



Strategie Gesundheit 2030

**präventiv und digital
vor ambulant vor stationär**

**Baden-Württemberg
Ministerium für Soziales,
Arbeit und Gesundheit**

Impressum

Herausgeber

Ministerium für Soziales, Arbeit und
Gesundheit Baden-Württemberg
Else-Josenhans-Straße 6
70173 Stuttgart
sm.baden-wuerttemberg.de

Redaktion

Ministerium für Soziales, Arbeit und
Gesundheit Baden-Württemberg
Referat 51: Grundsatz, Digitalisierung
im Gesundheitswesen

Gestaltung

Kreativ plus Gesellschaft für
Werbung und Kommunikation mbH
www.kreativplus.com

Bildnachweise

Titel: iStock, FatCamera; S. 4: Roland Geiger;
S. 11: iStock, amenic181; S. 14: iStock,
Chalirmpoj Pimpisarn; S. 16: iStock, svetikd;
S. 18: iStock, Fenton Roman; S. 19: iStock,
Rawf8; S. 22: iStock, romanshashko;
S. 25: iStock, SOMKID THONGDEE;
S. 30: iStock, gorodenkoff; S. 33: iStock,
skynesher; S. 34: iStock, Jacob
Wackerhausen; S. 43: iStock, Munthita
Lamlue; S. 48: iStock, Everyday better to do
everything you love; S. 52: Verena Müller;
S. 56: iStock, Jacob Wackerhausen;
S. 64: iStock, emicristea; S. 67: iStock,
nortonrsx; S. 71: iStock, Dragos Condrea;
S. 74: Verena Müller; S. 76: iStock,
gorodenkoff; S. 82: iStock, sanjeri;
S. 85: iStock, NanoStockk; S. 86: iStock,
utah778

Stand

September 2026

Verteilerhinweis

Diese Broschüre wird von der Landesregierung in Baden-Württemberg im Rahmen ihrer verfassungsmäßigen Verpflichtung zur Unterrichtung der Öffentlichkeit veröffentlicht. Sie darf weder von Parteien, noch von deren Kandidatinnen und Kandidaten oder Helferinnen und Helfern während eines Wahlkampfes zum Zwecke der Wahlwerbung verwendet werden. Dies gilt für alle Wahlen. Missbräuchlich ist insbesondere

die Verteilung auf Wahlveranstaltungen, an Informationsständen der Parteien sowie das Einlegen, Aufdrucken und Aufkleben parteipolitischer Informationen oder Werbemittel. Untersagt ist auch die Weitergabe an Dritte zur Zwecke der Wahlwerbung. Auch ohne zeitlichen Bezug zu einer bevorstehenden Wahl darf die vorliegende Druckschrift nicht so verwendet werden, dass dies als Parteinahme des Herausgebers zugunsten

einzelner politischen Gruppen verstanden werden könnte. Diese Beschränkungen gelten unabhängig vom Vertriebsweg, also unabhängig davon, auf welchem Wege und in welcher Anzahl diese Broschüre dem Empfänger zugegangen ist. Erlaubt ist es jedoch den Parteien, die Broschüre zur Unterrichtung ihrer Mitglieder zu verwenden.

Strategie Gesundheit 2030

**präventiv und digital
vor ambulant vor stationär**

Gesundheit 2030 folgt nicht der Prämisse, Digitalisierung innerhalb bestehender Strukturen und als Selbstzweck voranzutreiben. Digitalisierung fungiert vielmehr als integraler Treiber für eine umfassende Reform der Versorgungslogik, einschließlich neuer Zugangswege, Rollenbilder, Vergütungsanreize und organisationsübergreifender Kooperation zwischen den Professionen. Gesundheit 2030 ist keine Digitalstrategie, sondern eine Transformationsstrategie. Sie gibt Antworten auf veränderte Rahmenbedingungen und setzt konsequent auf moderne Technologien.



Inhalt

Vorwort	4
Executive Summary	6
Prolog	8
Zukunftsszenario Gesundheit 2030	10
Hintergrund und Arbeitsauftrag	12
Bestandsaufnahme und Rückblick	15
Strategie Digitalisierung in Medizin und Pflege	15
Status Quo Bundes- und EU-Ebene	19
Bund	20
EU	21
Gesundheit 2030	23
Rahmenbedingungen 2030	23
Vision 2030	25
Vision 2050	30
Cluster	33
Cluster 1: (Digitales) Fundament schaffen	34
Daten für Prävention, Versorgung und gemeinwohlorientierte Forschung nutzbar machen	36
Digitalkompetenz und digitale Gesundheitskompetenz bei Bürgerinnen und Bürgern stärken	39
Elektronische Patientenakte zu einer Gesundheitsakte weiterentwickeln	41

