



Digital Health in der Metropole Ruhr

3. Juni 2022, Hagen

Dokumentation



Digital Health in der Metropole Ruhr – Eröffnung und Begrüßung der Teilnehmenden

Prof. Dr. Ada Pellert,

Rektorin der FernUniversität in Hagen



Prof. Dr. Ada Pellert,
Rektorin der FernUniversität in Hagen,
© FernUniversität in Hagen

Es war eine Premiere: Erstmals holte eine zentrale Veranstaltung in der Metropole Ruhr unterschiedliche Akteur*innen in dieser Konstellation zum Thema Digital Health an einen Tisch. Die Initiator*innen: die Agierenden selbst, respektive der Regionalverband Ruhr (RVR) und die FernUniversität in Hagen. Letztere, so Moderatorin Jeanette Kuhn, sei mit dem im Aufbau befindlichen Forschungsinstitut Arbeit – Bildung – Digitalisierung tatsächlich ein prädestinierter Veranstaltungsort für das Thema Gesundheitswirtschaft. Und es war dann auch Rektorin Prof. Dr. Ada Pellert, die den wohl entscheidenden Leitgedanken der Veranstaltung formulierte: „Der intelligenten Kooperation gehört die Zukunft.“

Von diesem Leitgedanken, so Pellert, seien RVR und FernUniversität, aber auch „ganz viele andere“ in der Region überzeugt. „Und in diese Kooperation muss man investieren. Da muss man sich Zeit nehmen und hören, was sind die Logiken der beteiligten Partner*innen; wer braucht was?“ Und gerade in diesem Punkt könne die Metropole Ruhr einen entscheidenden Vorteil ausspielen: „Dass sie sich nämlich im Verbund sieht.“ Die Hochschuldichte etwa mache das Ruhrgebiet nicht nur zu einem starken Standort, sondern fördere auch dessen Sichtbarkeit über die Grenzen der Metropolregion hinaus: „Gerade die Vernetzung in der Region ist für Forscher*innen sehr interessant.“

Hagen selbst denke dabei die Themen Gesundheit und Digitalisierung längst in vielerlei Weise zusammen. Eines der jüngsten Beispiele: die Kooperation mit dem Virtuellen Krankenhaus NRW (VKh.NRW). „Da geht es unter anderem um die Evaluierung der Telekonsile, die das VKh.NRW auf den Weg bringt. Das ist quasi eine unserer Kernkompetenzen“. Mehr noch: Fünf Fakultäten garantierten letztlich fünf unterschiedliche Blickwinkel auf das Thema Digital Health, stünden für exzellente Forschung etwa in den Bereichen Digital Governance, sensorbasierte Gesundheitstechnologien, Medizinethik, Medizindidaktik, Gesundheitspsychologie, E-Mental-Health, Chat-Bot-Technologien und Big-Data-Analysen. Kurzum: „Das Thema Gesundheit ist für unsere Forscher*innen von hohem Interesse. Und das bündeln wir jetzt. Wir haben uns vorgenommen, zu schauen, was macht die digitale Transformation in der Bildung, in der Verwaltung und der mittelständischen Wirtschaft, aber eben auch im Bereich Gesundheit.“ Das neue Forschungsinstitut schaffe dabei den notwendigen Rahmen, damit Wissenschaftler*innen zu ihren spezifischen Themen „auch gut ins Gespräch kommen“. Als „Kooperationsumgebung“, die über gezielte Vernetzungen letztlich Transferpotenzial auch in die Arbeitswelt, die Berufsfelder, die Praxis generiere.

Dabei gelte es jedoch, auch beim „spezifischen Hinsehen auf alles, was anfällt an Besonderheiten“, im Gespräch grundsätzlich „bereichsübergreifend“ zu bleiben. So finde sich im Miteinander letztlich „Inspiration“ für die eigenen Aufgabenbereiche. „Wir müssen uns zusammensetzen, uns austauschen – es lohnt!“ Veranstaltungen wie Digital Health in der Metropole Ruhr seien essenziell für die weitere Entwicklung der Region. „Investieren Sie in die Gemeinsamkeiten und die Kooperationen. Am Ende des Tages zahlt sich das aus. Weil man Anregungen bekommt für die eigene Arbeit und am Schluss wahrscheinlich auch effektiver arbeiten kann. Auf jeden Fall macht es mehr Spaß. Das wissen wir jetzt schon.“

„Der intelligenten Kooperation gehört die Zukunft.“

Prof. Dr. Ada Pellert, FernUniversität Hagen

Panel 1

Digital Health als Zukunftsbranche in der Metropole Ruhr – Digitalisierung als Instrument der Regionalisierung

Prof. Dr. Andreas Meyer-Falcke,
Chief Information Officer Land NRW

Die Rolle des Wirtschaftszweiges Digital Health in der Metropole Ruhr

Prof. Dr. Julia Frohne,
Geschäftsführerin der Business
Metropole Ruhr (BMR)

Ruhr Health International

Dr. Frank Dudda,
Oberbürgermeister der Stadt Herne,
Vorsitzender der Verbandsversammlung im Regionalverband Ruhr

„Wir wollen ein europäischer Hotspot für digitale Gesundheitswirtschaft werden.“ Diese Forderung formulierte Prof. Dr. Julia Frohne, Geschäftsführerin der regionalen Wirtschaftsförderungsgesellschaft Business Metropole Ruhr (BMR), für das erste Panel – und damit zugleich für die gesamte Konferenz. Den Weg hin auf das internationale Parkett könnte dem Ruhrgebiet dabei eine seiner wichtigsten Qualitäten ebnen: seine Regionalität. Es gelte, so das Fazit der Auftaktvorträge, stärker in gemeinsame Potenziale zu investieren, die Kraft vorhandener Strukturen zu nutzen und: mit einer neuen, global orientierten Marke – Ruhr Health International – Digitalisierung zukünftig als wirtschaftlichen Faktor wie auch als entscheidendes Kriterium für Lebensqualität in der Metropole Ruhr schnell und umfassend voranzubringen.

Gäbe es ein Rezept für eine gelingende digitale Transformation der Verwaltung, für Prof. Dr. Andreas Meyer-Falcke, Chief Information Officer des Landes NRW, hätte es genau drei Zutaten: ein zentrales Thema, einen begrenzten Projektraum und einen, „der den Hut aufhat“. Was einfach klingt, hat jedoch durchaus komplizierte Dimensionen. Denn in einem solchen Transformationsprozess, so Meyer-Falcke, prallten letztendlich zwei Systeme aufeinander, die unterschiedlicher kaum sein könnten: das föderalistische System mit seinen klar geregelten Zuständigkeiten und Digitalisierung als „gelebte Vernetzung“. Denn erst das Zusammenspiel, die Verbindung von Nullen und Einsen sei mit wie auch immer gearteten Informationen verbunden. „Und jetzt merkt man den Unterschied: Im Föderalen sind wir jahrzehntelang gut klarkommen, ohne eine wie auch immer geartete zwangsläufige Vernetzung. Das ist gut, das ist wichtig, denn das hat uns den Stand, in dem wir heute leben, auch gesichert.“ Doch der Prozess der Digitalisierung passe mit dem Anspruch „Ich bin eigenständige Kommune; ich bin eigenständiges Ressort; ich bin eigenständiges Land; ich bin der eigenständige Bund“ einfach nicht zusammen, „weil Digitalisierung davon lebt, dass alles miteinander verbunden ist, dass es Schnittstellen gibt“.

Ein Dilemma, das Meyer-Falcke am Beispiel der Software SORMAS für den Öffentlichen Gesundheitsdienst näher erläuterte: „Als langjähriger föderaler Beamter kann ich sagen, dass wir so etwas vorher noch nie erlebt haben, dass die Bundeskanzlerin und sämtliche Ministerpräsident*innen beschließen, in allen 400 Gesundheitsämtern eine einheitliche Software einzuführen.“ Ein solcher Beschluss sei jedoch nicht in die Zuständigkeit des damaligen Bundesgesundheitsministers Jens Spahn gefallen, sondern in jene der Oberbürgermeister*innen und Landrät*innen. „Also haben zwar alle 400 Gesundheitsämter SORMAS eingeführt, im Sinne von: Die Software ist da. Tatsächlich genutzt wird sie jedoch von nur ungefähr 200.“ Was jedoch „auf Leben und Tod“ nicht funktioniere, lasse sich noch kleinteiliger erst recht nicht umsetzen.

Und doch könne das Vorhaben, Digital Health in der Metropole Ruhr als zentrales Thema zu etablieren, durchaus funktionieren. Denn Voraussetzung für das Gelingen eines solchen Prozesses, sei, dass das gewählte Thema alle interessiert – „und Gesundheit interessiert alle“. Der Vorteil des Ruhrgebiets sei seine Regionalität, denn: „Unser Problem ist, eine Republik mit 85 Millionen Einwohner*innen tatsächlich in sämtlichen Themen gleichzeitig digitalisieren zu wollen.“ Die Metropole Ruhr hingegen verfüge – quasi als in sich geschlossener Raum – bereits über ein breites Netzwerk an Playern, das Virtuelle Krankenhaus etwa oder das Gesundheitsnetzwerk MedEcon Ruhr, also über „ganz viele Knoten, die man vielleicht noch einmal anders verbinden kann“. Wie genau, das gelte es an zentraler Stelle zu koordinieren. Und zwar vor Ort, in der Metropole Ruhr. „Und ich gehe davon aus, dass diejenigen, die uns heute eingeladen haben, der Regionalverband Ruhr und die FernUniversität in Hagen, sich darauf geeinigt haben, wer den Hut aufhat.“ Der eingeschlagene Weg sei der richtige, die Metropole Ruhr habe alle erforderlichen Voraussetzungen.

„Wir waren mal ein zweibeiniger Riese mit Kohle und Stahl. Heute sind wir eher ein Tausendfüßler, und die Gesundheitswirtschaft ist eine der Branchen, die ganz weit vorne mitspielt.“

Julia Frohne, Business Metropole Ruhr

Eine Behauptung, die Julia Frohne mit entsprechenden Fakten untermauerte. „Wir waren mal ein zweibeiniger Riese mit Kohle und Stahl. Heute sind wir eher ein Tausendfüßler, und die Gesundheitswirtschaft ist eine der Branchen, die ganz weit vorne mitspielt.“ Übersetzt in Zahlen steht diese Aussage für 360.000 Beschäftigte im Gesundheitswesen und einen Anteil von rund 20 Prozent an der Gesamtwirtschaft der Region. Tendenz steigend. „Die Gesundheitsbranche zählt damit zu den größten Arbeitgebenden der Metropole Ruhr.“ Hinzu kommen wichtige Alleinstellungsmerkmale der Region: eine der dichtesten Hochschul- und Forschungslandschaften Europas, die drittgrößte deutsche Start-up-Szene nach Berlin und München sowie eine der höchsten Klinikdichten Deutschlands, was nicht nur eine umfassende und schnelle Versorgung der Bevölkerung garantiert, sondern mit renommierten Einrichtungen wie etwa dem Westdeutschen Tumorzentrum in Essen auch einen ausgeprägten Medizintourismus befördert. Und: Das Ruhrgebiet habe in der Vergangenheit bereits eindrücklich belegt, dass es Transformation und Wandel kann. „In den 1960er-Jahren wurde die Ruhr-Universität Bochum gegründet. Bis dahin hatten wir 300.000 Bergarbeiter und keinen einzigen Studierenden. Jetzt haben wir keinen Bergarbeiter mehr und über 250.000 Studierende. Das heißt, der Markt hat sich eigentlich komplett einmal gedreht.“ In anderen Regionen sei Strukturwandel seit fünf oder zehn Jahren Thema, „wir beschäftigen uns mittlerweile seit 60 Jahren damit; wir wissen, dass man sich immer wieder mit neuen Feldern auseinandersetzen muss, immer wieder nach vorne gehen muss, damit man nicht mittel- oder langfristig abgehängt wird“. Und eines dieser neuen Themen könne und müsse zukünftig Digital Health sein.

