der Region
- PANOS soll eine sektorenübergreifende Versorgungsstruktur für Parkinsonerkrankte etablieren, unabhängig von deren Wohnort
- Vor dem Hintergrund der Kennzahlen für Ostsachsen ist dies ein dringendes Handlungsfeld, da bereits heute etwa 32.000 Menschen in Sachsen von Parkinson betroffen sind und sich diese Zahl bis 2030 schätzungsweise verdoppeln wird
- Eine hohe Notfalleinweisungsquote von 56% am Universitätsklinikum Dresden für eine gut behandelbare chronische Erkrankung zeigt, dass viele Parkinsonerkrankte aktuell keinen rechtzeitigen Therapiezugang finden
- In einigen Landkreisen haben bis zu 40% der Betroffenen keinen Zugang zu spezialisierter neurologischer Betreuung

Sachsen: Digitale Residenz-Praxis

Laufzeit:

- Laufzeit: 04/2023 – 04/2025
- Vorhabenskosten: 599.000 Euro

Projektziel:

- Zukunftssicherung und Strukturwandel in der TDG-Region durch innovative Ansätze in der digitalen Medizin
- Verbesserte Versorgung vor Ort und Entgegenwirken des (Fach-)Ärztlemangels

Umsetzung:

- Ausstattung von zwei Pflegeheimen mit Digitalen Residenz-Praxen
- Speziell geschulte Pflegefachperson mit erweiterten Kompetenzen begleitet Patient:innen vor Ort und steht digital mit Ärzt:innen in Kontakt

Insight

Innovation und Effizienz:

- Erleichterter Zugang zur medizinischen Versorgung durch digitale Kontakte
- Innovative Lösung für das Problem des (Fach-) Ärztemangels in der Region

Entwicklungsziel:

- Entwicklung des optimalen Settings für eine Digitale Residenz-Praxis
- Definition eines übertragbaren Konzepts für andere Standorte

Gesundheitsförderung und Kooperation:

- Stärkung der Region durch medizinisch adäquate und effiziente Versorgung
- Erweiterung der Kooperation zwischen Gesundheitsberufen für eine nachhaltige Verbesserung der Gesundheitsinfrastruktur

Nachhaltigkeit:

- Beitrag zur langfristigen Sicherung der Gesundheitsversorgung in der TDG-Region
- Schaffung eines Modells, das auf andere Regionen übertragbar ist

Abstract

Quelle: TDG,
<https://inno-tdg.de/projekte/digitale-residenz-praxis/>

Sachsen: SelfManGer

Insight

Ziel:

- Das vorrangige Ziel besteht darin, die Lebensqualität zu verbessern, unter anderem durch die Prävention von Stürzen, der Vermeidung von Immobilität, der Reduzierung von Inkontinenz und der Vorbeugung gegen kognitiven Abbau

Bestandsaufnahme:

- Bedarfserfassung bei Erwachsenen, Angehörigen und Gesundheitsdienstleistern
- Analyse vorhandener Bewältigungsstrategien älterer Menschen im Umgang mit gesundheitlichen Herausforderungen
- Untersuchung bestehender Hilfsmittel und Anlaufstellen sowie Identifikation von Hindernissen und fehlenden Angeboten

Modulentwicklung:

- Zusammenführung, praktische Erprobung und kontinuierliche Verbesserung der Erkenntnisse aus der Bestandsaufnahme
- Digitale Unterstützung der Module als ein Aspekt der Umsetzung

Interventionseffektivität:

- Untersuchung der Intervention in einer randomisierten kontrollierten Studie hinsichtlich Gesundheitsverbesserung und Kosten der Gesundheitsversorgung