Interoperabilität als Grundlage eines digitalen Gesundheitssystems konsequent umsetzen	44
Strategische Resilienz und Krisenfähigkeit des Gesundheitswesens stärken	46
Neuausrichtung der Vergütung	48
Cluster 2: Neuorganisation von Gesundheit und Versorgung	52
Digital First als Leitprinzip der Versorgung verankern	54
Etablierung einer KI-gestützten Ersteinschätzung	57
Gesundheit im Lebensalltag der Menschen integrieren	59
Health at Home – Versorgung in der Häuslichkeit stärken	61
Regionale und kommunale Gestaltungsräume für digitale Versorgung stärken	63
Sektoren überwinden	65
Stärkung der Betriebsärztinnen und Betriebsärzte	67
Stärkung nicht-ärztlichen Personals fördern	69
Transformation des ärztlichen Selbstverständnisses fördern	71
Cluster 3: Innovationen ermöglichen	74
Innovationsräume schaffen	76
KI und Robotik in der Versorgung systematisch entwickeln, erproben und skalieren	78
Projektförderungen neu ausrichten	80
Strategische und organisatorische Umsetzung	82
Ausblick	86

Vorwort



Liebe Leserinnen und Leser,

Gesundheit ist mehr als die Abwesenheit von Krankheit. Sie ist Voraussetzung für ein selbstbestimmtes Leben, gleichberechtigte Teilhabe und damit auch für einen starken gesellschaftlichen Zusammenhalt im Land. Die Frage, wie wir Gesundheit fördern und medizinische Versorgung organisieren, betrifft uns daher alle.

Die Zukunft unseres Gesundheitswesens entscheidet sich damit nicht nur dort, wo Menschen erkranken und behandelt werden. Sie entscheidet sich auch und vor allem dort, wo wir Krankheiten möglichst vermeiden und Gesundheit erhalten können.

Dabei steht unser Gesundheitswesen unter erheblichem Druck. Wir werden älter, personelle Ressourcen werden knapper und die Kosten steigen. Gleichzeitig entwickeln sich Medizin und Technologie in einem rasanten Tempo weiter und eröffnen uns neue Möglichkeiten. Künstliche Intelligenz, digitale Anwendungen, personalisierte Medizin und besser verfügbare Gesundheitsdaten können Prävention, Diagnostik, Behandlung und Dokumentation spürbar verbessern.

Doch Technik allein löst keine Probleme. Es kommt darauf an, wie wir sie einsetzen und wem sie nutzt. Denn Digitalisierung ist kein Selbstzweck. Sie muss den Menschen den Zugang zur Versorgung erleichtern, die Beschäftigten im Gesundheitswesen entlasten und dazu beitragen, dass mehr Zeit für die eigentliche medizinische und pflegerische Arbeit bleibt.

Das ist auch das Ziel unserer Strategie Gesundheit 2030. Wir wollen unser Gesundheitswesen nicht nur digitaler gestalten. Wir wollen gleichzeitig Versorgung neu denken: früher ansetzen, besser vorbeugen und die vorhandenen Möglichkeiten gezielter nutzen. Transformation bedeutet dabei, neue und bessere Strukturen für ein zukunftsfähiges und resilientes Gesundheitswesen zu schaffen.

Unser Leitgedanke lautet: **präventiv und digital vor ambulant vor stationär.**

Das ist nicht als starre Reihenfolge zu verstehen. Unser Leitgedanke bedeutet vielmehr: Wir wollen Krankheiten möglichst vermeiden, digitale Zugänge dort nutzen, wo sie

sinnvoll sind, die ambulante Versorgung stärken und die stationäre Versorgung auf die Fälle konzentrieren, in denen sie wirklich gebraucht wird.

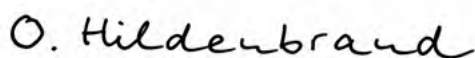
Diesen Wandel kann nicht die Politik allein gestalten. Wir brauchen die Erfahrung, die Expertise und die Kompetenz der Ärztinnen und Ärzte, der Pflegekräfte und aller anderen Gesundheitsberufe. Wir brauchen die Wissenschaft, die Verbände und Unternehmen, die Krankenkassen und die Kommunen. Und insbesondere brauchen wir das Vertrauen der Bürgerinnen und Bürger. Denn neue Lösungen werden sich nur dann durchsetzen, wenn sie im Alltag funktionieren und die Menschen sie annehmen.

In Baden-Württemberg haben wir sehr gute Voraussetzungen: eine starke medizinische Versorgung, hervorragende Forschung, innovative Unternehmen und leistungsfähige kommunale Strukturen. Auch wenn viele rechtliche Rahmenbedingungen auf Bundesebene gesetzt werden, können und wollen wir im Land konkrete Veränderungen anstoßen. Wir können neue Versorgungsmodelle erproben, Forschung schneller in die Praxis bringen und zeigen, was unter realen Bedingungen funktioniert. Baden-Württemberg soll zum Reallabor für die Gesundheitsversorgung von morgen werden.