Bis 2025, so die Prognosen, werden rund 230 Milliarden Euro in den digitalen Gesundheitsmarkt in Europa fließen, davon etwa 57 Milliarden in den deutschen, und wichtige Entwicklungen im Bereich KI oder bei der Programmierung von Gesundheits-, Diagnose- und Monitoring-Apps möglich machen. Deren Ziel: eine bessere Therapie, eine individuell zugeschnittene Vorsorge sowie die Optimierung und Vereinfachung von Abläufen, Kommunikation und Planung auch auf interdisziplinärer Ebene. Kompetenz und Exzellenz könne die Metropole Ruhr hier unter anderem in den Bereichen Datenkommunikation, Datensicherheit und Datenanalyse einbringen. Denn: Die Region, so Frohne, beginne in Sachen Digital Health keinesfalls bei Null, sondern baue auf zahlreiche wichtige Institutionen, bemerkenswerte Forschungsvorhaben und Projekte auf, darunter etwa SmartHospital.NRW an der Universitätsmedizin Essen, die Digital Health Factory Ruhr oder das Zentrum für Telematik und Telemedizin in Hagen, ein herstellerunabhängiges Kompetenzzentrum, das die Gesundheitsinitiative des Landes NRW koordiniert.

Dass diese und viele andere Potenziale der Metropole Ruhr dabei auch international Beachtung fänden, ermögliche die BMR über die so genannten „Innovation Bridges“: „Das heißt, wir suchen nach Standorten, die sich mit ähnlichen Themenfeldern beschäftigen wie wir, und fördern hier bewusst den Austausch der Akteur*innen.“ Israel etwa habe mit rund 8.300 Startups weltweit die höchste Startup-pro-Kopf-Dichte der Welt; allein im vergangenen Jahr gab es 72 Börsengänge und 33 Unicorns. Das Land gelte mit über 600 High-Tech-Firmen in diesem Sektor als führender Digital-Health-Standort. „Eine Studie der Bertelsmann-Stiftung sieht den Index für Israels Digital Health Readiness bei 69,5. Zum Vergleich: Deutschland liegt bei 30,1. Das heißt, wir können noch jede Menge von Israel lernen.“ Eine weitere Brücke werde ganz aktuell zum KI-Hotspot Kanada geschlagen, wo etwa das Start-up Deep Genomics mittels der Analyse großer Genomdatenbanken daran arbeite, auf dem Feld seltener genetischer Erkrankungen bei Kindern Fehlversuche in der Wirkstoffsuche zu reduzieren.

Wissensaustausch und neue Kooperationen seien, so ihr Fazit, gleichwohl auch Ansprüche, die vor Ort, in der Region forciert werden müssten. Dazu gelte es, weitere Pilotprojekte und internationale Ko-

Surveillance Outbreak Response Management and Analysis System (SORMAS)

Die E-Health-Software SORMAS wurde vom Helmholtz-Zentrum für Infektionsforschung und dem Deutschen Zentrum für Infektionsforschung entwickelt, um geeignete digitale Lösungen in der Epidemiebekämpfung zur Verfügung zu stellen. Die Version SORMAS-ÖGD entstand im Rahmen der Corona-Pandemie speziell für den Öffentlichen Gesundheitsdienst und soll diesen bei der Identifizierung und beim Monitoring von Kontaktpersonen unterstützen.

www.gesundheitsamt-2025.de/angebote/sormas
www.sormas-oegd.de

operationen zu initiieren, die Institutionen des Gesundheitswesens bewusst beim digitalen Wandel zu unterstützen und sich in diversen Themenbereichen der digitalen Gesundheitswirtschaft, darunter etwa beim Thema Cyber-Sicherheit, auch innerhalb der Metropolregion noch deutlich intensiver zu vernetzen als bislang. „Also genau das, was wir hier heute mit dieser Veranstaltung tun.“ Und noch etwas, so Dr. Frank Dudda, Vorsitzender der Verbandsversammlung im Regionalverband Ruhr, sei unerlässlich, um das Thema weiter voranzubringen: „die Etablierung einer neuen Marke, die Ruhr Health International heißen muss“. Und die Zeit, dieses Ziel anzugehen, dränge, „denn die Welt wartet nicht auf das Ruhrgebiet und darauf, dass wir erkennen, dass die Gesundheitsversorgung sich tatsächlich noch weiter und schneller verändern wird, als wir das im Moment noch wahrnehmen“.

Dass sich Herne unter anderem im Gesundheitswesen laut Wirtschaftswoche zur „neuen Boomstadt in Deutschland“ entwickelt habe, sei das Ergebnis einer „konsequenten Entwicklung, die wir zielgerichtet vorgenommen haben“. Das gelte auf nächsthöherer Ebene in gewisser Weise auch für die Metropole Ruhr – „wir haben hier im Gesundheitsbereich eine unglaublich dichte Forschungs- und Unternehmenskultur“. Anders als Herne komme das Ruhrgebiet in der Wahrnehmung jedoch „nicht so richtig vor, nicht national und schon gar nicht international“. Das habe auch die Pandemie noch einmal gezeigt: „Charité rauf und runter. Aber unsere unglaublichen Fähigkeiten wurden nicht registriert.“ Die Gesundheitsversorgung sei ein „unheimlich großer Chancenausgangspunkt“ mit enormen Entwicklungsmöglichkeiten. Doch um hier anzudocken, bedürfe es Sichtbarkeit und eines geschlossenen Auftretens als Region. „Ein Datenberg an Wissen nützt niemandem, wenn wir nicht zuallerst politisch entscheiden, dass wir Datenorientierung zu einem Markenzeichen der Region machen wollen. Das ist ein politischer Grundkonsens, der überhaupt noch nicht existiert, geschweige denn wahrgenommen wird; und deswegen ist das so gut, dass das heute hier stattfindet“.

Wer zukünftig im Bereich Gesundheit unabhängiger sein wolle von internationalen Lieferketten, wer zugleich Digitalisierung als Ausdruck von Lebensqualität in vielerlei Bereichen, als Zeichen für die Attraktivität einer Region verstanden wissen wolle, der müsse sich selbst gezielt neu aufstellen und stärker vernetzen: „Das Ruhrgebiet muss Player in einer sich verändernden Gesundheitsversorgung werden.“ Und so etwas könne eine Region grundsätzlich nur dann leisten, wenn sie als solche „überhaupt erst einmal verfasst“, also definiert sei: „Und das ist die große Chance, die die Metropolregion Ruhr in diesem Prozess mit ihrer BMR und ihrem Regionalverband Ruhr hat: Sie kann entsprechende organisatorische Strukturen anbieten. Und deswegen ist es unsere Aufgabe, dass wir eine Marke Ruhr Health International aufbauen.“ Dafür werde gleichwohl eine Einheit, eine übergeordnete Struktur gebraucht, „die sich ausschließlich damit beschäftigt, diesen Markenaufbau zu vollziehen“, die eine Plattform biete für Unternehmen aus der Medizintechnik, aber eben auch aus der IT, aus der Pharmaindustrie und aus weiteren Bereichen. „Das ist jetzt politisch nicht abgesichert, aber als Vorsitzender der Verbandsversammlung habe ich da natürlich eine klare Vorstellung, wo es hingehen soll.“ Tatsächlich könnte das beim BMR und RVR angesiedelte Wasserstoff-Kompetenzzentrum Hydrogen Metropole Ruhr als Blaupause für den Bereich Digital Health fungieren. „Denn wir brauchen auch dort eine schlagkräftige Einheit, die Prozesse auf den Weg bringt. Und dann bin ich tatsächlich guter Dinge, dass es ein Thema wie mRNA zukünftig auch in Herne geben kann.“

Kurz: Es braucht jemanden, der den Hut aufhat. Ein Vorschlag, der bei Frohne auf offene Ohren stieß, könnte eine zentrale Koordinierungsstelle doch tatsächlich nicht nur die dringend benötigte Sichtbarkeit generieren, sondern auch Geschwindigkeit in den Prozess bringen – „und das ist jetzt wirklich ganz wichtig“. Nicht zuletzt, weil die Fraktion der Grünen im Ruhrparlament mit Blick auf das Wasserstoff-Kompetenzzentrum via Chat darauf hinwies, dass es „viele Regularien aus der EU

gibt, die einem manchmal einen Strich durch die Rechnung machen“. Wie lasse sich so etwas im Bereich Digital Health vermeiden? Indem man sich beeile, erläuterte Dudda. „Wenn man die EU verstehen will, muss man verstehen, was da gerade Modethema ist und was nicht. Der Green Deal ist eine Notwendigkeit, aber auch ein Modethema. Das heißt, im Bereich Wasserstoff möchte die EU auf einmal Glanzpunkte setzen. Und da passt dann vieles mit den Entwicklungen bei uns nicht zusammen.“ Beim Thema Digital Health sei die EU bislang eher dabei, erst einmal nach Best-Practice-Beispielen zu suchen. „Und da haben wir, glaube ich, eine Nische von ungefähr einem Jahr, und die müssen wir jetzt unbedingt nutzen.“ Entscheidend im Gesamtprozess, schloss Meyer-Falcke, sei es, Digitalisierung grundsätzlich „als Werkzeug“ zu verstehen: „Wir vernetzen uns nicht wegen der Digitalisierung, sondern wir nutzen die Digitalisierung für ein Thema, für Digital Health. Digitalisierung ist also ein Instrument. Und dann gibt es auch keine Regularien, die einen irgendwie daran hindern. Die regeln dann vielleicht das Thema Digitalisierung. Aber sie regeln nicht das Thema Gesundheit.“

„Ein Datenberg an Wissen nützt niemandem, wenn wir nicht zuallererst politisch entscheiden, dass wir Datenorientierung zu einem Markenzeichen der Region machen wollen.“

Dr. Frank Dudda, Oberbürgermeister der Stadt Herne

Panel 2

Kommunale Perspektiven – Interview mit den Gesundheitsämtern der Stadt Herne und des Kreises Unna

Johannes Chudziak,

**Dezernent für Soziales, Gesundheit,
Öffentliche Ordnung und Sport der
Stadt Herne**

Uwe Hasche,

**Dezernent für Sicherheit und Ordnung,
Straßenverkehr, Gesundheit und Ver-
braucherschutz des Kreises Unna**

Wer das Thema Digital Health auf die regionale Ebene herunterbricht, kommt am Thema Pandemie nicht vorbei – und findet sich beinahe zwangsläufig im Spannungsfeld zwischen Improvisation und Innovation wieder. Geleistet worden, das zeigte das Interview mit den Gesundheitsdezernenten aus Herne und dem Kreis Unna, sei vor Ort mit Blick auf Corona unglaublich viel, oft jedoch aus der Not heraus. Jetzt gelte es, die Transformation des analogen Gesundheitsamtes hin zu einem digitalen auf eine sichere Basis zu stellen. Und das technisch wie personell. Gefragt seien regionale, übergreifende Lösungen und deutlich weniger Formalismus. Ansonsten drohe die Gefahr, in einen Vor-Corona-Status zurückzufallen und Erreichtes wieder aufzugeben.

