

Bedarfsgerechte, sektorenverbindende Patient*innenversorgung mit digitaler Unterstützung

Prof. Dr. phil. Gabriele Meyer
Institut für Gesundheits- und Pflegewissenschaft
Medizinische Fakultät



MARTIN-LUTHER-UNIVERSITÄT
HALLE-WITTENBERG

Fragmentierte Versorgung



MEHR FORTSCHRITT WAGEN

***BÜNDNIS FÜR
FREIHEIT, GERECHTIGKEIT
UND NACHHALTIGKEIT***

***KOALITIONSVERTRAG ZWISCHEN
SPD, BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN UND FDP***

Um die Ambulantisierung bislang unnötig stationär erbrachter Leistungen zu fördern, setzen wir zügig für geeignete Leistungen eine **sektorengleiche Vergütung** durch sogenannte Hybrid-DRG um. Durch den Ausbau **multiprofessioneller, integrierter Gesundheits- und Notfallzentren** stellen wir eine **wohntnahe, bedarfsgerechte, ambulante und kurzstationäre Versorgung** sicher und fördern diese durch spezifische Vergütungsstrukturen. Zudem erhöhen wir die Attraktivität von bevölkerungsbezogenen Versorgungsverträgen (Gesundheitsregionen) und weiten den gesetzlichen Spielraum für Verträge zwischen Krankenkassen und Leistungserbringern aus, um innovative Versorgungsformen zu stärken. In besonders benachteiligten Kommunen und Stadtteilen (5 Prozent) errichten wir niedrigschwellige Beratungsangebote (z.B. Gesundheitskioske) für Behandlung und Prävention. **Im ländlichen Raum bauen wir Angebote durch Gemeindeschwestern und Gesundheitslotsen aus.** Die ambulante Bedarfs- und stationäre Krankenhausplanung entwickeln wir gemeinsam mit den Ländern zu einer **sektorenübergreifenden Versorgungsplanung** weiter.

Gesundheitliche und pflegerische Versorgung muss **zukunftssicher, bedarfsgerecht und wohnortnah** sein. Dafür werden wir die **sektorenübergreifende Versorgung weiter stärken**, auch durch mehr Spielräume für regionale Modellprojekte und verbindliche Mitgestaltungsmöglichkeiten.

Alle Menschen in Deutschland sollen gut versorgt und gepflegt werden – in der Stadt und auf dem Land. Wir wollen einen **Aufbruch in eine moderne sektorenübergreifende Gesundheits- und Pflegepolitik** und ziehen Lehren aus der Pandemie, die uns die Verletzlichkeit unseres Gesundheitswesens vor Augen geführt hat. Wir sorgen für eine **bedarfsgerechte Gesundheitsversorgung** und eine menschliche und qualitativ hochwertige Medizin und Pflege. Wir verbessern die Arbeitsbedingungen der Gesundheitsberufe und Pflegekräfte. Wir ermöglichen Innovationen und **treiben die Digitalisierung** voran. Grundlage für all dies ist eine auf lange Sicht stabile Finanzierung des Gesundheitswesens und der Pflege.



**MEHR
FORTSCHRITT
WAGEN**

BÜNDNIS FÜR
FREIHEIT, GERECHTIGKEIT
UND NACHHALTIGKEIT

Projektname

Förderbereich

Versorgungsbereich

[Filter anwenden](#) oder [zurücksetzen](#)



**Gemeinsamer
 Bundesausschuss**
 Innovationsausschuss

20 Ergebnisse

ERIC – Enhanced Recovery after Intensive Care

ESC+ – Evaluation des bestehenden Selektivvertrages nach § 140a SGB V – careplus

DELIVER – Determinanten für leitlinieninkongruente Versorgung von älteren Krebspatienten in der GKV

EyeLLIS – Eyetracking-basierte Erhebung der Lebensqualität von Patienten mit Locked-in-Syndrom

Notfall- und Akutversorgung Brandenburg - Bestandsaufnahme und Weiterentwicklung der Notfall- und Akutversorgung im Land Brandenburg

OSCAR – Onkologisches Social Care Projekt der BKK

AMTS in utero – Untersuchungen zur Arzneimitteltherapiesicherheit in der Schwangerschaft basierend auf Routinedaten in Deutschland

VESPEERA – Versorgungskontinuität sichern – Patientenorientiertes Einweisungs- und Entlassmanagement in Hausarztpraxen und Krankenhäusern

P-AK – Psychotherapeutische Abendklinik: Neue Versorgungsform für depressive Patienten

PV-Monitor – Nutzung von Routinedaten zur Pharmakovigilanz in Deutschland: Methodenentwicklung und erste Anwendungen

LandRettung – Zukunftsfeste notfallmedizinische Neuausrichtung eines Landkreises

Telnet@NRW – Telemedizinisches, intersektorales Netzwerk als neue digitale Struktur zur messbaren Verbesserung der wohnortnahen Gesundheitsversorgung

QS-Notfall – Verbesserung der Notfallversorgung von Herzinfarktpatienten in Berlin und Brandenburg

PIM-STOP – Vergleich der prädiktiven Validität von Instrumenten zur Bestimmung potenziell inadäquater Medikation bei Älteren