Die vorliegende Strategie Gesundheit 2030 kann natürlich nicht vorhersagen, wie unser Gesundheitswesen im Jahr 2030 im Einzelnen aussehen wird. Sie legt aber fest, in welche Richtung wir gehen wollen. Ich bin überzeugt: Wir sollten den Wandel nicht abwarten. Wir sollten ihn gemeinsam gestalten.

Ich danke allen, die ihre Erfahrung, ihre Ideen und ihre Expertise in die Strategie eingebracht haben. Jetzt zählen wir auch bei der Umsetzung auf Sie!

Ihr



Oliver Hildenbrand MdL
Minister für Soziales, Arbeit und Gesundheit

Executive Summary

Die Strategie Gesundheit 2030 des Ministeriums für Soziales, Arbeit und Gesundheit Baden-Württemberg beschreibt einen Transformationspfad für ein zukunftsfähiges und digitales Gesundheitswesen. Ausgangspunkt ist die Feststellung, dass das bestehende System durch demografischen Wandel, steigende Gesundheitsausgaben, Fachkräftemangel sowie neue gesundheitliche Herausforderungen zunehmend unter Druck gerät. Gleichzeitig eröffnen Digitalisierung, Datenverfügbarkeit und Künstliche Intelligenz neue Möglichkeiten, Prävention zu stärken, Versorgung effizienter zu organisieren und medizinisches Personal gezielt zu entlasten. Vor diesem Hintergrund verfolgt die Strategie das Ziel, die Gesundheitsversorgung stärker präventiv, digital und patientenzentriert auszurichten. Digitalisierung wird dabei nicht als Selbstzweck verstanden, sondern als Instrument, um bestehende Strukturen weiterzuentwickeln und neue Formen der Zusammenarbeit im Gesundheitswesen zu ermöglichen.

Im Zentrum der Strategie steht die Vision eines Gesundheitssystems, das sich am Leitprinzip „präventiv und digital vor ambulant vor stationär“ orientiert. Gesundheit 2030 ist als kontinuierlicher Prozess zu verstehen, bei dem digitale Technologien das Bindeglied zwischen Prävention und Versorgung im Lebensumfeld sind. Diese können Menschen dabei unterstützen, ihre Gesundheit aktiv zu gestalten und Risiken frühzeitig zu erkennen. Gleichzeitig sollen digitale Anwendungen und KI-basierte Systeme dazu beitragen, den Zugang zum Gesundheitssystem besser zu strukturieren. Durch eine digitale Ersteinschätzung können Patientinnen und Patienten schneller die passende Versorgungsebene erreichen, während knappe medizinische Ressourcen gezielter eingesetzt werden. Digitale Anwendungen dienen als unterstützende Instrumente, die die Qualität und Effizienz der Versorgung verbessern können.

Ein weiterer zentraler Baustein der Vision ist eine stärkere Arbeitsteilung im Gesundheitswesen. Angesichts des zunehmenden Fachkräftemangels sollen nicht-ärztliche Gesundheitsberufe stärker eingebunden und neue Rollenprofile entwickelt werden. Standardisierte Aufgaben, Monitoring oder Case-Management können künftig verstärkt von qualifizierten Gesundheitsfachkräften übernommen werden, unterstützt durch digitale Anwendungen und KI-Systeme. Dadurch wird ärztliche Zeit stärker für komplexe medizinische Entscheidungen genutzt und die Versorgung insgesamt effizienter organisiert. Parallel dazu soll eine stärker digital unterstützte ambulante und stationäre Versorgung entstehen, die durch eine elektronische Gesundheitsakte, interoperable Datenstrukturen und telemedizinische Angebote geprägt ist. Ziel ist ein lernendes Gesundheitssystem, das Daten verantwortungsvoll nutzt, Versorgung besser koordiniert und Innovationen schneller in die Praxis überführt.

Zur Umsetzung dieser Vision bündelt die Strategie eine Reihe konkreter Maßnahmen in mehreren Clustern. Ein Schwerpunkt liegt auf dem Aufbau eines digitalen Fundaments für das Gesundheitswesen, insbesondere durch die bessere Nutzbarmachung von Gesundheitsdaten, die Weiterentwicklung der elektronischen Patientenakte zu einer umfassenden Gesundheitsakte sowie durch die Stärkung der digitalen Gesundheitskompetenz der Bevölkerung. Ein zweiter Schwerpunkt betrifft die organisatorische Weiterentwicklung der Versorgung. Digitale Zugangswege, telemedizinische Angebote und neue Versorgungsmodelle sollen dazu beitragen, Gesundheitsleistungen stärker in den Alltag der Menschen zu integrieren und unnötige stationäre Behandlungen zu vermeiden. Gleichzeitig sollen regionale Strukturen gestärkt und die Zusammenarbeit zwischen ambulanter und stationärer Versorgung verbessert werden. Zu beiden Schwerpunkten wird unter anderem das Projekt „MEDI:CUS“ zum Aufbau einer cloudbasierten Medizindateninfrastruktur, das von der Landesregierung mit über 25 Mio. EUR ressortübergreifend in den Jahren 2023 bis 2026 von der Landesregierung unterstützt wird, einen entscheidenden Beitrag leisten.