Gestern noch analog, heute schon digital: War und ist die Corona-Pandemie für die öffentliche Verwaltung unbestritten eine enorme Herausforderung, so hat sie sich doch auch als Katalysator für grundlegende Umstrukturierungsprozesse erwiesen, als Beschleuniger und letztlich auch als Ermöglicher. Johannes Chudziak: „Wir waren in Herne zu Beginn der Pandemie wirklich ein analoges Gesundheitsamt. Wir haben mit Faxgeräten und Excel-Tabellen gearbeitet und jeden Datensatz mindestens zweimal, manchmal dreimal angefasst, was natürlich auch zu Übermittlungsfehlern geführt hat. Wir hatten Mitarbeiter*innen, die nichts anderes gemacht haben, als das Fax-Postfach auszudrucken. Und wir hatten Menschen, die das in Excel-Tabellen eingetragen haben.“ Dann sei man „bei Null“ mit SORMAS gestartet – „und hatte, wie Dr. Frank Dudda es gerade so schön beschrieben hat, ein paar Nervenzusammenbrüche, weil angekündigte Funktionen eben nicht so funktioniert haben und auch nicht so schnell gekommen sind, wie man uns das verkündet hat“. Mittlerweile habe sich das deutlich gebessert, „und wir wären durch die letzte Corona-Welle nicht mit so präzisen Daten gekommen, wenn wir SORMAS nicht gehabt hätten“.

Ähnlich auch die Situation im Kreis Unna. Uwe Hasche: „Wir mussten im Laufe der Pandemie aus der Not heraus sehr viel improvisieren.“ Was im Umkehrschluss auch bedeutet: „Hätten wir in den vergangenen zweieinhalb Jahren gerade auch im Hinblick auf die digitale Kommunikation immer streng formal gearbeitet, dann wären wir nicht da, wo wir heute stehen.“ Vor allem die Schnellebigkeit der Pandemie und die Komplexität rechtlicher Vorgaben hätten einen unkomplizierten und zügigen Austausch auf allen Ebenen notwendig gemacht. „Und wenn ich nicht meine WhatsApp-Gruppen gehabt hätte, um mich mit den Kolleg*innen in den Gesundheitsämtern, auch auf Ebene der Hauptverwaltungsbeamt*innen, auszutauschen, dann wären die Informationen auf der Strecke geblieben.“ Mit Blick auf den Datenschutz keine ganz ungefährliche Einstellung. Habe man anfangs noch über Server-Standorte der frei zugänglichen digitalen Angebote diskutiert, seien diese Bedenken im Tagesgeschäft während der Pandemie-Hochzeiten jedoch letztlich belanglos geworden. „Ich habe inzwischen auf all meinen digitalen Geräten etliche Videokonferenzformate, anders wäre ich auch nicht durch die Pandemie gekommen. Wenn ich alle Termine in Präsenz hätte machen müssen, dann wären 24 Stunden pro Tag nicht ausreichend gewesen.“

Ohne die IT-Abteilungen vor Ort, ohne die Stabsstellen Digitalisierung, das versicherten beide Dezernenten, wäre die enorme Herausforderung der ersten Pandemiewellen nicht zu stemmen gewesen. Hasche: „Das waren diejenigen, auf die wir uns verlassen konnten und die auch viele unkonventionelle Wege mitgegangen sind, die in Vor-Pandemie-Zeiten für eine öffentliche Verwaltung völlig undenkbar waren.“ Wichtig sei es nun, „den Blick nach draußen“ zu richten. „Damit wir die Vernetzung, die wir innerhalb des Hauses und zwischen den Behörden geschafft haben, auch mit den übrigen Playern im Gesundheitswesen hinkriegen und auch weiterverfolgen, weil das erhebliche Mehrwerte erzeugt.“ Kommunen und Kreise stünden dabei durchaus vor unterschiedlichen Herausforderungen. Für kreisfreie Städte sei das Handling oft viel einfacher, „andererseits habe ich auf Kreisebene auch viel mehr

„Hätten wir in den vergangenen zweieinhalb Jahren gerade auch im Hinblick auf die digitale Kommunikation immer streng formal gearbeitet, dann wären wir nicht da, wo wir heute stehen.“

Uwe Hasche, Dezernent für Sicherheit und Ordnung, Straßenverkehr, Gesundheit und Verbraucherschutz des Kreises Unna

Mitspieler*innen, die natürlich auch ein deutliches Mehr an Ressourcen bieten, an Playern, die auch im Gesundheitswesen eine enorm wichtige Rolle spielen.“ Die nun eingeschlagene Richtung, so Hasches erstes Fazit, sei grundsätzlich richtig; „allerdings würde ich mir an der ein oder anderen Stelle deutlich weniger Formalismus wünschen, insbesondere, was Gesundheitsdatenschutz angeht“.

Die zentrale Zukunftsaufgabe, konstatierte auch Chudziak, bestünde darin, das vor Ort genutzte „Stückwerk“ an unterschiedlichen digitalen Tools jetzt auf einer „Plattform“ zusammenzubinden, und das auch überregional und mit Schnittstellen. Mehr noch: Es gelte, den Öffentlichen Gesundheitsdienst „in Gänze“ zu transformieren, in allen Themenbereichen und mit allen Angeboten. Beispielsweise habe man während des Lockdowns im Bereich Selbsthilfe gezielt Zoom-Formate hochgezogen, Mitglieder technisch geschult und Geräte beschafft, um die Gruppen aufzufangen. „Das hat in einigen Bereichen sehr gut geklappt. Wir haben aber auch gemerkt, dass dieses Format für bestimmte Zielgruppen nicht funktioniert. Zoom ist optisch und akustisch, das ist für Menschen mit bestimmten Behinderungsbildern ein Problem.“ Deshalb sei es unabdingbar, hier in Zukunft nach „geeigneteren Software-Lösungen“ zu schauen. „Und mein Wunsch wäre hier eine integrierte Software, die nicht nur das Thema Selbsthilfe abbildet, sondern beispielsweise auch den ganz normalen, begutachtenden Dienst; die digitale gesundheitsdatenschutzkonforme Schnittstellen hat zu Arztpraxen und behandelnden Ärzt*innen, so dass man Krankenakten nicht in Papierform hin- und hertragen muss.“ Ziel müsse sein, in einen schnelleren, detaillierteren Austausch zu kommen, auf eine viel breitere Basis an Daten und damit letztlich zu besseren Ergebnissen. „Und das möglichst ruhrgebietseinheitlich, am besten landeseinheitlich.“

Nicht akzeptabel hingegen sei der Schritt zurück. Die „Innovationskraft“ etwa in den Sportvereinen oder im Ehrenamt, aus der spontan YouTube-Formate und Online-Angebote entstanden seien, gelte es aus kommunaler Sicht, so Chudziak, weiter zu fördern und zu unterstützen. Als zusätzliches Angebot, das den Gesundheitsbereich letztlich auch flexibler macht. „Und das ist ein Punkt, da müssen wir wachsam bleiben, dass wir jetzt nicht alle zurückfallen in den Vor-Corona-Standard.“ Denn bei der digitalen Transformation des Gesundheitsamtes, des Gesundheitswesens gehe es nicht darum, klassische oder auch aufsuchende Angebote zu ersetzen, sondern quasi das Kontaktangebot dauerhaft um ein „digitales Fenster“ zu erweitern. „Wir werden alte Menschen, die vereinsamen und keine digitale Anbindung haben, nicht über digitale Kanäle erreichen; für die muss es die klassischen Angebote geben. Und das ist uns auch bewusst. Aber gerade im Bereich Sucht oder auch bei psychischen Probleme, gerade bei jungen Menschen, gilt es, generationsangemessene Zugangswege zu etablieren. Das muss das Ziel sein.“

Ein Ziel, das sich ohne entsprechende finanzielle Mittel gleichwohl nicht erreichen lässt. Wichtigstes Instrument und „ein ganz großes Zukunftsthema“ ist daher für Hasche aktuell der Pakt für den Öffentlichen Gesundheitsdienst. Im Hinblick auf die damit verbundene Digitalisierungsoffensive gehe es darum, die angestoßenen Prozesse zu verfestigen und vor allen Dingen zu professionalisieren. Und das auch unter Gesichtspunkten des Monitorings und Vernetzens. „Ich würde mir wünschen“, wiederholte er eindringlich, „dass man das auch interkommunal und da, wo es eben geht, auch mit gemeinsamen Lösungen vorantreibt“. Zugleich werde der ÖGD-Pakt zukünftig auch auf persönlicher Ebene eine spürbare Entwicklung und Entlastung generieren. Hasche: „Ich habe einen Personalkörper, der jetzt, nach fast zweieinhalb Jahren, einfach durch ist. Wir haben deshalb Anfang des Jahres noch einmal eine große Personalakquise-Kampagne gefahren und ganz viel externes Personal geholt, das im Moment einen großen Beitrag dazu leistet, dass die Stammkräfte, die teilweise noch ihren Jahresurlaub 2021 oder Überstunden im hohen dreistelligen Bereich auf dem Konto haben, jetzt tatsächlich etwas durchschnaufen können.“ Zugleich hätte sich,

Pakt für den Öffentlichen Gesundheitsdienst

Mehr Personal, bessere Technik, stärkere Vernetzung: Der Pakt für den Öffentlichen Gesundheitsdienst wurde am 29. September 2020 beschlossen und hat seine zentralen Ziele klar definiert. Neben der Schaffung neuer Stellen – im medizinischen Bereich ebenso wie in der Fachverwaltung – komme insbesondere der Digitalisierung im Hinblick auf die Corona-Pandemie eine entscheidende „Schlüsselrolle“ zu. Der ÖGP-Pakt stellt den Gesundheitsämtern in Deutschland über den Bund deshalb insgesamt vier Milliarden Euro zur Verfügung, die unter anderem in „prozessorleichternde, integrierte Softwareanwendungen“ fließen sollen. Der Förderzeitraum ist auf sechs Jahre angelegt.