DEWI – Determinanten bei der Versorgung von Patienten mit Wirbelsäulenoperation

Telenotarzt Bayern – Pilotprojekt zur telemedizinischen Unterstützung der Notfallversorgung im Rettungsdienst einer ländlich strukturierten Region

EMSE – Entwicklung von Methoden zur Nutzung von Routinedaten für ein Sektorenübergreifendes Entlassmanagement

HIOPP-6 – Projekt aus dem HIOPP Forschungsverbund: Hausärztliche Initiative zur Optimierung der Patientensicherheit bei Polypharmazie - Komplexitätsreduktion in der Polypharmazie unter Beachtung von Patientenpräferenzen

NoMiG – Notfallversorgung von Migranten und Geflüchteten

PROPERmed – Entwicklung eines Instruments zur Identifikation von multimorbiden Hochrisikopatienten für negative Folgen von Multimedikation

Innovationsfonds bietet Chancen, Sektorengrenzen zu überwinden

Gesundheitsökonom Professor Wolfgang Greiner spricht sich auf dem [Medica Econ Forum](#) gegen das Ende des Innovationsfonds 2024 aus. Er biete Chancen die Sektorengrenzen zu überwinden. Trotzdem treten nach der Förderung Probleme auf.



Professor Wolfgang Greiner vom Sachverständigenrat für das Gesundheitswesen lobt den Innovationsfonds. © [Metodi Popow / SZ Photo / picture alliance](#)

Düsseldorf. Der Innovationsfonds sollte angesichts seines großen Potenzials weiterentwickelt und verstetigt werden, findet Professor Wolfgang Greiner. „Der Innovationsfonds birgt hohe Chancen für die Überwindung von Sektorengrenzen. Es ist wichtig, dass er länger existiert“, sagte Greiner auf dem [Medica Econ Forum](#) der Techniker Krankenkasse.

Der Gesundheitsökonom von der Universität Bielefeld kennt sich gut mit dem Thema aus, ist er doch selbst an vielen Innovationsfonds-Projekten beteiligt. Der Fonds läuft bis 2024. Bis dahin werden rund 2,2 Milliarden Euro in Projekte zu neuen Versorgungsformen und Versorgungsforschung geflossen sein.

„Bei fast allen neuen Versorgungsformen geht es darum, mehr Zusammenarbeit zu schaffen“, sagte Greiner. Nach dem Ende der Förderung stellt sich die große Frage: Wie geht es weiter mit den Initiativen? „Zurzeit ist es praktisch unmöglich, andere mit einer Co-Finanzierung ins Boot zu holen.“

Mehr Flexibilität bei Förderdauer

Er warb für größere Flexibilität bei der Förderdauer. Bei den neuen Versorgungsformen ist vorgesehen, dass der Innovationsausschuss drei Monate nach Vorliegen des Evaluationsberichts entscheidet, ob es eine Empfehlung zur Überführung in die Regelversorgung gibt, eine Empfehlung zur Überführung „wirksamer Teile“ oder keine Empfehlung. Soll das Projekt ganz oder in Teilen in die Regelversorgung fließen, muss der Gemeinsame Bundesausschuss dafür innerhalb eines Jahres die Regeln festlegen.

„Dann ist vieles von dem, was man aufgebaut hat, nicht mehr vorhanden“, warnte Greiner. Er hält die Schaffung von Plattformen für den Wissenstransfer für sinnvoll, damit Interessierte Zugang zu den Erkenntnissen aus den Projekten erhalten. Die einzelnen Ideen sollten gut aufbereitet werden. Dann könnte man sehen, wer sie umsetzen möchte. So könnten mehr Erfahrungen gesammelt werden. „Je vernetzter und komplexer ein Projekt ist, desto schwieriger ist die Übertragung.“

Sektorenübergreifende umfassende ePA



gematik GmbH

- Minimierung von Mehrfachuntersuchungen und damit unnötigen Belastungen – z. B. durch Röntgenstrahlen für das Individuum, durch Mehrfachabrechnung für die Solidargemeinschaft
- Patientenindividuelle Verfügbarkeit, Verknüpfung und Auswertung von Daten kann zu einer personalisierten Versorgung unter Beachtung der einschlägigen Leitlinien und Evidenz beitragen



14:20 Uhr | **Die Elektronische Patientenakte – Baustein einer besseren Patientenversorgung?**

Mira Faßbach, Fachärztin für Urologie und Max Tischler, Facharzt für Dermatologie, Bündnis Junge Ärzte



Gernot Marx · Rolf Rossaint
Nikolaus Marx *Hrsg.*

Telemedizin

Grundlagen und praktische Anwendung
in stationären und ambulanten
Einrichtungen

Vorwort

Welcome to the future!