Abstract

- Das Projekt SelfManGer, initiiert im Jahr 2023 und gefördert vom Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF) mit 2 Mio. €, erstreckt sich über einen Zeitraum von drei Jahren (2023 - 2026)
- Beteiligte Institutionen sind die Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg, die medizinische Fakultät & Universitätsklinikum sowie die Poliklinik und Klinik für Innere Medizin
- Das Hauptziel des Projekts besteht in der Stärkung des Selbstmanagements von Patient*innen mit dem Ziel eines verbesserten Umgangs mit Krankheit und einer Steigerung der Lebensqualität
- Selbstmanagement bezieht sich dabei auf gesundheitsbezogene Handlungen wie Symptomüberwachung, Medikamenteneinnahme, Diät und Therapien sowie auf psychosoziale Aspekte wie Emotionsmanagement, Entscheidungsfindung und Sozialkontakte

Quelle: Bundesministerium für Bildung und Forschung,
<https://www.gesundheitsforschung-bmbf.de/de/selfmanger-selbstmanagement-geriatischer-syndrome-16302.php>

Schleswig-Holstein: Früherkennung von Brustkrebs / Überwachung von Risikopatientinnen

- 450 Ärzte und vier Kliniken greifen über eine Zwei-Faktor-Authentifizierung auf die Plattform zu, dokumentieren strukturiert, und alle Behandler haben zu jedem Zeitpunkt Zugriff auf alle Befunde
- Automatisierte Prozesse, wie Zweitbefundungszuweisungen, optimieren den Workflow
- Die Plattform könnte auch für andere medizinische Prozesse eingesetzt werden, jedoch fehlen bisher die finanziellen Mittel von Krankenkassen
- Ärzte und Kliniken, die an dem Projekt beteiligt sind, schätzen die positiven Effekte und möchten nicht darauf verzichten

Insight

- Digitale Anwendungen und Plattformen spielen eine entscheidende Rolle im Gesundheitswesen, insbesondere bei der Diagnose von Brustkrebs
- Schleswig-Holstein präsentiert die bundesweit einzige konsequent digitale Fallakte für die Brustkrebsdiagnostik, eingeführt Anfang 2020 in Zusammenarbeit mit Telemedicineclinic aus Barcelona
- Die Plattform basiert auf einer reibungslosen Plattformtechnologie, die ein Radiologie-Dokumentationssystem mit einem Dicom-System zur Übermittlung von Bilddaten verknüpft

Abstract

Quelle: Kassenärztliche Vereinigung Schleswig-Holstein,
Die landesweite multidisziplinäre eFallakte der KVSH, Dr. Monika Schliifke | Vorstandsvorsitzende der KVSH, Dezember 2022

Schleswig-Holstein: **ViDiKi – Virtuelle Diabetesambulanz für Kinder und Jugendliche**

Insight

- Monatliche Beratungen in der Virtuellen Diabetesambulanz für Kinder und Jugendliche (ViDiKi) sollen in Ergänzung zu regulären, quartalsweisen Terminen vor Ort angeboten werden
- ViDiKi ist ein internetbasiertes Online-Beratungs-Portal, das Familien einen zusätzlichen, bequem von zu Hause aus wahrnehmbarem Termin mit einem Kinderdiabetologen ermöglicht
- Ziel ist es, gemeinsam mit dem Facharzt Insulin- und Therapiedaten zu besprechen und gegebenenfalls Anpassungen vorzunehmen
- Die Erkenntnisse aus dem Projekt könnten auch auf andere Erkrankungsbilder der Kinderheilkunde übertragbar sein, wie Asthma bronchiale, chronische Hauterkrankungen oder Epilepsie

Abstract

- Das Projekt wird über drei Jahre mit insgesamt ca. 1,7 Millionen Euro gefördert, und die Evaluation betrifft den Einfluss auf die Stoffwechsellage der Kinder, ihre Lebensqualität und die Zufriedenheit der Eltern und Jugendlichen
- Das Projekt ViDiKi zielt darauf ab, die Nutzung von kontinuierlichen Glukosemesssystemen zu optimieren, um die Versorgung von an Typ-1-Diabetes erkrankten Kindern zu verbessern, besonders im ländlichen Raum von Schleswig-Holstein
- Bei Erfolg könnte ViDiKi als Versorgungsform auf andere Regionen übertragen werden, insbesondere dort, wo weite Anfahrtswege oder Personalmangel die Versorgung erschweren