www.bundesgesundheitsministerium.de/service/begriffe-von-a-z/o/oeffentlicher-gesundheitsdienst-pakt.html

ergänzte Chudziak, das Bild des Gesundheitsamtes und der dortigen Aufgaben in der Wahrnehmung etwa von Medizinstudierenden, die unterstützend während der Pandemie eingesetzt wurden, deutlich gewandelt. „Da ist teils großes Interesse entstanden. Und das sind Fäden, die wir auch wieder aufnehmen sollten, um zukünftig Menschen für unsere Aufgaben zu gewinnen.“

„Wenn Corona etwas Gutes mit sich gebracht hat“, schloss Uwe Hasche, „dann ist es tatsächlich die Modernisierung, Digitalisierung und Mobilisierung der Arbeitswelt“. Und das nicht nur im Gesundheitswesen, sondern in der gesamten Verwaltung. „Da haben wir einen Schub durch die Pandemie gemacht, den wir ohne Corona wahrscheinlich in den nächsten fünf bis zehn Jahren in dieser Form nicht gehabt hätten.“ Sei es hinsichtlich der „früher immer belächelten Shared Workspaces“. Sei es hinsichtlich der Investition in Technik bis in die Peripherie aller Mitarbeitenden, für die sein Haus „mit breiter politischer Rückendeckung sehr viel Geld in die Hand genommen“ habe. Nicht zu vergessen: der aus der Not geborene Erfindungsreichtum der Menschen vor Ort. „Wir haben im Rettungsdienst ad hoc ein Telenotarzteitsystem auf die Beine gestellt. Dafür hat es einfach nur eine Kiste Smartphones, SIM-Karten und ein paar kluge Köpfe gebraucht.“

Grundsätzlich werde Telemedizin, versicherte Hasche hinsichtlich einer Nachfrage via Chat, „gerade mit Blick auf die Struktur unseres Kreisgebietes zukünftig eine ganz große Rolle spielen“, weil vieles, insbesondere im ländlichen Raum, aufgrund fehlender Ressourcen über kurz oder lang nicht mehr anders abgebildet werden könne. „Ich bin davon überzeugt, dass wir da ganz massiv nach vorne gehen müssen.“ Eine Einschätzung, die Johannes Chudziak aus Herner Sicht etwas differenzierter betrachtete: „Gerade im großstädtischen Bereich, wo es eine sehr hohe Ärztedichte gibt, sehe ich das Thema eher im konsiliarischen Bereich.“ Dort, wo eine flächendeckende Versorgung hingegen nicht möglich sei, müssten tatsächlich neue Lösungen her. „Aber meine private Haltung dazu ist, dass das Arzt-Patienten-Gespräch ein wesentlicher Faktor unseres Gesundheitswesens ist, der nicht digital umgesetzt werden kann. Zumindest nicht mit den heutigen Möglichkeiten.“

Die Moderatorin Jeanette Kuhn im Gespräch mit den Dezernenten Johannes Chudziak (links im Bild) und Uwe Hasche (rechts im Bild).



Panel 3

Best Practice-Projekte aus der Region – Die Aktivitäten der Universitätsmedizin Essen als größte Universitätsklinik in der Metropolregion

Dr. med. Anke Diehl, M.A., Leiterin
Stabsstelle Digitale Transformation,
Universitätsklinikum Essen

Das Virtuelle Krankenhaus NRW – ein telemedizinisches Netzwerk für die Regelversorgung

Nadja Pecquet, Geschäftsführerin
Virtuelles Krankenhaus NRW gGmbH

Digital Health Factory Ruhr – Digitale Lösungen für die Gesundheitsversor- gung in Ballungsräumen

Leif Grundmann, Geschäftsführer und
Prokurist MedEcon Ruhr GmbH

Die Gesundheitsversorgung der Zukunft stand im Zentrum von gleich drei Best-Practice-Beispielen aus der Region. Allen gemein: das Ziel, die Digitalisierung der Gesundheitswirtschaft in der Region voranzubringen. Gleichwohl in unterschiedlichen Feldern. Essenziell für jedes der Projekte: die Bereitschaft zu interdisziplinären, sektorübergreifenden Vernetzungen. Zu offenen Schnittstellen.

Vom Krankenhaus zum Smart Hospital: Diesem ehrgeizigen Ziel stellt sich die Universitätsmedizin Essen als größter universitärer Versorger der Metropole Ruhr im Rahmen eines umfassenden Transformationsprozesses. Seit 2019 stellt dabei ein eigenes Institut für Künstliche Intelligenz in der Medizin (IKEM) die Weichen gen Zukunft – mittlerweile mit gut 200 Mitarbeitenden im Institut und der zentralen IT. Eine der wichtigsten Aufgaben von IKEM: die Optimierung der internen Datenstrukturen und Informationssysteme. Denn: Vernetzung muss zwangsläufig zunächst im eigenen Haus funktionieren, bevor es im nächsten Schritt an eine intersektorale Zusammenarbeit geht.

„Und das ist durchaus schwierig“, sagt Dr. med. Anke Diehl, Leiterin der Stabsstelle Digitale Transformation. Denn letztlich müssten hochspezialisierte Informationssysteme für verschiedene klinische Anwendungen miteinander in Einklang gebracht werden, ohne dass die dafür notwendigen offenen Schnittstellen vorhanden seien. „Unsere Informatiker*innen haben daher eine Layer-Struktur programmiert, in der sämtliche Metadaten unserer klinischen Systeme gespeichert sind.“ Was bescheiden klingt, hat tatsächlich enorme Dimensionen: „Wir haben den größten FHIR-basierten, also auf dem Standard Fast Healthcare Interoperability Resources aufbauenden, Data-Lake in ganz Deutschland.“ Wiederum aufgesetzt auf diese Metadatenbank wurden unterschiedliche Apps, die „unmittelbar aus den Kliniken heraus getriggert sind“, also die tatsächlichen Bedarfe abdecken. Um genau das leisten zu können, sei deshalb neben der Kompetenz „Doppelstudierter“ aus Medizin und Informatik in den eigenen Reihen der regelmäßige Austausch in einem interdisziplinären Team absolut unerlässlich: „Innovation ist Team sport, und man muss immer auf Augenhöhe zusammenkommen, was in der Medizin vielleicht nicht immer selbstverständlich ist. Wir arbeiten deshalb mit der Pflege genauso wie mit der Medizintechnik, mit der IT, mit den Mediziner*innen und Wissenschaftler*innen.“ Das Ergebnis: Apps mit Mehrwert im klinischen Alltag. Ein Patient*innen-Dashboard etwa, in dem sämtliche Daten zu einem Fall auf einen Blick abgerufen werden können. Ein Statussystem zur Anzahl freier Intensivbetten und entsprechenden Verlegungsmöglichkeiten, „eine im Rahmen der Pandemie offenkundig ganz wichtige Programmierung“. Oder aber ein eigener Messenger-Dienst, in dem etwaige Störungsmeldungen ebenso weitergeleitet werden können wie aktuelle SarsCoV-2-Test-Zahlen. Mit Blick auf die Datensicherheit eine entscheidende Alternative gegenüber offenen Formaten wie etwa WhatsApp.

Digitalisierung gleichwohl macht an der Universitätsmedizin über das eigene Haus hinaus noch deutlich größere Schritte: Essen koordiniert das mit 14,5 Millionen Euro geförderte Konsortialvorhaben SmartHospital.NRW. Insgesamt sieben Partner aus Wissenschaft und Forschung gehen hier das Thema intelligentes Krankenhaus der Zukunft im großen Maßstab an – als Leitmodell, aus dem heraus Handlungsperspektiven und Change-Prozesse für das klinische Gesundheitswesen entwickelt werden. Wesentliche Fragen seien etwa: Welche Readiness braucht eine Klinik, um sich zu einem Krankenhaus der Zukunft zu entwickeln? Wie sind die Qualifizierungsbedarfe der Mitarbeitenden? Wie groß ist der KI-Durchdringungsgrad?

Darüber hinaus konzentriert sich das Vorhaben „konsequent nutzerorientiert“ an drei wesentlichen KI-Use-Cases: an der automatisierten Extraktion von Daten, über die jeweils individuell relevante Informationen etwa aus Arztbriefen und Berichten herausgelesen werden, an multimodal steuerbaren Sprach- und Dialogsystemen, die sowohl im klinischen Umfeld wie im Patient*innenzimmer zum Einsatz kommen

„Innovation ist Team sport, und man muss auf Augenhöhe zusammenkommen, was in der Medizin vielleicht nicht immer selbstverständlich ist.“

Dr. med. Anke Diehl, Stabsstelle
Digitale Transformation Universitätsklinikum Essen

können, sowie an der KI-gestützten Gesundheitsdatenanalyse, über die unter anderem relevante Risikofaktoren frühzeitig detektiert werden, um im Idealfall Sekundärkomplikationen zu vermeiden. Digitalisierung und KI fungieren hier also als moderne Instrumente, um eine optimierte Behandlung, zugleich aber auch effizientere Prozesse und damit eine Entlastung der Mitarbeitenden möglich zu machen.

Den Schritt „nach draußen“, also aus dem eigenen Haus in die regionale Gesundheitswirtschaft und Kliniklandschaft, macht seit 2019 das zweite Vorhaben: das Virtuelle Krankenhaus NRW (VKh. NRW). Ziel hier: der Aufbau eines landesweiten, telemedizinischen Versorgungsnetzwerkes. Keine ganz neue Idee, in der tatsächlichen Umsetzung jedoch bislang deutschlandweit einzigartig. Nadja Pecquet, Geschäftsführerin der Virtuelles Krankenhaus NRW gGmbH, einer 100-prozentigen Tochter des Landes NRW: „In der Vergangenheit gab es zum Thema Telemedizin tatsächlich eine Vielzahl an sehr guten Einzelprojekten.“ Die jedoch seien in der Regel begrenzt gewesen – regional, zeitlich, inhaltlich oder hinsichtlich der Kassenart. „Und genau das wollen wir nicht mehr. Uns geht es darum, das Virtuelle Krankenhaus erstmals in die Regelversorgung zu überführen. Es soll wie andere Leistungen des Gesundheitssystems von den Krankenkassen finanziert werden.“ Eine weitere Vorgabe der Landesregierung: offene Schnittstellen, also echte Kompatibilität und Interoperabilität, als Voraussetzung nicht zuletzt für eine konsequente Vernetzung innerhalb der Gesundheitslandschaft.

Das entscheidende „Tool“ an dieser Stelle: eine zentrale Vermittlungs- und Serviceplattform als „Wegbereiter für Telekonsile“. Rein technisch wird das Rad dabei keinesfalls neu erfunden: Das VKh.NRW nutzt bereits vorhandene, praxisbewährte Strukturen, beispielweise für den Einsatz im Gesundheitswesen zertifizierte Videokonferenzangebote. Mit im Boot sind zudem bereits erfahrene Player wie TKmed (bundesweites Netzwerk für Telekooperation in der Medizin) und der Westdeutsche Teleradiologie Verbund. „Wir wollen keine neue, eigene Hochglanz-Software entwickeln. Es gibt da schon ganz tolle Lösungen. Wir wollen sehen, welche bewährten technischen Systeme sind da? Welche können vielleicht auch schon refinanziert werden? Was bietet uns die Telematikinfrastruktur? Und dann verbinden wir das alles miteinander. Also wir erarbeiten im Prinzip nur das, was andere Lösungen noch nicht hergeben, um so Lücken schließen zu können. Und das war in einem ersten Fall die so genannte elektronische Fallakte (EFA).“ Herstellerneutral und in Abstimmung mit dem Landesdatenschutz entwickelt, konsequent auf internationalen Standards aufgesetzt und versehen mit offenen Schnittstellen dient EFA dem umfassenden Datenaustausch zwischen den Konsilteilnehmenden.