- Telemedizin ermöglicht eine Patientenversorgung unabhängig von Raum und Zeit unter Zuhilfenahme moderner Informations- und Kommunikationstechnologien.
- Telemedizin stellt Expertenwissen zeitnah und bedarfsgerecht zur Verfügung.
- Telemedizin ermöglicht sektorenübergreifende interdisziplinäre Zusammenarbeit durch strukturierte Vernetzung der Behandler.

telemedicine



Search

[Advanced](#) [Create alert](#) [Create RSS](#)

[User Guide](#)

Save

Email

Send to

Sorted by: Best match

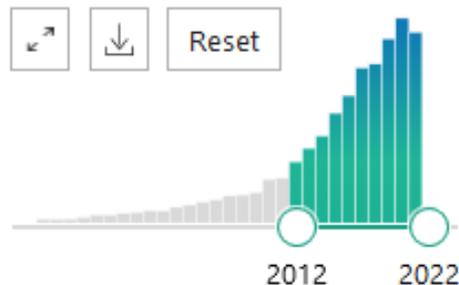
Display options

MY NCBI FILTERS

4,553 results

Page 1 of 456

RESULTS BY YEAR



Filters applied: Clinical Trial, Meta-Analysis, Randomized Controlled Trial, Systematic Review, in the last 10 years.
[Clear all](#)

- Evaluating barriers to adopting **telemedicine** worldwide: A systematic review.
1 Scott Kruse C, Karem P, Shifflett K, Vegi L, Ravi K, Brooks M.
Cite J Telemed Telecare. 2018 Jan;24(1):4-12. doi: 10.1177/1357633X16674087. Epub 2016 Oct 16.
PMID: 29320966 [Free PMC article.](#) [Review.](#)
Share Introduction and objective Studies on **telemedicine** have shown success in reducing the

Definition

WHO:

The delivery of health care services, where **distance is a critical factor**, by **all health care professionals** using information and communication technologies for the exchange of valid information for **diagnosis, treatment and prevention of disease and injuries, research and evaluation**, and for the continuing **education of health care providers**, all in the interests of advancing the health of individuals and their communities.

BÄK:

Telemedizin ist ein Sammelbegriff für verschiedenartige **ärztliche Versorgungskonzepte**, die als Gemeinsamkeit den prinzipiellen Ansatz aufweisen, dass medizinische Leistungen der Gesundheitsversorgung der Bevölkerung in den Bereichen **Diagnostik, Therapie und Rehabilitation** sowie bei der **ärztlichen Entscheidungsberatung** über **räumliche Entfernungen (oder zeitlichen Versatz)** hinweg erbracht werden. Hierbei werden Informations- und Kommunikationstechnologien eingesetzt.

Definitionen

- Telekooperation
- Teletherapie
- Telemonitoring

Intensivmedizin
Anästhesiologie
Schmerztherapie
Kardiologie
Notfallmedizin
Palliativmedizin
Radiologie
Neurologie
Traumatologie
Psychiatrie
Hämatologie und Onkologie
...



Telemedizin – Bewertung des Nutzens

Daniel Gensorowsky, Michael Dörries und Wolfgang Greiner

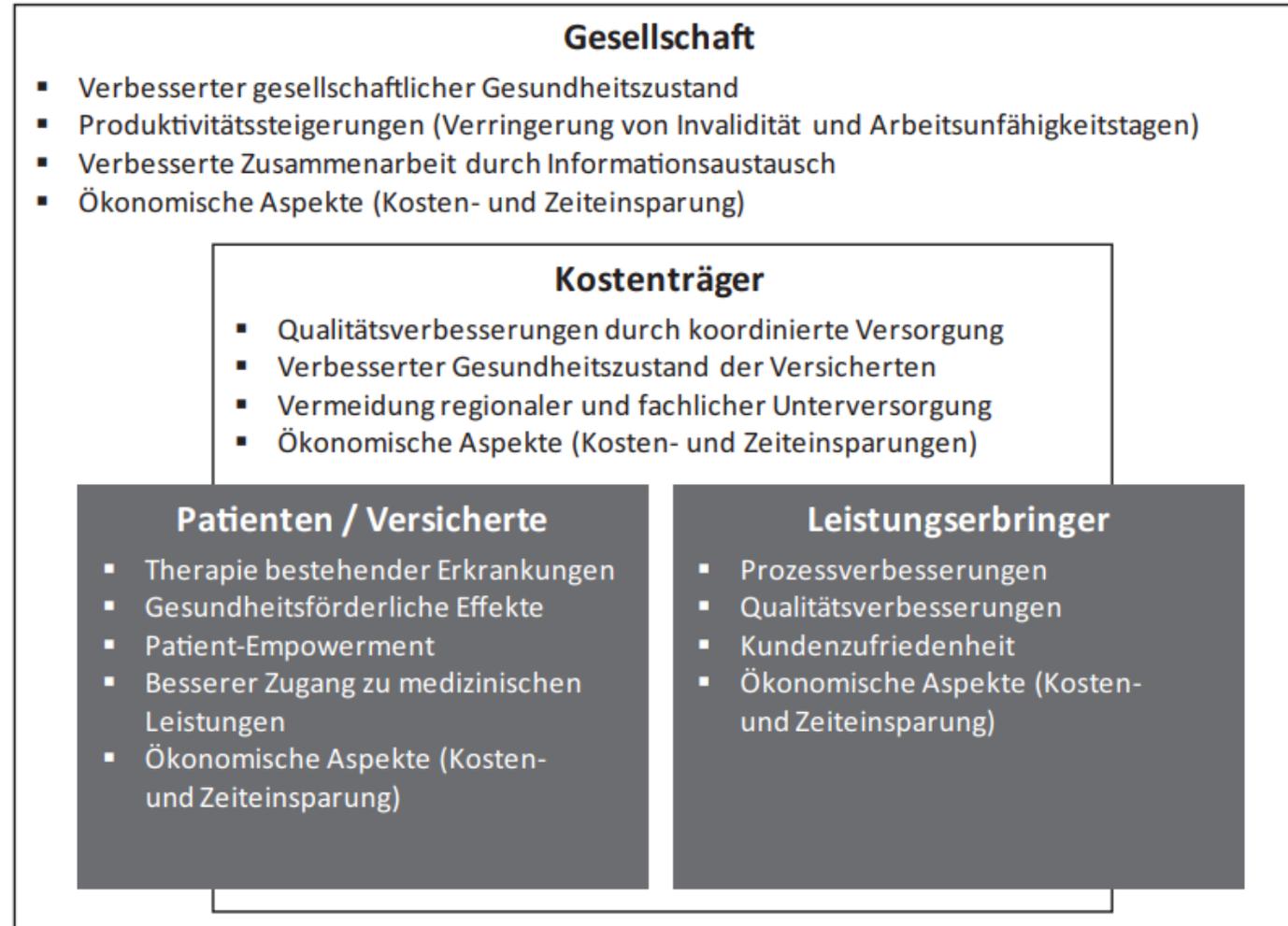
Tab. 43.3 Komplexitätsdimensionen von Arzneimitteln und Telemedizin im Vergleich