Ein weiterer zentraler Ansatz besteht darin, Innovationen im Gesundheitswesen gezielt zu fördern. Baden-Württemberg verfügt über eine starke Forschungs- und Innovationslandschaft, deren Potenziale noch stärker für die Gesundheitsversorgung genutzt werden sollen. Innovationsräume, Modellregionen und Reallabore ermöglichen es, neue Technologien und Versorgungsmodelle unter realen Bedingungen zu erproben, regulatorisch zu lernen und erfolgreiche Ansätze schneller in die Praxis zu überführen. Insbesondere im Bereich der Künstlichen Intelligenz eröffnen sich neue Möglichkeiten für Diagnostik, Therapie und Pflege, die langfristig zu einer besseren Versorgung beitragen können.

Die Strategie versteht sich dabei als langfristiger Transformationsprozess, der Impulse für die Weiterentwicklung der Gesundheitsversorgung in Baden-Württemberg, im Bund und auf EU-Ebene setzen soll.

Prolog

Entwicklungen in der Vergangenheit liefern keine sicheren Hinweise auf zukünftige Ereignisse oder Technologien – sie bieten aber die Grundlage aus ihnen zu lernen. Hinzu kommt die Erkenntnis, dass der Mensch linear denkt, Prozesse aber häufig exponentiell verlaufen. Gordon Moore, Ingenieur und Mitgründer von Intel, formulierte im Jahr 1965 das sogenannte Mooresche Gesetz, wonach sich die Zahl der Transistoren auf einem Chip regelmäßig verdoppelt und damit auch die Leistung exponentiell ansteigt (wenn auch nicht in gleichem Ausmaß). Moore beschrieb damit kein physikalisches Gesetz, sondern eine empirische Beobachtung, die wiederum zur selbsterfüllenden Prophezeiung für viele Jahrzehnte werden sollte. Seit einigen Jahren wird ein Ende dieser Gesetzmäßigkeit vorhergesagt, da die Entwicklungskosten inzwischen überproportional ansteigen. Mit Quantencomputern, die nicht mehr auf Basis elektronischer Schaltkreise, sondern mit quantenmechanischen Zuständen arbeiten sowie neuromorphen Chips, die sich am menschlichen Nervennetz orientieren, soll das exponentielle Wachstum jedoch erhalten bleiben und die digitale Revolution sogar weiter beschleunigt werden.

Dass Transformation auch in Wellen verlaufen kann, zeigt das Beispiel der Künstlichen Intelligenz (KI), als deren Geburtsstunde die Dartmouth Conference im Sommer 1956 gilt. Nachdem IBM „Deep Blue“ entwickelte, eine KI-Maschine, die Schach spielen konnte und 1997 sogar den amtierenden Weltmeister besiegte, wurde es um das Thema in den Jahren 2000-2010 eher ruhig. Dies änderte sich mit dem Einsatz von Grafikkarten für komplexe Berechnungen im Bereich des Deep Learning (sogenannte tiefe neuronale Netzwerke, die komplexe Entscheidungsstrukturen des menschlichen Gehirns simulieren sollen), der die automatisierte Bilderkennung, beispielsweise im medizinischen Bereich, revolutionierte. Im November 2022 veröffentlichte das US-amerikanische Unternehmen OpenAI den Chatbot ChatGPT, machte KI damit für jeden zugänglich und zeigte ihr Potenzial als Basistechnologie des 21. Jahrhunderts.

Lässt man diesen kurzen und lediglich fragmenthaften Auszug aus der Entwicklung der Informationstechnologie auf sich wirken, wird schnell deutlich, dass Prognosen in der Menschheitsgeschichte immer schwierig waren, moderne Technologien diese aber noch komplexer machen. Der vorliegenden Strategie liegt daher eine Vision zugrunde, die im Herbst 2026 (Veröffentlichungsdatum) ein wünschenswertes und chancenorientiertes Szenario abbildet, aber keinesfalls eine Vorhersage sein kann oder abschließend ist. Sie ist vielmehr als Fundament zu verstehen, auf das im Zeitverlauf aufgebaut werden muss.

Unser Begriff von Gesundheit wird sich in den kommenden Jahrzehnten voraussichtlich erheblich wandeln. Die institutionalisierte Kuration dürfte zunehmend einer Prävention und Versorgung weichen, die auch im Privaten stattfinden kann und wird. Diese Transformation wird sich auch ohne Strategien und Diskussionspapiere vollziehen. Die Aufgabe aller Akteurinnen und Akteure des Gesundheitswesens ist es, den Wandel mutig zu begleiten, verlässliche und agile Rahmenbedingungen zu entwickeln und Grenzen dort zu setzen, wo das Mensch-Maschine-Verhältnis aus dem Gleichgewicht zu geraten droht.