Das wiederum sind bislang ausschließlich Mediziner*innen. Die Ausweitung der Zielgruppe auf Patient*innen und andere Gesundheitsberufe, so Pecquet, sei zwar „fest in der Vision verankert“, derzeit jedoch noch „Zukunftsmusik“. Aktuell wolle man vor allem den kollegialen Austausch medizinischer Expert*innen voranbringen. Und das interdisziplinär und sektorenübergreifend. „Wir setzen deshalb auf die Expertise einschlägiger medizinischer Spitzenzentren; wir haben also keine eigenen Ärzte.“ Auch hier gelte der Anspruch, vorhandene Potenziale bestmöglich zu nutzen und durch die gemeinsame Vernetzung alle Beteiligten nach vorne zu bringen und sichtbarer zu machen; nicht zuletzt und vor allem zum Wohle der Patient*innen.

Was lange geplant war, erfuhr, wie vieles andere im Bereich Digitalisierung, durch die Pandemie einen enormen Schub: „Glücklicherweise konnten wir uns damals dem federführend von den Unikliniken Aachen und Münster begleiteten Innovationsfondprojekt TELnet@NRW anschließen, das sich bereits mit der intensivmedizinischen konsiliari-schen Beratung auch im infektiologischen Bereich befasst hat.“ Innerhalb einer Woche sei das VKh.NRW im Frühjahr 2020 mit der Indikation Infektiologie und Intensivmedizin an den Start gegangen, aufbauend auf einem Netzwerk aus 17 beteiligten Häusern und mit Unterstützung

„Uns geht es darum, das Virtuelle Krankenhaus erstmals in die Regelversorgung zu überführen. Es soll wie andere Leistungen des Gesundheitssystems von den Krankenkassen finanziert werden.“

Nadja Pecquet, Virtuelles Krankenhaus NRW gGmbH

des Zentrums für Telematik und Telemedizin (ZTG). „Mittlerweile wurden über 3.800 Konsile bei mehr als 600 Patient*innen durchgeführt.“ Und das mit Erfolg: Frühe Auswertungen der beiden Unikliniken zeigen, dass in der Kohorte der durch Konsile begleiteten Patient*innen die Mortalität gemessen am Bundesdurchschnitt um 20 Prozent gesenkt werden konnte. „Ich finde, das sind schon sehr beeindruckende Ergebnisse, an denen man auch sieht, wie wichtig und hilfreich der Austausch zwischen den Mediziner*innen letztendlich ist.“ Seit April diesen Jahres wird die Intensivmedizinische Covid-19-Beratung deshalb in ausgewiesenen Herzzentren weitergeführt.

Die Basis also steht, jetzt gehe es an den Aufbau eines flächendeckenden, telemedizinischen Netzwerkes, das sich insbesondere in komplexen Behandlungssituationen bewähren soll. „Es geht hier nicht um Husten, Schnupfen, Heiserkeit – wir wollen den Ärzt*innen in der Fläche nicht die Kompetenzen absprechen –, sondern um die besonders komplexen, schweren oder seltenen Fälle.“ Derzeitige Indikationen seien deshalb neben der Infektiologie und Intensivmedizin die therapierefraktäre Herzinsuffizienz, resektable Lebermetastasen sowie das Feld der seltenen Erkrankungen. Mehrwert habe das VKh.NRW vor diesem Hintergrund für alle Beteiligten, denn Wissensaustausch funktioniere in beide Richtungen: „Auch die Spitzenzentren profitieren davon, sich mit konkreten Fällen auseinanderzusetzen, die eben nicht alltäglich sind.“ Der Vorteil für die Patient*innen sei letztlich evident. Zukünftig könnte sich Konsilbereitschaft aber auch zu einem Qualitätskriterium in der Patient*innen-Orientierung entwickeln.

Pecquet: „Der neue Krankenhausplan für NRW widmet auch dem VKh.NRW ein Kapitel, in dem explizit steht, dass es als Erweiterung bestehender Versorgungsstrukturen gedacht ist. Und das ist richtig: Wir wollen keine Konkurrenz sein, sondern bestehenden Einrichtungen Hilfestellung bieten, Potenziale vernetzen und Wissen teilen.“

Das dritte Beispiel schließlich führt diesen letzten Gedanken noch einmal auf eine andere Stufe: Die Digital Health Factory Ruhr, initiiert vom Netzwerk MedEcon Ruhr, will möglichst viele Player der Gesundheitswirtschaft in der Region an einen Tisch holen und das Thema Gesundheit dabei inhaltlich noch einmal deutlich weiter aufmachen. „Insofern sind wir ein Vorhaben, das erst noch ein Best-Practice-Beispiel werden will“, erläuterte Leif Grundmann, Geschäftsführer von MedEcon Ruhr. Adressiert sei die Einladung zur Zusammenarbeit dabei insbesondere an die Kommunen, denn „Industrie, Forschung und Wirtschaft haben wir tatsächlich schon an Bord“.

Die Ausgangsposition des Projektes markieren zwei auf den ersten Blick recht unterschiedliche Felder, die jedoch ineinander spielen: Smart Health Data und Urban Health Care. Ersteres bilde das starke Potenzial der Region in puncto digitale Gesundheitswirtschaft ab. Letzteres konzentriere sich auf die Herausforderungen einer sozial-räumlichen Gesundheitsversorgung und entsprechenden Lösungen für einen polyzentrischen Ballungsraum wie das Ruhrgebiet. „Mit diesen beiden Schwerpunkten haben wir uns auf den Fördercall, Wandel durch Innovation in der Region - WIR! des Bundesministeriums für Bildung und Forschung (BMBF) beworben und sind dabei von Beginn an mit der Idee angetreten, das zusammenzudenken, was uns auch heute hier beschäftigt: nämlich Digital und Health.“ Mit Erfolg: Die Digital Health Factory Ruhr wird in den kommenden sechs Jahren mit bis zu 15 Millionen Euro gefördert, „die sozusagen budgetiert sind und in Einzelprojekten abgerufen werden können; für Projekte, die wir gemeinsam mit Ihnen allen entwickeln wollen“.

Das Ziel allerdings seien keine temporären Ansätze, sondern nachhaltige Bündnisstrukturen. Diese wiederum sollen die gesundheitliche Versorgung in der Region gestalten, den soziodemografischen Zusammenhalt stärken und schlussendlich auch zu neuen Produkten und Anwendungen und damit zu einem wirtschaftlichen Nutzen für die Metropole Ruhr führen. Gerade die soziodemografischen Faktoren könne man dabei gut mit übergreifenden Lösungen angehen, hätten

„Wir wollen keine Konkurrenz sein, sondern bestehenden Einrichtungen Hilfestellung bieten, Potenziale vernetzen und Wissen teilen.“

Nadja Pecquet, Virtuelles Krankenhaus NRW gGmbH

„Bei Digital Health geht es mit Verlaub um mehr als Video-Konsultationen oder WhatsApp-Gruppen in Gesundheitsämtern. Da ist noch eine ganze Menge mehr in die Tiefe zu tun. Und da haben wir vor Ort sehr viele Kompetenzen, die wir einbringen können.“

Leif Grundmann, MedEcon Ruhr

„Es ist traurig, dass wir in Deutschland immer noch sehr viele Partikularinteressen haben, die eine kontinuierliche Interoperabilität und auch eine gemeinsame Auswertung von Daten auf entsprechenden Plattformen verhindern.“

Leif Grundmann, MedEcon Ruhr

doch viele Kommunen etwa in herausfordernden Stadtteilen letztlich dieselben Probleme – und genau hier könne und sollte die Digitalisierung ihre Vorteile ausspielen und unterstützend dazukommen. „Wir haben das heute im Interview mit den beiden Gesundheitsdezernenten gehört, die sich in ihren Städten sehr stark auskennen und sehr gut organisieren. Aber stadtübergreifend eben nicht. Und da gibt es offensichtlich viel Handlungsbedarf. Bei Digital Health geht es mit Verlaub um mehr als Video-Konsultationen oder WhatsApp-Gruppen in Gesundheitsämtern. Da ist noch eine ganze Menge mehr in die Tiefe zu tun. Und da haben wir vor Ort sehr viele Kompetenzen, die wir einbringen können.“

Nicht passieren dürfe es, dass man anfangs, Infrastrukturen aufzubauen und hinterher erst schaue, was man damit anfangen könne. „Das haben wir oft genug getan.“ Stattdessen gelte es, patient*innenorientiert zu denken, konkret mit den Menschen, mit den Leistungserbringenden und mit den Städten zu arbeiten. „Wir müssen die Probleme identifizieren und die wirklich guten Tools, die es bereits am Markt gibt, übertragen, um dann zu gemeinsamen Lösungen zu kommen, die miteinander gedacht werden und interoperabel miteinander die Daten austauschen können. Und da ist noch ganz viel Luft nach oben.“ Es fehle schlicht der „kommunale Ast“.

Ans Laufen kommen soll die Digital Health Factory durch drei interagierende Werkstätten: die Datenwerkstatt unter Federführung des Fraunhofer Instituts für Daten- und Systemtechnik, die sich auf die Nutzung dezentraler Datenquellen fokussiert, die Lernwerkstatt in Verantwortung der Hochschule für Gesundheit in Bochum, wo es um die Vermittlung von Wissen und Kompetenzen geht, und schließlich die Innovationswerkstatt, die MedEcon Ruhr verantwortet und in der neue Projekte und Geschäftsmodelle entwickelt werden sollen. „Das sind die Dienstleistungen, die sozusagen allen weiteren Projekten der Factory hinterher zur Verfügung stehen. Da gehen aus dem Bündnis Ideen rein. Und da kommen am Ende bestenfalls echte Dienstleistungen für einen Referenzmarkt Ruhrgebiet, aber auch für andere Ballungsräume heraus.“ Denn perspektivisch müssten die Entwicklungsprojekte nachhaltig in Betriebsstrukturen und auch in die Dauerfinanzierung kommen. Das gelte auch für die Factory selbst, die zukünftig etwa in eine Genossenschaft oder einen Verein überführt werden soll, um nachhaltig wirksam werden zu können. „Doch da sind wir noch nicht. Aktuell starten wir mit den Arbeitskreisen, und hier ist jeder willkommen, der sich einbringen will. Und diese Einladung gilt für die gesamte Region.“