	Arzneimittel	Telemedizin
Komplexität der Intervention	<ul style="list-style-type: none"> ↓ Singuläre Intervention ↓ Feste Einnahmenvorgaben ↑ Komplexe (biologische) Wirkungsmechanismen 	<ul style="list-style-type: none"> ↑ Vielzahl (technischer) Anwendungskomponenten ↑ Verschiedene direkte Interaktionen der Nutzer ↑ Anpassungs- und Individualisierungsmöglichkeiten
Komplexität des Systems	<ul style="list-style-type: none"> ↓ Geringe Zahl beteiligter Akteure ↓ Klar definiertes Setting (Laborbedingungen) im Rahmen von Evaluationsstudien 	<ul style="list-style-type: none"> ↑ Vielzahl beteiligter Akteure ↑ Integration in bestehende (historisch gewachsene) Prozesse ↑ Einfluss individueller Kontextfaktoren
Dynamik der Entwicklung	<ul style="list-style-type: none"> ↓ Lange Entwicklungszyklen ↓ Entwicklung bei Implementierung i. d. R. abgeschlossen 	<ul style="list-style-type: none"> ↑ Kurze Entwicklungszyklen ↑ Weiterentwicklung auch nach Implementierung (z. B. Updates) ↑ Veränderung/Normalisierung der Nutzungsweise (z. B. durch Lernprozesse)

↑ Komplexitätsfördernd; ↓ komplexitätssenkend

Telemedizin – Bewertung des Nutzens

Daniel Gensorowsky, Michael Dörries und Wolfgang Greiner



Nutzen der Telemedizin aus verschiedenen Perspektiven

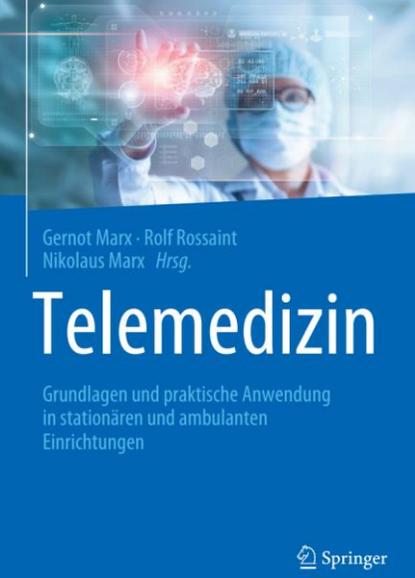
RESEARCH

Open Access

Quality indicators of telemedical care offshore—a scoping review

Michael Hellfritz^{*}, Alexander Waschkau and Jost Steinhäuser





Qualitätssicherung in der Telemedizin

Rainer Beckers und Lisa Stellmacher

Systematische Übersichtsarbeit (SR) über SRs und Metaanalysen

- Studien mit positiven Effekten überwiegt
- Insbesondere Telemonitoring chronischer Erkrankungen sowie der Telekooperation (Telekonsile) weisen positive Effekte auf
- Auswirkungen des Einsatzes telemedizinischer Anwendungen auf Monitoring therapierrelevanter Vitalwerte bei chronischen Erkrankungen häufig untersucht
- Signifikante Effekte beim allgemeinen Krankheitsmanagement (z. B. Eigenwissen des Patienten, frühzeitige Symptomerkennung, Therapieadhärenz und Optimierung bzw. Einhaltung der Medikation)
- Zugang zu hochspezialisierten Gesundheitsleistungen für den Patienten durch die orts- und zeitunabhängige Bereitstellung von Expertenwissen v. a. in Akutsituationen deutlich erleichtert
- Versorgung ländlicher oder unterversorgter Gebiete kann gestützt werden
- Teilweise deutliche Effekte hinsichtlich Patienten-relevanter Endpunkte, z.B. Mortalität, Hospitalisierungs- und Rehospitalisierungsrate, Dauer von Krankenhausaufenthalten, Frequenz von Arztbesuchen, Lebensqualität, sowie Kosten