Die vorliegende Strategie Gesundheit 2030 soll bei diesem Prozess unterstützen und erkennt digitale und KI-gestützte Technologien als Querschnittspotenziale an, die nicht losgelöst von analogen Prozessen oder als isolierter Bereich des Gesundheitswesens betrachtet werden dürfen. Das Jahr 2030 ist lediglich der Versuch einer zeitlichen Einordnung von Vision und notwendigen Maßnahmen, ohne sich auf dieses konkrete Jahr festzulegen.

Zukunftsszenario

Gesundheit 2030

Das im Folgenden dargestellte Zukunftsszenario anhand eines konkreten Fallbeispiels beschreibt eine realistische Versorgungssituation im Jahr 2030, falls das Konzept Gesundheit 2030 entsprechend der aufgestellten und geclusterten Handlungsempfehlungen umgesetzt wird:

Frau Müller ist 48 Jahre alt, im Schichtdienst tätig und hat seit mehreren Jahren mit Übergewicht und Bluthochdruck zu kämpfen. Wie jedes Jahr erinnert sie eine Nachricht in ihrer Gesundheitsakte daran, dass es Zeit für ihren jährlichen Gesundheits-Check-Up ist. Ihre Wearables, die ihr von ihrem Betriebsarzt empfohlen wurden, haben zudem in den vergangenen Monaten kontinuierlich Puls, Schlaf, Aktivitätslevel sowie ihren Glukosewert gemessen. Diese Daten sind automatisch in ihre Gesundheitsakte eingeflossen – strukturiert, validiert und für ihre Hausärztin, ihren Betriebsarzt sowie für sie selbst jederzeit einsehbar. Frau Müller ist ansonsten gesund, aber sie schätzt die Sicherheit, dass Auffälligkeiten sofort erkannt werden würden.

Einige Wochen später spürt Frau Müller ein leichtes Ziehen in der Brust. Früher hätte sie wahrscheinlich abgewartet, heute startet sie einen mit ihrer Gesundheitsakte verbundenen Symptom-Checker. Die KI ist evidenzbasiert nach aktuellster Studienlage und auf Basis medizinischer Leitlinien trainiert, stellt daher gezielte Fragen und liefert eine erste

Einschätzung: Kein akuter Notfall, aber eine ärztliche Abklärung wird empfohlen. Direkt im Anschluss wird in ihrer Gesundheitsakte ein Termin im nahegelegenen Primärversorgungszentrum (PVZ) angeboten – mit Wahl zwischen Videosprechstunde oder Vor-Ort-Besuch.

Frau Müller entscheidet sich für die Videosprechstunde. Am Abend sitzt sie entspannt auf ihrem Sofa, während die Ärztin auf ihrem Tablet die Symptomdaten und Wearable-Informationen aus ihrer Gesundheitsakte einsehen kann. Nach sorgfältiger Anamnese klärt die Ärztin Frau Müller über ein Präventions- sowie ein Bewegungsförderungsprogramm auf, das Frau Müller sofort digital über eine App starten kann.

Einige Tage später erhält Frau Müller eine automatisch generierte Rückfrage des KI-Chatbots, wie sich die Beschwerden entwickelt haben. Da diese noch nicht verschwunden sind, wird automatisch ein Vor-Ort-Termin im PVZ vorgeschlagen. Dort wird Frau Müller zunächst von einer Community Health Nurse empfangen. Diese hat eine Zusatzweiterbildung für digitale Gesundheit absolviert. Sie nimmt Blutdruck und EKG und dokumentiert alle Daten direkt in der Gesundheitsakte. Als die Ärztin später hinzukommt, hat auch sie bereits alle Werte vorliegen – inklusive Frau Müllers Aktivitätsdaten aus den Wearables.

Die Untersuchung ergibt keinen akuten Befund, aber aufgrund ihres erhöhten Blutdrucks und des Übergewichts besteht eine Risikokonstellation für die Entwicklung des metabolischen Syndroms und die damit einhergehende Gefahr eines Herzinfarkts oder Schlaganfalls. Um sicherzugehen, wird eine digitale Eskalationsstufe hinterlegt: Sollten bei Frau Müller in den nächsten Tagen bestimmte Warnsymptome auftreten, erfolgt automatisch eine Überweisung in eine mittels KI nach Kapazitätsauslastung und Schwerpunkt vorselektierte Klinik, die sodann mit allen relevanten Daten aus der Gesundheitsakte informiert wird. Für Frau Müller bedeutet das: Sie muss sich im Ernstfall nur in die Klinik begeben oder den Rettungswagen rufen. Die Klinik wäre schon vorbereitet, Doppeluntersuchungen wären überflüssig.