Gerade jedoch in diesem Punkt, gab ein Mitglied der Fraktion Bündnis 90/ Die Grünen aus dem Ruhrparlament via Chatnachricht zu bedenken, liege die eigentliche Herausforderung: Bei 53 Kommunen, zwei Landschaftsverbänden und drei Bezirksregierungen sei es oft schwierig, „effektive Lösungen für Probleme aller Art zu finden“. Die Pandemie habe das noch einmal verdeutlicht. „Wie können wir das ändern?“ Die Antwort, so Grundmann, sei „offensichtlich“: „Wenn man diese Grenzen überschreiten will, braucht man einen Koordinator, eine Koordinatorin, die sozusagen diese Region vertreten kann. Und der RVR ist dafür ja gemacht und tut das auch schon. MedEcon Ruhr hat sozusagen die gleiche regionale Ausrichtung wie der RVR. Und deshalb gilt auch hier die herzliche Einladung, überkommunal über Sektorgrenzen hinaus, über Fachdisziplinen hinaus, sich bei uns zu engagieren und die Region zu gestalten.“

Vernetzung oder aus technischer Sicht: Interoperabilität, ergänzte Anke Diehl, sei im Hinblick auf eine innovative Gestaltung der Zukunftsaufgaben tatsächlich ein essenzieller Aspekt: „In der Tat empfinde ich es als sehr destruktiv, dass wir technisch nicht interoperabel sind.“ Was für ein Uniklinikum wie Essen, das dafür ein eigenes Institut habe, bereits eine immense Herausforderung sei, stelle schon andere Unikliniken vor größere Probleme und sei erst recht für niedergelassene Ärzt*innen und Therapeut*innen kaum zu leisten. „Es ist traurig, dass wir in Deutschland immer noch sehr viele Partikularinteressen haben, die eine kontinuierliche Interoperabilität und auch eine gemeinsame

Auswertung von Daten auf entsprechenden Plattformen verhindern.“ Eine Lösung gleichwohl müsse national, nicht regional gedacht werden, „ansonsten kocht wieder jeder sein eigenes Süppchen“.

Gebe es, fragte Prof. Till Winkler von der FernUni in Hagen aus dem Plenum heraus, bereits „eine Vision“ dafür, wie die vorgestellten Innovationen und Prototypen am Ende dann auch in die Fläche kommen? „Oder sollen Ihre Ergebnisse abgegrenzt bleiben auf die interne Anwendung an der Universitätsmedizin Essen?“ Diehl verwies hier auf die Gesundheits-IT-Interoperabilitäts-Governance-Verordnung aus dem Jahr 2021, die vorgebe, dass die Kriterien Interoperabilität und Patient*innenorientierung „in die entsprechenden Plattformen und Verzeichnisse eingetragen werden müssen“. Statt das Rad immer wieder neu zu erfinden, habe man auf diese Weise vorbeschriebene, standardisierte, interoperable Wege, auf die man dann seine eigenen technischen Innovationen aufsetzen könne. „Wir sind da schon relativ weit, aber es ist wichtig, dass wir das in die Fläche kriegen.“ Marktreife zu entwickeln sei per Definition nicht Aufgabe von Förderprojekten. Aber natürlich gebe es an der Universitätsmedizin Essen eine „Reihe von Entwicklungspartnerschaften, wo wir mit Firmen zusammen Dinge entwickeln, und diese Firmen dann auch tatsächlich eine Marktreife erzielen“.

Und genau das, so Grundmann, sei die Königsdisziplin: Marktreife Produkte zu entwickeln, die interoperabel und standardbasiert bleiben, damit auch andere andocken können. Für kleine Unternehmen und Start-ups seien solche Entwicklungen mit kaum zu stemmenden Herausforderungen und Risiken verbunden. Die großen Player hingegen würden erst langsam erkennen, dass sie durch solche Schnittstellen letztlich auch selbst nachhaltiger am Markt bestehen können.

Weiterführende Links

www.ikim.uk-essen.de/de/das-institut
www.smarthospital.nrw
www.ume.de/smart-hospital
www.virtuelles-krankenhaus.nrw
www.digital-health-factory.ruhr
www.medecon.ruhr

Panel 4

Berichte aus Forschung und Technik – Digitalisiertes Gesundheitswesen: Strategien, Infrastrukturen und Rahmenbedingungen – ein länderüber- greifender Vergleich

Univ.-Prof. Dr. Till Winkler,
Lehrstuhl Betriebswirtschaftslehre
(Informationsmanagement) an der
FernUniversität Hagen

Digitalisierung und der „Faktor Mensch“: IN(TER)AKTION aber bitte gemeinsam

Prof. Dr. Sven Meister,
Universität Witten/Herdecke, Fakul-
tät für Gesundheit/Department für
Humanmedizin

Welche Faktoren bringen die Digitalisierung im Gesundheitswesen voran? Welche bremsen sie aus? Bei der Beantwortung dieser Fragen könnte sich, versicherte Prof. Dr. Till Winkler von der FernUniversität in Hagen, ein Blick über den Tellerrand nach Dänemark lohnen. Zentrale Aspekte wirkungsvoller Strategien seien dabei beispielsweise eine zentrale Koordination, Interoperabilität und letztlich auch ein gesundes Maß an Pragmatismus. Prof. Dr. Sven Meister (Universität Witten/Herdecke) seinerseits plädierte bei der Betrachtung des Themas für einen Perspektivwechsel – von der Maschine hin zum Menschen; verbunden auch mit der Verschiebung der strategischen Schwerpunkte zu Themen wie Haltung, Nutzen, Bildung und vielleicht sogar Spaß. Zwei unterschiedliche wissenschaftliche Ansätze mit einer zentralen Aussage: Wir müssen eingehender über das Thema reden. Und zwar auf allen Ebenen.

Die Ausgangslage ist alles andere als ideal: Im internationalen Vergleich liegt Deutschland laut einer Bertelsmann-Studie aus dem Jahr 2018 ganz klar im hinteren Feld. Dänemark hingegen hat sich einen Platz im oberen Cluster gesichert. Dies sei, so Winkler, das Resultat ausgereifter nationaler Digital-Health-Strategien sowie der institutionellen bzw. rechtlichen Verankerung dieses Anspruchs. Und das sei etwas, von dem man durchaus lernen könne. Ein unmittelbarer Vergleich zwischen Deutschland und Dänemark lasse sich zwar durchaus kritisch hinterfragen, „doch ich möchte jetzt einfach mal in den Raum stellen, dass ein Land wie Dänemark mit 5,8 Millionen Einwohner*innen vielleicht sehr wohl Impulse für die Metropolregion Ruhr mit gut fünf Millionen Einwohner*innen liefern kann“.

Strategien, Infrastrukturen, rechtliche Rahmenbedingungen – das seien die Bausteine für eine Implementierung von Digital Health in die Gesellschaft. Bausteine, die in jedem Land mit individuellen soziokulturellen Rahmenbedingungen korrelieren und aus denen „sowohl Treiber als auch Barrieren für das digitalisierte Gesundheitswesen resultieren“. Anders gesagt: Nur, wer hinsichtlich seiner Strategien, Infrastrukturen und Gesetze sowie bezüglich der grundsätzlichen gesellschaftlichen Haltung eine entsprechende Basis generiere, bereite den Boden für ein umfassendes digitales Gesundheitswesen, das letztlich in der Bevölkerung auch akzeptiert wird.

Dänemark verfolge diesen Ansatz anders als Deutschland bereits seit den frühen 1990er-Jahren – „und das ist nicht nur Marketing oder Makulatur, sondern diese Strategien sind wirklich maßgeblich, weil sie allen Anspruchsgruppen oder Stakeholdern Orientierung bieten, weil sie auch ein bisschen den Fahrplan vorgeben, wo die Reise hingehen soll“. Habe hier in den frühen Tagen der Fokus vor allem noch auf technischen Fragen und Infrastrukturen gelegen, verschiebe sich der Schwerpunkt mittlerweile zusehends Richtung Mensch. Fragen der Governance, also der Steuerung und Verantwortung digitaler Innovationen, aber auch Fragen danach, „welche Stakeholder müssen wir hier involvieren, welche nachhaltigen Geschäftsmodelle müssen hierfür gefunden werden?“, rückten zusehends in den Mittelpunkt. Letztlich also wirtschaftliche und soziokulturelle Aspekte, die das Thema gezielt befördern. „In Deutschland hingegen hat man lange Zeit nach einer solchen Digital-Health-Strategie gesucht. Die Verbände haben nach Strategien gefragt, die Krankenkassen, aber auch die IT-Branche. Ich denke, in der letzten Legislaturperiode hat sich tatsächlich einiges geändert. Insofern gebe ich zu, dass manche meiner Quellen etwas älter datiert sind. Aber der Ruf ist klar: Mehr zentrale Koordination könnte hier möglicherweise hilfreich sein.“

Doch darauf allein dürfe sich der Anspruch nicht beschränken. Essenziell sei etwa auf der technischen Ebene auch das Thema Interoperabilität, kurzum: Schnittstellen. Und hier, resümierte Winkler, sei Dänemark deutlich anders aufgestellt als Deutschland im Allgemeinen und die Metropole Ruhr im Speziellen, würden doch beispielsweise Krankenhäuser nicht privatwirtschaftlich, sondern zentral von den fünf Regionen im Land betrieben. Mit klaren Folgen: „Managementent-

„Tiefliegende soziokulturelle und psychologische Faktoren können wir auch durch noch so schöne Technologie nicht so einfach aus dem Weg räumen.“

Univ.-Prof. Dr. Till Winkler,
Lehrstuhl für Betriebswirtschaftslehre insbes. Informationsmanagement der FernUniversität in Hagen

scheidungen sind dort maßgeblich. Die verschiedenen Krankenhausinformationssysteme (KIS) etwa wurden in den vergangenen 20 Jahren sukzessive konsolidiert.“ Eine derart einheitliche Plattform sei ein „klarer Treiber,“ der Interoperabilitätsprobleme zwar nicht vollständig löse, die Realisierung von Schnittstellen jedoch prinzipiell erleichtere. Eine solche Vereinheitlichung indes sei in Deutschland auch angesichts des stark fragmentierten Feldes der KIS-Anbieter „weder realistisch noch denkbar“.

Punkten kann Dänemark auch beim Umgang mit Daten: Mit dem Danish Health Data Network sei eine umfassende Plattform aufgebaut worden, an die mittlerweile alle Primär- und Sekundärversorger angeschlossen sind. „Die Daten fließen also.“ Und sie folgen den Patient*innen – nicht andersherum. Zugleich erfolge auch die Regulierung deutlich pragmatischer nach dem so genannten „Need-to-know-Prinzip“ – verbunden mit der implizierten Zustimmung, dass sowohl die Patient*innen selbst als auch die „involvierten Profis“ jederzeit Zugriff auf die individuellen Daten haben. Und mehr noch: „Für die Nutzung zu Forschungszwecken ist in Dänemark grundsätzlich keine Zustimmung erforderlich.“ Deutschland hingegen hinke dieser Entwicklung nicht nur mit Blick auf die Forschungsfreigabe hinterher. Die deutsche Telematikinfrastruktur beispielweise, an die alle Versorger verpflichtend angebunden seien, stehe noch vollkommen am Anfang und damit tatsächlich ganze drei Jahrzehnte hinter der Entwicklung. „Die Technologie ist da, aber sie wird noch nicht entsprechend genutzt. Und da haben wir auch noch einige Meilen zu gehen.“ Und solange die „Datenhoheit“ weiterhin ausschließlich bei Klinik oder Praxis gesehen werde, solange es keine „funktionierende transsektorale Patientenakte“ gebe, lautete hier eine Anmerkung der Bezirksregierung Arnsberg über den Chat, komme der Fortschritt in Deutschland auch nicht weiter voran.