Qualitätssicherung in der Telemedizin

Rainer Beckers und Lisa Stellmacher

■ Tab. 3.2 Mögliche Qualitätsindikatoren

Strukturqualität	Prozessqualität	Mögliche Ergebnisqualität
Ärztliche Leitung	Reaktionszeiten	Rezidivrate
Telemedizinische Zusatzqualifikation	24-7-Bereitschaft	Compliance
Weiterbildung in Gesprächsführung	Datenqualität	Rehospitalisierungsrate
Facharztstandard	Leitlinienkonformität	Patientenzufriedenheit
Sichere Infrastruktur	Datenschutz	Leitlinienadhärenz
Vernetzte Telemedizinakte	Verfügbarkeit	Nebenwirkungen

Efficacy of telemedical interventional management in patients with heart failure (TIM-HF2): a randomised, controlled, parallel-group, unmasked trial



Friedrich Koehler, Kerstin Koehler, Oliver Deckwart, Sandra Prescher, Karl Wegscheider, Bridget-Anne Kirwan, Sebastian Winkler, Eik Vettorazzi, Leonhard Bruch, Michael Oeff, Christian Zugck, Gesine Doerr, Herbert Naegele, Stefan Störk, Christian Butter, Udo Sechtem, Christiane Angermann, Guntram Gola, Roland Prondzinsky, Frank Edelmann, Sebastian Spethmann, Sebastian M Schellong, P Christian Schulze, Johann Bauersachs, Brunhilde Wellge, Christoph Schoebel, Milos Tajsic, Henryk Dreger, Stefan D Anker, Karl Stangl**



Messgeräte der Fontane-Studie/Möller Charité

Medizin

Telemedizin verlängert Leben von Herzpatienten

Montag, 27. August 2018

Fachärzte überwachen Messwerte rund um die Uhr

Nationale VersorgungsLeitlinie

Chronische Herzinsuffizienz

Langfassung



3. Auflage, Version 3
(Aktualisierung des Amendments zu
SGLT2-Inhibitoren, 2021)
AWMF-Register-Nr. nvl-006

Träger:

Bundesärztekammer

Kassenärztliche Bundesvereinigung

Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen
Medizinischen Fachgesellschaften

© 2019 äzq

Empfehlungen/Statements

Empfehlungs- grad

12-13

Patienten mit chronischer Herzinsuffizienz sollten in ein strukturiertes Versorgungskonzept eingebunden werden. Dieses sollte folgende Bestandteile umfassen:

- die leitliniengerechte Diagnostik und Therapie;
- die koordinierte multidisziplinäre Versorgung mit regelmäßigen Terminen und direktem Arzt-Patienten-Kontakt;
- kontinuierliche Schulungen zur Verbesserung von Selbstmanagement-Fähigkeiten und Adhärenz.

Dabei sollte das Konzept so flexibel gestaltet sein, dass die Bedürfnisse des individuellen Patienten berücksichtigt werden.



12-14

Patienten mit einem erhöhten Mortalitäts- oder Hospitalisierungsrisiko (z. B. Zustand nach Dekompensation, komplikationsträchtige Komorbiditäten, Progredienz bei NYHA \geq III) sollen – neben einer verstärkten häuslichen Betreuung durch Hausärzte – eine intensivierete Betreuung erhalten, beispielsweise mit folgenden ergänzenden Komponenten:

- Betreuung der Patienten durch spezialisierte Pflegekräfte;
- strukturierte telefonische Betreuung;
- Telemonitoring.



Chronische
Herzinsuffizienz

Langfassung

3. Auflage, Version 3
(Modifizierung der 2. Auflage vom 22.
05.12.2016 (M16))
AWMP-Registrier-Nr. n1-006

Träger:
Bundesärztekammer
Kassenärztliche Bundesvereinigung
Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen
Medizinischen Fachgesellschaften

© 2019 

- Koordination der Versorgung (inklusive Entlassungsplanung)
- Verlaufskontrollen (persönlich, telefonisch, elektronisch)
- Titrierung der Medikamente
- Edukation und Beratung, Unterstützung Angehöriger

12.3.1 Spezialisierte nicht-ärztliche Versorgung

Die spezialisierte nicht-ärztliche Versorgung ist international häufig Bestandteil strukturierter Konzepte zur Versorgung von Herzinsuffizienzpatienten. Die Aufgaben der spezialisierten Gesundheits- und Krankenpfleger (Nurse practitioners) umfassen dabei – in unterschiedlicher Kombination und Ausprägung – die Koordination der Versorgung (inklusive der Entlassungsplanung bei klinikbasierten Ansätzen), Verlaufskontrollen (persönlich, telefonisch oder elektronisch), Titrierung von Medikamenten und die Unterstützung der Patienten und deren Angehörige bei der Integration des komplexen Krankheitsmanagements in den Alltag. Ein besonderer Aufgabenschwerpunkt liegt zudem auf der Patientenedukation (Schulung, Beratung, Information), die laut Krankenpflegegesetz einen expliziten Aufgabenbereich examinierter Pflegekräfte in Deutschland darstellt (vgl. KrPflG 2003, §3).