Zum Glück tritt dieser Ernstfall nicht ein. Stattdessen erhält Frau Müller einige Tage später eine Erinnerung an ihr Präventionsprogramm. Sie klickt

auf den Link und startet ein kurzes Video mit Bewegungsübungen. Gleichzeitig gibt die App ihr Feedback, wie sich ihre Vitalwerte entwickeln, und motiviert sie, dranzubleiben.

In den folgenden Wochen spürt Frau Müller eine deutliche Besserung und das Ziehen in der Brust ist fast vollständig verschwunden. Ihr Fortschritt wird ebenfalls automatisch in der Gesundheitsakte dokumentiert. So können ihre Community Health Nurse und Ärztin gleichermaßen nachvollziehen, wie sich ihr Gesundheitszustand entwickelt. Frau Müllers Betriebsarzt ist zudem in regelmäßigen Abständen mit ihr im Austausch und stärkt damit die Nachhaltigkeit der Präventionsmaßnahmen. Für Frau Müller bedeutet das ein Gefühl von Sicherheit: Sie weiß, dass ihr persönliches „Gesundheits-Assistenz-System“ nicht nur reagiert, wenn etwas passiert, sondern dass es sie proaktiv und präventiv begleitet.



Hintergrund und Arbeitsauftrag

Mit dem Koalitionsvertrag¹ „Jetzt für Morgen“ (2021 – 2026) verständigten sich die die Regierung tragenden Parteien darauf, die Strategie Digitalisierung in Medizin und Pflege im Laufe der 17. Legislaturperiode weiterzuentwickeln. Aufgrund der schnellen technologischen Entwicklung und der daraus entstehenden Potenziale entspricht die im Jahr 2017 aufgelegte Strategie nicht mehr den aktuellen Herausforderungen.

Digitalisierung darf kein Selbstzweck sein, sondern muss bei der Sicherstellung der Versorgung unterstützen und sowohl die Qualität als auch die wirtschaftliche Lage des Gesundheitssystems optimieren. Die Zielsetzung war es daher, keine reine Digitalstrategie zu entwickeln, sondern einen holistischen Blick auf das deutsche Gesundheitswesen zu werfen und Bereiche zu identifizieren, in denen digitale und KI-gestützte Anwendungen besonders großes Potenzial entfalten können.

Das Thema Pflege weist zahlreiche Schnittstellen zu Prävention und Gesundheitsversorgung auf. Bisher ist noch nicht ausreichend bekannt, wie Pflegebedarf entsteht, welche Faktoren Pflegebedürftigkeit begünstigen oder verzögern können und wie diese sogenannten Risiko- und Schutzfaktoren genau zusammenwirken. Die Befunde einer Kohortenstudie² zu Prädiktoren für den Pflegebedarf bei Frauen und Männern ab 70 Jahren aus dem Jahr 2016 zeigen jedoch, dass das Risiko pflegebedürftig zu werden, am höchsten ist, wenn

folgende Merkmale zutreffen: hohes Alter, körperliche Inaktivität, ein schlechtes subjektives Gesundheitsempfinden, ein Schlaganfallereignis, eine Krebserkrankung, eingeschränkte Mobilität und Harninkontinenz. Der Faktor „körperliche (In-) Aktivität“ erklärt 17% des Gesamteffekts von Alter auf Pflegerisiko. (Digitale) Präventionsangebote könnten daher direkten Einfluss auf die Gesundheit und die spätere Pflegewahrscheinlichkeit entfalten.



- 1 Vgl. Jetzt für Morgen (Landesregierung BW, 2021)
- 2 Vgl. Risikokonstellationen für Pflegebedarf – Befunde einer Kohortenstudie zu Prädiktoren von Pflegebedarf bei Frauen und Männern ab 70 Jahren (Schnitzer et al., 2017)

Auch im Pflegewesen selbst steht in den kommenden Jahren eine Transformation an, die das Potenzial bietet, Pflegekräfte und pflegende Angehörige nachhaltig zu entlasten und die verschiedenen Leistungserbringer im Gesundheitswesen besser zu vernetzen. Ambient Assisted Living-Systeme, also technische Assistenzsysteme wie Sturzsensoren, bieten die Möglichkeit, Menschen mit erheblichen oder schweren Beeinträchtigungen in ihrer Selbstständigkeit länger oder dauerhaft in ihrer Häuslichkeit zu belassen. Entwicklungen im Bereich der Robotik und der Künstlichen Intelligenz werden dafür sorgen, dass körperlich belastende Arbeiten und Dokumentationspflichten zunehmend auf Maschinen delegiert werden können und somit mehr Zeit für die Interaktion mit den Patientinnen und Patienten bleibt. Um Gesundheit 2030 nicht zu überfrachten und der Digitalisierung in der Langzeitpflege ausreichend Raum zu bieten, soll dieses Thema in separaten, aber fachlich eng verzahnten Strukturen entwickelt werden.