Gefragt sei ein Paradigmenwechsel: Als „High-Trust-Gesellschaft“ hätten die dänischen Bürger*innen grundsätzlich „Vertrauen in ihre Regierung und in die Institutionen“, während die deutschen Wertevorstellungen da deutlich anders aufgestellt seien, „was sicherlich auch der speziellen deutschen Historie geschuldet ist“. Mehr Sorgen um die eigene Privatsphäre, wenig Sicherheit im persönlichen Umgang mit Gesundheitstechnologien – „tiefliegende soziokulturelle und psychologische Faktoren können wir auch durch noch so schöne Technologie nicht so einfach aus dem Weg räumen“. Das Fazit: Deutschland könne und müsse mehr Strategie und staatliche Koordination wagen. „Wir müssen Regulierung auch als Enabler auffassen und nicht als eine Hürde, die uns immer nur alles Mögliche verbietet und es unmöglich macht, auf Daten zuzugreifen und Daten zu speichern.“ Und es bedürfe, durchaus im Sinne der US-Amerikanischen „Meaningful-Uses“-Kriterien, gezielter Anreize für privat geführte Kliniken und Softwarehersteller, nach interoperablen Lösungen zu suchen und Kooperationen voranzutreiben.

Dabei sei es durchaus vernünftiger, Infrastrukturen zunächst regional oder national aufzubauen und erst dann „groß auszurollen“, als „am Reißbrett gleich den europäischen Plan zu verfolgen“, resümierte Winkler mit Blick auf einen Chatbeitrag, in dem die Deutsche Gesellschaft für Gesundheitstelematik (DGG) die Inkompatibilität der dänischen Strukturen mit europäischen Standards kritisierte. „Ich bin tatsächlich vorsichtig optimistisch, dass auch ein gut vernetztes nationales System wie Dänemark langfristig Kompatibilität mit europäischen Standards schaffen kann. Ich glaube, in Deutschland orientiert man sich sehr stark an europäischen Standards. Das ist ja auch gut, wenn man etwas neu plant. Aber wenn man eben vorhandene Systeme hat, sollte man auch erst einmal auf denen aufbauen.“ Grundsätzlich sei es in einem solchen Prozess immer sinnvoll, auch „über den Tellerrand“ zu schauen und individuell zu prüfen, inwieweit sich Best-Practice-Beispiele auf die jeweils eigenen regionalen oder nationalen Kontexte übertragen ließen. Tatsächlich habe Deutschland, wie von der DGG richtig via Chat angemerkt, mit dem Digitale-Versorgungs-Gesetz (DiGa) Vorreiterfunktion übernommen. Doch sei die tatsächliche Akzeptanz von digitalen Gesundheitsanwendungen bislang so verhalten, „dass das

„Wir müssen Regulierung auch als Enabler auffassen und nicht als eine Hürde, die uns immer nur alles Mögliche verbietet und es unmöglich macht, auf Daten zuzugreifen und Daten zu speichern.“

Univ.-Prof. Dr. Till Winkler,
Lehrstuhl für Betriebswirtschaftslehre insbes. Informationsmanagement der FernUniversität in Hagen

„Es geht immer noch um den Kampf des Systems gegen den Menschen. Und das ist ein Denken, von dem wir uns lösen müssen.“

Prof. Dr. Sven Meister, Universität Witten/Herdecke, Fakultät für Gesundheit/Department für Humanmedizin

Projekt in der neuen Legislaturperiode vielleicht schon nicht mehr als Erfolg gefeiert wird“. Hier sei es bislang nicht gelungen, eine prinzipiell gute Idee in die Fläche zu bringen.

Wenig Sichtbarkeit also – ein Manko, das im Zuge der Konferenz bereits mehrfach angesprochen worden war. Dies zu ändern, so Winkler abschließend, sei Aufgabe eines umfassenden „Change-Managements“, erfordere mehr Kommunikation zwischen den Stakeholdern, aber auch in die Breite. Denn nur so lasse sich Interesse generieren. Das sei durchaus eine „Führungsaufgabe“, bei der das Bundesgesundheitsministerium und das Gesundheitswesen als solches deutlich stärker gefragt seien als bislang. Dass es funktionieren könne, habe das Beispiel Corona-Warn-App gezeigt.

Was also ist das Ziel? Das Thema Digital Health müsse in den Ausbildungsstätten, an den Universitäten, in der Mediziner*innen-Ausbildung und eben auch bei Bürger*innen und Versicherten ankommen. „Wir müssen mehr über das Thema reden, mehr darüber aufklären, um dann auch Bedenken und Sorgen, die durchaus real sind, zu adressieren und vielleicht auch zu mitigieren.“

Auch der Faktor Mensch also muss in der Diskussion digitaler Prozesse, muss bei aller Diskussion in Sachen Technik eine entscheidende Rolle spielen. Sowohl mit Blick auf die Patient*innen als auch mit Blick auf die im System Agierenden. Ein Grundgedanke, den Prof. Dr. Sven Meister in seinem Beitrag weiter ausformulierte. Zunächst auch mit einem kurzen Blick gen Dänemark: „Ich begleite in Aarhus die Digitalisierung an einem der so genannten Super-Krankenhäuser mit, und es ist total spannend zu sehen, dass die Leute dort einfach Spaß an der Sache haben. Eine Situation, die ich in Deutschland leider nur selten registriere.“ Der Blick etwa in die Lehrpraxen zeige, dass man dort relativ wenig „Lust“ auf digitale Prozesse habe, „dass dort immer noch Papierakten hin- und hergeschoben werden“ und unglaublich viel passiere, „was prozessual nicht attraktiv ist“.

Tatsache sei, dass das Thema Digitalisierung im Gesundheitswesen enorme Chancen und Möglichkeiten biete. „Wir haben heute Morgen von Johannes Chudziak gehört, es sei nicht zielführend, Arzt*in und Patient*in digital zusammenzuschalten. Das würde ich zum Beispiel anders sehen. Ich glaube schon, dass wir Versorgungssituationen haben, wo Digitalisierung eine Chance ist, wo sie auch erwünscht ist.“ Doch wenn die Chancen, der Nutzen als solcher, nicht bekannt sei, könne auch niemand davon profitieren. „Wir haben dieses Leistungsversprechen, dass Digitalisierung höhere Effizienz und Effektivität schafft. Ich muss ganz ehrlich sagen, faktisch kenne ich kein einziges Papier, das diese Aussage tatsächlich für einen relativ komplexen Prozess belegt. Wir haben letztendlich nur einzelne Auszüge, vielleicht zu ganz kleinen Versorgungsaspekten. Deshalb müssen wir zu dem Punkt kommen, auch mal aufzuzeigen, dass Digitalisierung dieses Leistungsversprechen auch wirklich einhalten kann.“

Gefragt sei eine klare Strategie, die eine grundsätzlich offenere Haltung zum Thema generiere, damit Technologie als das wahrgenommen werde, was sie sei: ein unterstützendes, keinesfalls ersetzendes Angebot. Nach wie vor jedoch werde die Beziehung zwischen Mensch und Maschine „stark konfrontierend“ formuliert. „Es geht immer noch um den Kampf des Systems gegen den Menschen. Und das ist ein Denken, von dem wir uns lösen müssen.“ Man müsse den Schritt in eine gestaltete Welt wagen, in der es nicht um das Gegeneinander, auch nicht um bloße Koexistenz, sondern um Kooperationen und Kollaborationen gehe, um eine „ausgestaltete Versorgung durch eine vernünftige Mensch-Technik-Interaktion“. Doch solange die Diskussionen „an verschiedenen Orten“ geführt werden, getrennt nach Disziplinen, orientiert nur an den jeweils eigenen Zielen, komme man hier nicht weiter. „Deswegen schätze ich solche Rahmenprojekte wie die Digital Health Factory, wo wir verschiedene Akteur*innen der Leistungserbringung und der Industrie zusammenbringen. Also nicht eben jeden einfach nur sein Ding machen lassen, sondern gemeinschaftlich etwas tun.“

Ebenso wie Winkler identifizierte Meister Treiber und Blockierer digitaler Innovationen, formulierte er Hindernisse und Chancen. Allerdings unter gänzlich anderen Aspekten. Technologie-Akzeptanz und Technologie-Eignung hätten beispielsweise nicht zwangsläufig etwas mit Alter oder Generationen zu tun. Im Gegenteil: In einer gemeinsamen Studie mit dem Bündnis Junge Ärzte sei eine stärkere Nutzung von Digitalisierung bei Jüngeren oder Älteren „schlichtweg nicht erkennbar“ gewesen. „Unterm Strich müssen wir sogar sagen, dass viele Begriffe, die für die Versorgung relevant sind – Telematikinfrastruktur, digitales Versorgungsgesetz – bei der älteren Klientel bekannter waren als bei den Jüngeren. Hier gab es offenbar eine deutlich höhere Informiertheit.“ Dennoch müsse das grundsätzliche Ziel darin bestehen, die Menschen besser mitzunehmen. Optimierungsbedarf sah Meister beispielsweise beim Thema Beteiligung, also bei der Frage, wie Mitarbeitende in die Transformationsprozesse eingebunden werden. Denn meistens beschränke sich diese Partizipation auf Schulungen, breit gestreut und ohne evaluierte Erkenntnisse dazu, „wie viel Ergebnis wirklich am Menschen ankommt“. Eine gemeinsame Gestaltung der Digitalisierung, gar eine konkrete Einbeziehung in Entscheidungsprozesse, „so etwas ist zumeist schlichtweg nicht da, weder in Krankenhäusern noch in den Praxen, obwohl die Teams dort deutlich kleiner sind“. Aus Sicht der Mediziner*innen wiederum, zitierte Meister eine gemeinsame Untersuchung mit der Deutschen Krankenhausgesellschaft Nordrhein-Westfalen, sei Digitalisierung etwas, „dem ich mich widmen muss, die mir aber letztendlich einfach als Person nichts bringt“. Stichwort: Leistungsversprechen. Aspekte der „beruflichen Attraktivitätssteigerung“ dagegen, also die Chance, über digitale Elemente etwa interessanter für potenzielle Patient*innen zu werden, oder über digitale Lösungen auch neue persönliche Lebens- und Arbeitsmodelle zu kreieren, würden bislang hingegen kaum wahrgenommen.