Quelle: Gemeinsamer Bundesausschuss/Innovationsausschuss,
<https://innovationsfonds.g-ba.de/projekte/neue-versorgungsformen/vidiki-virtuelle-diabetesambulanz-fuer-kinder-und-jugendliche.90>

Thüringen: Schlaganfallnetzwerk SATELIT

Gesundheitsförderung:

- Schlaganfälle sind eine häufige Todesursache und Hauptgrund für Behinderungen bei Erwachsenen
- Durch spezialisierte neurologische Therapien sollen die Folgen minimiert werden
- Ziel: Zugänglichmachung dieser Therapien für mehr Patienten in Thüringen

Telemedizinischer Ansatz:

- Schnelles ärztliches Eingreifen entscheidend bei Schlaganfällen
- Telemedizin als wichtige Stütze, um wertvolle Zeit für die Behandlung zu gewinnen

Zukünftige Perspektiven:

- Wachstum des Netzwerks angesichts der steigenden Anzahl von Schlaganfällen
- Demographische Entwicklung erfordert erweiterte Versorgungskapazitäten
- Aktive Beteiligung von Experten und Ausbau des Netzwerks für eine nachhaltige Schlaganfallversorgung in Thüringen

Projektübersicht:

- SATELIT, das Schlaganfall Telemedizin Netzwerk, wurde am Universitätsklinikum Jena eröffnet
- Ziel: Verbesserung der Schlaganfallversorgung durch Telemedizin in Kooperation mit verschiedenen Kliniken in Thüringen

Finanzierung und Förderung:

- Der Freistaat Thüringen fördert das Netzwerk mit fast 255.000 Euro
- Gesundheitsministerin Heike Taubert betont den innovativen Beitrag zur Schlaganfallversorgung

Netzwerkstruktur:

- Beteiligung von Schlaganfallexperten aus Neurologischen Kliniken in Altenburger Land, HELIOS Klinikum Erfurt und Universitätsklinikum Jena
- Videokonferenzen ermöglichen schnelle Einbindung von Spezialisten in die Akut-Versorgung in Krankenhäusern ohne eigene Stroke Unit

Quelle: Management & Krankenhaus,
<https://www.management-krankenhaus.de/news/schlaganfall-gesundheitsministerin-taubert-eroeffnet-telemedizin-netzwerk-satelit>

Insight

Abstract

Über Gesundheitsstadt Berlin

Wir sind eine interdisziplinäre Plattform für die Akteure des Gesundheitswesens in der Metropolregion Berlin und Brandenburg mit überregionaler Impulswirkung für die gesamte Republik. Der Verein setzt sich für nachhaltige Lösungszu zentralen Herausforderungen des Gesundheitswesens und zur Förderung von Public Health ein.

Wir organisieren Arbeitskreise, Foren, Kongresse sowie medizinische Fachveranstaltungen und setzten öffentlich geförderte Forschungsprojekte um. Wir setzen uns für die körperliche und psychische Gesundheit der Bevölkerung in der Metropolregion Berlin und Brandenburg ein (Public Health) und fördern Vernetzung und Kooperationen von allen an der Versorgung beteiligten Leistungserbringern durch Bündelung und Koordinierung von Initiativen und Aktivitäten in der Region. Wir stärken das Bewusstsein in Wirtschaft, Wissenschaft und Öffentlichkeit für die öffentliche Gesundheitspflege (Public Health).

Wir berichten über die Bedeutung der medizinischen Forschung. Wir vernetzen die Gesundheitswissenschaft und die medizinische Forschung im Sinne der Translation mit den Akteuren der Versorgung. Wir bringen Start-ups und Gründer:innen mit Unternehmen aus der Gesundheitswirtschaft zusammen.

www.gesundheitsstadt-berlin.de