Der Fokus der vorliegenden Strategie liegt vielmehr auf dem Thema Gesundheit. Die Gesetzgebungskompetenz für die Sozialversicherung (Artikel 74 Absatz 1 Nummer 12 GG) liegt beim Bund. So regelt beispielsweise das Fünfte Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) die Gesetzliche Krankenversicherung und bildet die Grundlage für den Zugang zu medizinischen Leistungen für gesetzlich Krankenversicherte in Deutschland. Es definiert die Leistungen, die erbracht werden müssen, darunter ärztliche Behandlungen, Medikamente, Krankenhausbehandlungen, Vorsorgeuntersuchungen und Rehabilitationsmaßnahmen, normiert aber auch Maßnahmen zur Digitalisierung des Gesundheitswesens. Für das Land Baden-Württemberg sind die unmittelbaren Einflussmöglichkeiten zum Vorantreiben der digitalen Transformation im Bereich Gesundheit daher in dieser Hinsicht limitiert. Gleichwohl bestehen auf Landesebene große Spielräume, die genutzt werden sollen.

Die Strategie Gesundheit 2030 soll vor diesem Hintergrund prioritär folgende Zielsetzungen erfüllen:

- Gemeinsame Zielvorstellung der Akteurinnen und Akteure
- Grundlage für die Förderung von Versorgungs-Blaupausen auf Landesebene
- Impulse für die Gesetzgebung auf Bundes- und EU-Ebene

Adressiert sind politische und fachliche Akteurinnen und Akteure auf Landes-, Bundes- und EU-Ebene sowie interessierte Bürgerinnen und Bürger.

Unter Beteiligung von zahlreichen Akteurinnen und Akteuren des baden-württembergischen und deutschen Gesundheitswesens, beispielsweise der Ärzteschaft, Krankenhäusern, Pflege, Kranken- und Pflegekassen, Hochschulen, Universitätsklinika, Patientenvertretungen, Studierenden und Auszubildenden und vielen weiteren Verbänden und Vertretungen hat das Ministerium für Soziales, Arbeit und Gesundheit Baden-Württemberg (kurz: Sozialministerium) seit dem Jahr 2023 einen Strategieprozess durchgeführt. Dieser gliederte sich in die Erarbeitung einer übergreifenden Vision und die Skizzierung konkreter Maßnahmen. Flankierend wurde der Bosch Health Campus mit der Durchführung einer Machbarkeitsstudie beauftragt. Das Sozialministerium hat diesen umfassenden Input kondensiert, systematisch gewichtet und in die vorliegende Strategie gegossen. Entstanden ist eine Strategie, die nicht der Prämisse folgt, Digitalisierung innerhalb bestehender Strukturen und als Selbstzweck voranzutreiben. Digitalisierung fungiert vielmehr als integraler Treiber für eine umfassende Reform der Versorgungslogik, einschließlich neuer Zugangswege, Rollenbilder, Vergütungsanreize und organisationsübergreifender Kooperation zwischen den Professionen. Gesundheit 2030 ist damit keine Digitalstrategie, sondern eine Transformationsstrategie. Sie gibt Antworten auf veränderte Rahmenbedingungen und setzt konsequent auf moderne Technologien.



Bestandsaufnahme und Rückblick

Strategie Digitalisierung in Medizin und Pflege

Bereits im Jahr 2017 veröffentlichte die Landesregierung eine Strategie für die Digitalisierung in Medizin und Pflege. Die Basis der Entwicklung einer Digitalstrategie für das Gesundheitswesen in Baden-Württemberg war die Erkenntnis, dass Digitalisierung gerade auch in ländlichen Regionen gute Möglichkeiten bietet, um die medizinische Versorgung der Bevölkerung zu verbessern und zu erleichtern. Der Koalitionsvertrag vom 9. Mai 2016 sah daher vor, dass die Telemedizin zielführend und nachhaltig ausgebaut wird. Es wurde beschlossen, dass ergänzend zu einer ressortübergreifenden Digitalstrategie auch eine Strategie zum Ausbau der Telemedizin im Land entwickelt wird und im Rahmen von Modellprojekten erprobt werden soll, wie digitale Infrastruktur und Gesundheitsversorgung zum Patientennutzen verbessert werden können.

Die Strategie stand unter anderem im Zeichen des im Jahr 2015 erlassenen Gesetzes für sichere digitale Kommunikation und Anwendungen im Gesundheitswesen (kurz: E-Health-Gesetz), das die schrittweise Ablösung bislang papierbasierter Prozesse durch IT-unterstützte Verfahren regelte, indem die Weiterentwicklung der Telematikinfrastruktur vorangetrieben werden sollte. Unter anderem sollte die elektronische Gesundheitskarte (eGK) in der Lage sein, als elektronische Patienten-

akte zu fungieren, Ärztinnen und Ärzte bestimmter Fachrichtungen sollten bei bestimmten Indikationen den Patientinnen und Patienten Videosprechstunden anbieten und abrechnen dürfen. Daneben sollten ein elektronischer Medikationsplan, elektronische Arztbriefe sowie ein Notfalldatensatz eingeführt werden.