Die Lösung, sie liegt auch hier in der Kommunikation. Und im Neu- und Weiterdenken der Bereiche Edukation, Aus- und Weiterbildung. „Wir reden natürlich viel darüber, dass Mediziner*innen im Studium etwas über KI lernen sollen. Aber wer sich das Studium mal anschaut, wird schnell merken, dass es bis obenhin voll und staatlich reguliert ist. Da kann man nicht so richtig viel gestalten.“ Umso wichtiger seien deshalb zukünftig Weiterbildung und Learning on the Job, die Erkenntnis, dass nicht nur die primäre Ausbildung entscheidend ist. Und dabei gelte es, alle Akteur*innen der Gesundheitsversorgung gleichberechtigt in den Blick zu nehmen. Ärzt*innen ebenso wie etwa Medizinische Fachangestellte, bei denen ein Großteil der digitalen Prozesse auflaufe. „Und ich freue mich, dass wir es zumindest an der Universität Witten/Herdecke geschafft haben, im Bereich Pflegewissenschaften und im neuen Studiengang Community Health Nursing das Thema Digitalisierung verpflichtend anzubieten. Etwas, das es in der Medizin und anderen Hochschulen noch nicht gibt. Ich hoffe aber, dass mit dem neuen Nationalen Kompetenzbasierten Lernzielkatalog Medizin (NKLM) auch hier letztlich die Wende kommen wird.“

Könnte, fragte Moderatorin Jeanette Kuhn abschließend, ein zentrales Ausbildungsangebot in Sachen Digitalisierung für alle Medizinstudierenden der Metropole Ruhr eine Lösung sein? Im Hinblick auf ein zentrales Reallabor, eine „optimale digitalisierte Umgebung“ zu Schulungszwecken, auf jeden Fall, resümierte Meister. „Das wäre für die Region eine unglaubliche Stärke.“ Tatsächlich gebe es auch bereits sehr gute regionale Kooperationen zwischen den Universitäten, inhaltlich wie strukturell. Schwierig könnte es jedoch werden, wenn ein solches Reallabor an einer einzelnen Einrichtung angesiedelt würde. „Da muss man schauen, wie gut das so ankommt.“ Denn bei allen gemeinsamen Anstrengungen, sei eines auch sicher. „Jeder möchte doch schließlich ein bisschen die hellste Kerze auf der Torte sein“.

Panel 5

Diskussion und Ausblick – Die Digitalisierung des Gesundheitswesens – Wohin geht die Reise? Was benötigen die einzelnen Stakeholder für die Zukunft?

Karola Geiß-Netthöfel,
Regionaldirektorin des Regionalverband Ruhr (RVR)

Leif Grundmann,
Geschäftsführer MedEcon Ruhr

Die Möglichkeiten, die Ideen, die Kompetenz – all das ist da. Doch wie lassen sich die unterschiedlichen Initiativen zur digitalen Gesundheitswirtschaft in der Metropole Ruhr zusammenbringen? Wie wird aus Einzelplayern, aus „53 Musketieren“, wie Prof. Dr. Julia Frohne es formuliert hatte, ein erfolgreiches Team? Ein erster Schritt, so RVR-Regionaldirektorin Karola Geiß-Netthöfel, müsse darin bestehen, die Wahrnehmung gezielt auf vorhandene Potenziale zu lenken. „Das ist ja bei uns immer so. Wir haben ganz viel, aber es ist wenig sichtbar. Wir müssen deshalb die vielen guten Dinge, die es hier schon gibt, bekannt machen, wir müssen voneinander erfahren.“

Stichwort: Wasserstoff-Kompetenzzentrum. Ein solches Modell, so Geiß-Netthöfel, sei als Fixpunkt auch für den Bereich Digital Health denkbar – und wünschenswert. Die erste gemeinsame Konferenz zum Thema könnte daher der entscheidende Auftakt gewesen sein für weitere kollektive Kraftanstrengungen. „Ich glaube, dass wir jetzt einfach weitermachen müssen.“ Als zentraler Partner in diesem Prozess biete sich beispielsweise MedEcon an, „mit denen wir seit vielen Jahren eng zusammenarbeiten“. Hier werde Fachkompetenz gezielt gebündelt – und das sei ein wesentlicher Aspekt der weiteren Entwicklung: „Wir müssen die vielen Initiativen in der Metropole Ruhr besser koordinieren.“ Auch bei Hydrogen Metropole Ruhr sei die Frage aufgetaucht, „warum bei mehr als 14 Initiativen zum Thema Wasserstoff jetzt auch noch der RVR eine Koordinierungsstelle einrichten muss“. Doch es gehe darum, Akteur*innen zusammenzuführen und öffentliche Plattformen für das Thema zu generieren – originäre Zielsetzungen des RVR. „Und so könnte ich mir das hier auch vorstellen, dass man gemeinsam mit MedEcon versucht, das ganze Thema nochmal breiter sichtbar zu machen und vielleicht auch an manchen Stellen dann etwas schneller voranzukommen“.

Der Aufschlag ist gemacht. Doch ohne Beteiligung auch des kommunalen Sektors, so Leif Grundmann, Geschäftsführer von MedEcon Ruhr, sei das gesteckte Ziel nicht zu realisieren. „Der kommunale Ast ist das, was dem Bereich der Akteur*innen bislang fehlt.“ Gefordert sei mehr Kooperations- und Öffnungsbereitschaft nach außen, sei „ein politisches Signal für eine datenorientierte Region“. Städte und Gemeinden lösten ihre Probleme gemeinhin „nicht gemeinsam mit den Nachbarkommunen“ oder tauschten Daten aus. „Und das ist natürlich etwas, was uns jetzt sozusagen auf die Füße fällt oder was sich als Riesenchance ergibt, wenn wir es schaffen, die Kommunen mit in die sowieso schon aufstrebenden Digitalisierungstendenzen und Netzwerke einzuweben“. Sein Appell: „Wir müssen uns um die Daten dieser Region kümmern und das insbesondere im Bereich Gesundheit. Diese Daten zu nutzen, ist eine Riesenchance für jeden Akteur, jede Akteurin, für jede einzelne Stadt, für jeden einzelnen Kreis. Aber es ist eben auch eine Riesenchance für die Region, diese Daten gemeinsam zu nutzen.“

Wie aber lässt sich ein solcher Anspruch mit den Bereichen Datensicherheit und Datenschutz vereinbaren? Indem man, so Geiß-Netthöfel, auch diese Themen offener und vertrauensvoller angehe. Die Metropole Ruhr sei in puncto Datensicherheit etwa mit dem Institut für Internet-Sicherheit an der Westfälischen Hochschule oder dem Institut für IT-Sicherheit an der Ruhr-Universität Bochum gut aufgestellt. Das Thema Datenschutz wiederum dürfe man „im Interesse der Menschen nicht überbewerten“. Beispiel Dänemark: „Dort gibt es ja offensichtlich ein ganz anderes Vertrauen. Auch ich halte sehr viel von Datenschutz. Aber ich kann ja als Patientin auch mal freiwillig meine Einwilligung geben und sagen: Ich möchte, dass in meinem Interesse auch Daten weitergegeben werden.“ Gesundheitsdaten seien unzweifelhaft die „sensibelsten Daten“ eines Menschen. „Aber wenn wir weiterkommen wollen, müssen wir an dieser Stelle auch ein bisschen offener werden. Sonst wird das nicht funktionieren. Und da müssen wir in die Diskussion gehen und mit den Menschen reden.“

„Wir müssen die vielen Initiativen in der Metropole Ruhr besser koordinieren.“

Karola Geiß-Netthöfel, Regionalverband Ruhr

„Wir müssen uns um die Daten dieser Region kümmern und das insbesondere im Bereich Gesundheit. Diese Daten zu nutzen, ist eine Riesenchance für jeden Akteur, jede Akteurin, für jede einzelne Stadt, für jeden einzelnen Kreis. Aber es ist eben auch eine Riesenchance für die Region, diese Daten gemeinsam zu nutzen.“

Leif Grundmann, MedEcon Ruhr

Letztendlich, so Grundmann, liege auch in dieser Herausforderung eine enorme Chance. Denn anders als in Dänemark, wo der Staat allen Krankenhäusern ein gemeinsames technisches System vorgibt, wo Gesundheitsdaten folglich in einem relativ geschlossenen, relativ sicheren Kreislauf bearbeitet werden, sei die Ausgangssituation in Deutschland und der Metropole Ruhr eine ganz andere: „Wir müssen bei der digitalen Transformation unserer Region auf unheimlich viele verschiedene Systeme Rücksicht nehmen, die wir miteinander verbinden wollen. Wir müssen also Schnittstellen schaffen zwischen den vielen verschiedenen Lösungen. Das muss die Stärke unserer Region werden.“ Datensicherheit sei dann quasi das Ad-on im Gesamtpaket, habe die Metropole Ruhr doch mit etablierten Institutionen und zahlreichen Start-ups auch in diesem Feld eine wichtige Expertise. „Wir beginnen gerade damit, diese Unternehmen mit der Gesundheitsbranche zu matchen. Die lernen voneinander. Denn die IT weiß nicht automatisch, wie die Telematikinfrastruktur funktioniert. Wir bringen die verschiedenen Expert*innen also in Kontakt und lassen sie IT-Sicherheitslösungen für Digital Health entwickeln. Und damit kann die Region dann punkten, vor Ort, im Export oder eben in der Dienstleistung für ganz Deutschland.“

Gebraucht werde jetzt, so das abschließende Fazit von Karola Geiß-Netthöfel, „eine überzeugende Argumentation für unsere Politik“. Stichwort: Lobbyarbeit – und das auf allen Ebenen: beim Land, beim Bund, bei der EU. Bei letzterer stehe Ende November der nächste Termin an. Aktuell gehe es jetzt an die Auswertung der Premierveranstaltung, die Formulierung eines politischen Vorschlags in Sachen Koordinierung – „hier würde ich mich sicherlich auch noch einmal mit MedEcon abstimmen“ – und dann auch an den Versuch, „entsprechende Haushaltsmittel zu besorgen“. Nicht zuletzt für das Personal, das notwendig sei, um den Prozess in Gang und das Thema Digital Health in der Metropole Ruhr weiter voranzubringen. Kurz: Das Thema bleibt auf der Tagesordnung, und die Beteiligten bleiben im Gespräch. Vielleicht auch im Rahmen einer neuen Veranstaltungsreihe.

Prof. Dr. Ada Pellert,
Prof. Dr. Andreas Meyer-Falcke,
Karola Geiß-Netthöfel,
Prof. Dr. Julia Frohne,
Leif Grundmann (von links nach rechts),
© FernUniversität in Hagen



Impressum

Regionalverband Ruhr
Die Regionaldirektorin
Kronprinzenstraße 35
D-45128 Essen

Fon +49 (0) 201.2069-0
Fax +49 (0) 201.2069-500
www.rvr.ruhr
info@rvr.ruhr

Redaktion

Redaktionsbüro Schacht 11
Zollverein 4/5/11
Katernberger Straße 107
45327 Essen
redaktion@schacht11.de

Mitwirkung

Kathrin Geyer (RVR),
Lea Pauly (RVR)

Gestaltung

Referat Strategische Entwicklung
und Kommunikation,
Team Kommunikationsdesign,
Regionalverband Ruhr

Titelfoto

© Markt1-Verlag

Fotos Innenteil

© FernUniversität in Hagen

Essen, Juni 2022

Der Regionalverband Ruhr im
Netz: **www.rvr.ruhr**