Eine systematische Recherche nach Übersichtsarbeiten zur spezialisierten nicht-ärztlichen Versorgung zeigt deren Effektivität: [574,582–585]. So wurden in der Metaanalyse von Studien, in denen Hausbesuche durch spezialisierte Pflegekräfte oder Apotheker erfolgten, Rehospitalisierungen insgesamt signifikant reduziert (RR 0,75 (95% KI 0,68; 0,86); ARR 10,11%, NNT 10) und es ergab sich ein Mortalitätsbenefit (RR 0,77 (95% KI 0,60; 0,997); ARR 3,12%, NNT 33) [574].

Auch in Deutschland wurden Versorgungsmodelle, die eine spezialisierte nicht-ärztliche Betreuung der Herzinsuffizienz-Patienten als Haupt- oder Nebenkomponente enthielten, in randomisierten Studien eingesetzt [470,577,578,580,586–588] u. a.), und spezialisierte Pflegekräfte sind aktuell auch Bestandteil einiger staatlicher oder durch Krankenkassen initiiertes Versorgungsprogramme (z. B. CCS Telehealth Ostsachsen, Cordiva®, Heitel, HerzNetzKöln u. a.).

Neben der Versorgung durch spezialisierte Gesundheits- und Krankenpfleger ist grundsätzlich auch die Betreuung der Patienten durch speziell qualifizierte medizinische Fachangestellte („Versorgungsassistentinnen“ o. Ä.) denkbar.



Contents lists available at [ScienceDirect](#)

Heart & Lung

journal homepage: www.heartandlung.org



AAHFN Leadership Message

Heart Failure Nursing Certification



European Journal of Heart Failure (2016)

doi:10.1002/ejhf.568

Heart Failure Association of the European Society of Cardiology heart failure nurse curriculum

Jillian P. Riley^{1*}, Felicity Astin², Marisa G. Crespo-Leiro³, Christi M. Deaton⁴, Jens Kienhorst⁵, Ekaterini Lambrinou⁶, Theresa A. McDonagh⁷, Claire A. Rushton⁸, Anna Stromberg⁹, Gerasimos Filippatos¹⁰, and Stefan D. Anker¹¹

¹Imperial College, Dovehouse Street, London, SW3 6NP, UK; ²University of Salford, UK; ³Universitario A Coruña, Spain; ⁴University of Cambridge School of Clinical Medicine, UK; ⁵Elisabeth-Krankenhaus Essen, Germany; ⁶Cyprus University of Technology, Cyprus; ⁷King's College Hospital, London, UK; ⁸Keele University, Staffordshire, UK;

⁹Department of Medical and Health Sciences, Linköping University, Sweden; ¹⁰Department of Cardiology, Hospital Attikon, Athens, Greece; and ¹¹Department of Innovative Clinical Trials, University Medical Centre Göttingen (UMG), Göttingen, Germany

Comparative effectiveness of transitional care services in patients discharged from the hospital with heart failure: a systematic review and network meta-analysis

Harriette G.C. Van Spall^{1,2*}, Tahseen Rahman², Oliver Mytton³,
Chinthanie Ramasundarahettige¹, Quazi Ibrahim¹, Conrad Kabali⁴,
Michiel Coppens⁵, R. Brian Haynes², and Stuart Connolly¹

Among services that significantly decreased **all-cause mortality** compared with usual care, **nurse home visits were most effective** [... relative risk (RR) 0.78, 95%confidence intervals (CI) 0.62–0.98], **followed by disease management clinics** (DMCs) (... RR 0.80, 95% CI 0.67–0.97). Among services that significantly decreased **all-cause readmission**, **nurse home visits were most effective** [... incident rate ratio (IRR) 0.65, 95%CI0.49–0.86], **followed by nurse case management** (NCM) (... IRR 0.77, 95%CI 0.63–0.95), and DMCs (... IRR 0.80, 95%CI0.66–0.97). **Nurse home visits had the greatest pooled cost-savings ...**



Telepflege – Telemedizin in der Pflege

Rainer Beckers und Veronika Strotbaum

- 23.3 Praktische Anwendungsfelder als Beispiel für den Nutzen von Telepflege – 261**
 - 23.3.1 Palliativnetz Bochum – 261
 - 23.3.2 Wundversorgung mittels der elektronischen Visite im Pflegeheim – 262
 - 23.3.3 Telehomecare – Telemedizin zur Unterstützung der außerklinischen Beatmung – 264

Medikamente kommen per Drohne

1. April 2021, 8:24 Uhr | dpa/newsdesk ha



© Jan Woitas/dpa-Zentralbild/dpa

Eine Drohne für den Transport von Medikamenten fliegt über den Weinberg Campus. Am gleichen Tag wurde an der Universität in Halle ein Projekt zur Verteilung von Medikamenten via Drohne gestartet.

Projekt zur Apotheken-Drohnen-App in der Erprobung: immobile, pflegebedürftige und in ländlichen Regionen lebende Patienten sollen Medikamente per Drohne erhalten.

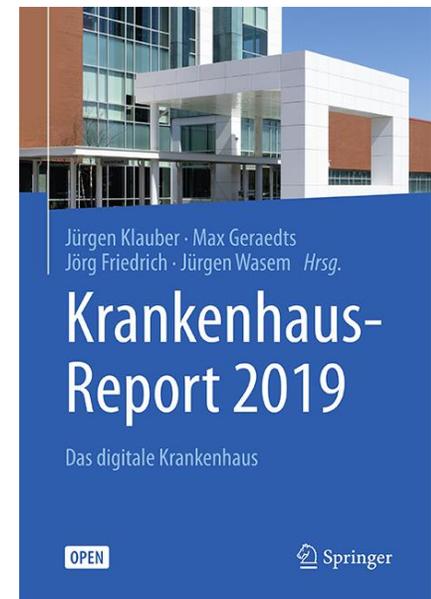


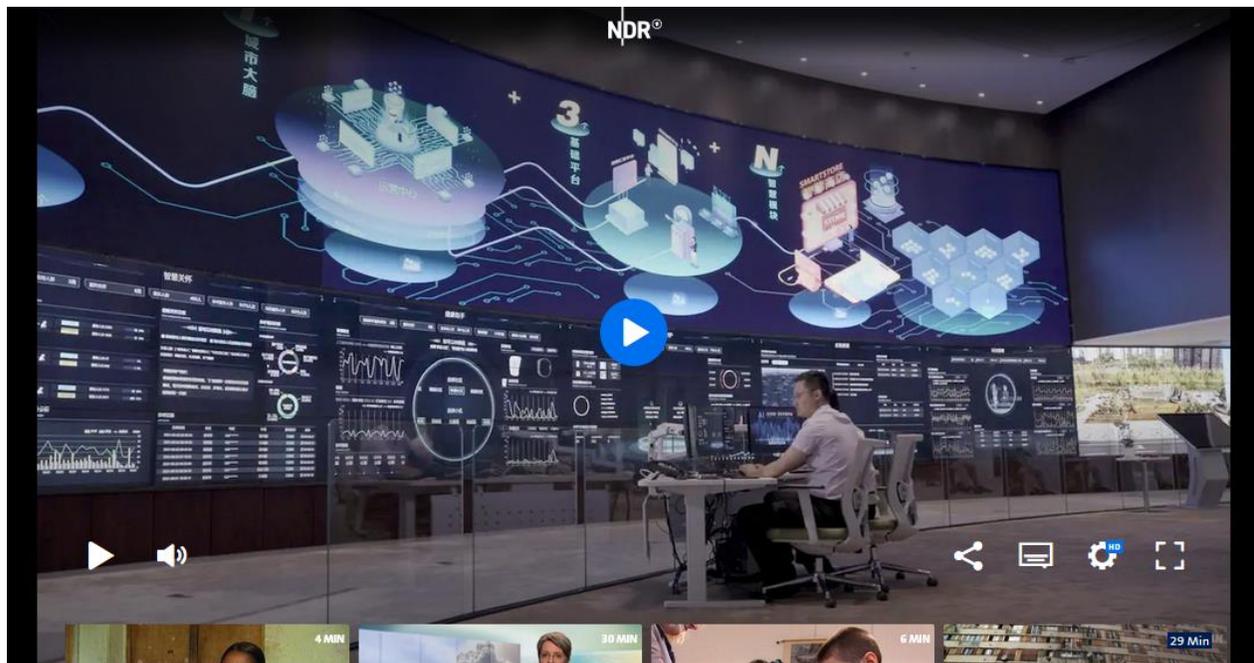
Der Einsatz von Servicerobotern bei Epidemien und Pandemien

Oliver Bendel 

Digitalisierung in der Pflege

- Informations- und Kommunikationstechnologien
- Robotik
- Assistenztechnologien





China: Hightech in Pflege und Altenheim

07.12.2021 · Weltbilder · NDR



Aus dem weißen runden Ei mit Kulleraugen tönt es: Es ist Zeit für deine Tabletten! Es ist der sprechende Mini-Roboter der 65-jährigen Liu Xiuhua. Sie hat ihn seit wenigen Monaten und ist begeistert. Denn der kleine Helfer hört ihr zu und registriert fürsorglich, was sie zu Hause tut. Er kann ihr sogar sagen, wo sie ihren Haustürschlüssel hingelegt hat, falls sie selbst es wieder mal vergessen hat. In China wird an der Zukunft der Altenversorgung gearbeitet. Ganz wichti...

Mehr anzeigen

Video verfügbar:

bis 07.12.2022 ·
23:25 Uhr

<https://www.youtube.com/watch?v=pepVK2-YW2o>

Digitale Gesundheitskompetenz

Digitalisierung für Gesundheit
**Ziele und Rahmenbedingungen eines
dynamisch lernenden Gesundheitssystems**

„Die **Fähigkeit**, das **Wissen** und die **Motivation, digitale Technologien** selbstbestimmt in den Bereichen der Gesundheitsförderung, Prävention und Krankheitsbewältigung zu **nutzen**. Hierzu gehört auch, mögliche gesundheitliche Gefahren durch die Nutzung digitaler Angebote erkennen und abwägen zu können.

Die digitale Gesundheitskompetenz befähigt Bürgerinnen und Bürger einschließlich Angehörige von Heilberufen, digitale Gesundheitsinformationen und -anwendungen zu **finden**, zu **verstehen**, zu **bewerten** und **anzuwenden**, um informierte Entscheidungen zu treffen.“

Kapitel 6: Digitale Gesundheitskompetenz

Digitalisierung für Gesundheit
Ziele und Rahmenbedingungen eines
dynamisch lernenden Gesundheitssystems

- **Empfehlungen** zur Verbesserung der Medienkompetenz und Urteilsfähigkeit
 - Bildungsangebote auf allen Ebenen und in allen Bereichen:
 - Befähigung der Lehrenden („train the trainer“)
 - Einbezug der notwendigen Fertigkeiten und Kompetenzen in Lehreinheiten, insbesondere im Bereich Medizin, Pflege und allen weiteren therapeutischen Berufe
 - Zielgruppenspezifische Angebote für verschiedene Bevölkerungsgruppen
 - Setzung von Rahmenbedingungen:
 - Gewährleisten eines niederschweligen Zugangs zu elektronischen Hilfsmitteln
 - Ermöglichung der Teilhabe an der technischen Entwicklung
 - Zugang zu evidenzbasierten verständlichen Angeboten

Lernumwelten/-prozesse

- Skills Lab
- Simulationsräume
- Digitale Lehr- und Lernformate
- Methoden der EbM
- Agile Curricula
- Aus-, Fort- Weiterbildungscurricula
- Qualifizierung der Multiplikatoren
- Kooperation der Heilberufe/multiprofessionelle Curricula
- Digitale Infrastruktur

- Digitale Medien und Kommunikationstools (digitale Präsentationstools, E-Mail, fachspezifische Datenbanken, digitale Texte)
- Soziale Kommunikationstools (Blogs, Chats, Foren, Microblogging, Soziale Netzwerke)
- Elektronische Prüfungssysteme (E-Assessment, E-Prüfung, E-OSCE)
- Audio/Videobasierte Medien und Tutorials (Podcasts, Screencasts)
- Interaktive Tools und Formate (Educational und Serious Games), interaktive fachspezifische Werkzeuge (z. B. virtuelle Patienten / Kliniken / Labore), Online-Office-Tools, Simulationen, Webkonferenzen, Wikis
- Immersive Technologien (virtuelle und augmentierte Realität)

Digitalisierung für Gesundheit

**Ziele und Rahmenbedingungen eines
dynamisch lernenden Gesundheitssystems**

Bachelor- und Masterprogramme für Digitale Gesundheit und
Medizin

Fachkraft für digitale Gesundheit, Prozessmanager für digitale
Gesundheit, Systemarchitekt für digitale Gesundheit (Kuhn et al.
2020)

Kapitel 6: Digitale Gesundheitskompetenz

Digitalisierung für Gesundheit

**Ziele und Rahmenbedingungen eines
dynamisch lernenden Gesundheitssystems**

- **Empfehlungen** zum Nationalen Gesundheitsportal:
 - politisch unabhängige Trägerschaft
 - werbefrei und adressatengerecht
 - Erstellung eines Methodenhandbuch zur Erstellung der Gesundheitsinformationen
 - Kriterien-gestützte Erstellung von qualitätsgesicherten und evidenzbasierten Gesundheitsinformationen
 - Vollständige und verständliche Darstellung von Nutzen und Schaden medizinischer Interventionen
 - regelmäßige Evaluation
 - Integration des App-Verzeichnisses in NGP
 - Einrichten eines Log-in zur ePA

Strategische Schwerpunkte SVR-Gutachten 2021

Digitalisierung für Gesundheit

Ziele und Rahmenbedingungen eines dynamisch lernenden Gesundheitssystems

- Schaffung der infrastrukturellen Rahmenbedingungen für Digitalisierung, insbesondere **Interoperabilität** und Standardisierung
- Gewährleistung der höchstmöglichen **Datensicherheit** und des **Datenschutzes**
- **Kommunikationsstrategie** insbesondere zur ePA
- **Niedrigschwelliger Zugang zur ePA** als Opt-out (**Widerspruchsmöglichkeit**)
- Verbesserungen der Forschungsbedingungen durch **Vereinheitlichung von Regelungen** und der Möglichkeit zur **Verknüpfung von Daten** auch außerhalb des SGB V
- Förderung der **digitalen Gesundheitskompetenz**, Zugang zu verständlichen **evidenzbasierten Gesundheitsinformationen** und Reduktion der gesundheitlichen und sozialen Ungleichheit
- Digitalisierung **nachhaltig** (langfristig, sozial ausgewogen und ressourcenschonend) umsetzen

PROCESS AND SYSTEMS Does telemedicine reduce the carbon footprint of healthcare? A systematic review

Authors: Amy Purohit,^A James Smith^B and Arthur Hibble^C

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit!