Geltendes ärztliches Berufsrecht zum Zeitpunkt der Strategieentwicklung war, dass nur bei Patientinnen und Patienten, mit denen bereits ein persönlicher Erstkontakt zustande gekommen war, eine Behandlung per (Video-)Telefonie oder Internet erfolgen durfte. Dieses sog. Fernbehandlungsverbot war verankert in § 7 Absatz 4 der (Muster-) Berufsordnung für die in Deutschland tätigen Ärztinnen und Ärzte (MBO) und wurde in dieser Form in sämtlichen Berufsordnungen der Länder als unmittelbar geltendes Berufsrecht übernommen. Lediglich in Baden-Württemberg bestand seit 2016 eine Ausnahme für Modellprojekte. Das ausschließliche Fernbehandlungsverbot wurde von den Akteurinnen und Akteuren immer wieder als großes Hemmnis für die weitere Digitalisierung beschrieben.

Vor diesem Hintergrund wurde die Strategie Digitalisierung in Medizin und Pflege in einem partizipativen Verfahren und mithilfe in diesem Zuge

eingesetzter Gremien, eines Expertenkreises (operatives Gremium) sowie eines Beirates (strategisches Gremium), aufgesetzt und am 1. Februar 2017 veröffentlicht. Die Strategie definierte vier Themenfelder für mögliche Modellprojekte:

1. die **ambulante** und **stationäre Versorgung**
2. die **sektorenübergreifende Versorgung**
3. den **Pflegebereich** und
4. die **Personalisierte Medizin**

Geplant waren unter anderem Maßnahmen bzw. Projekte zur Stärkung der telemedizinischen Versorgung, Telekonsile in sektorenübergreifenden Settings, Televisiten in Pflegeheimen und der Aufbau einer Cloud, die behandler- und institutionsübergreifende Forschung ermöglicht und die Translation von Forschungsergebnissen in die Patientenversorgung stärken sollte.

Seit 2017 wurden aus Strategiemitteln über mehrere Förderaufrufe und Einzelförderungen mehr als 50 Projekte mit über 30 Millionen Euro gefördert.

Neben den vier originären Themenfeldern wurden in den letzten Jahren auch zunehmend die Bereiche KI und Digitalkompetenz fokussiert.

Neben der Förderung von Leuchtturmprojekten wurden basierend auf der Strategie auch regulatorische und systemische Vorstöße in Angriff genommen. So ging von Baden-Württemberg die Initiative für einen KI-Grundsatzbeschluss aus, der im Rahmen der Gesundheitsministerkonferenz 2023 getroffen wurde. Flankiert wurden die Strategemaßnahmen durch weitere Initiativen des Landes. Besonders hervorgehoben werden soll dabei das Forum Gesundheitsstandort Baden-Württemberg, in dem rund 650 Akteurinnen und Akteure aus Unternehmen, Hochschulen, Forschungseinrichtungen und Gesundheitsversorgung miteinander vernetzt sind. Es sind in diesem Rahmen Fördermittel von bisher rund 120 Mio. Euro in innovative Projekte geflossen sowie Impulspapiere beispielsweise zur Gesundheitsdatennutzung, Translation und Prävention entstanden.



Nachfolgend sollen einige Maßnahmen der im Sozialministerium verankerten Strategie Digitalisierung in Medizin und Pflege und deren Ergebnisse vorgestellt werden:



- Die Landesärztekammer Baden-Württemberg änderte im Jahr 2016 ihre Berufsordnung und führte eine Erprobungsklausel ein, auf deren Basis Ausnahmen vom Verbot der ausschließlichen Fernbehandlung genehmigt werden konnten. Mit **docdirekt** konnte die Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg daher als erste Kassenärztliche Vereinigung ein damals wegweisendes Projekt auf den Weg bringen. Per Telefon oder App (Videotelefonie) bekommen Patientinnen und Patienten in Baden-Württemberg kompetente medizinische Beratung von niedergelassenen Haus- und Kinderärztinnen und -ärzten. Im Idealfall können sie die Patientinnen und Patienten abschließend telemedizinisch beraten. Falls medizinisch erforderlich, leitet das docdirekt-Team die Betroffenen schnellstmöglich an eine verfügbare Arztpraxis weiter. Der Deutsche Ärztetag hat daraufhin mit seinen Beschlüssen vom 121. Ärztetag im Jahr 2018 eine Lockerung des Fernbehandlungsverbots in § 7 Absatz 4 der (Muster-) Berufsordnung für die in Deutschland tätigen Ärztinnen und Ärzte (MBO-Ä) in der Weise vorgenommen, dass eine ausschließliche Beratung und Behandlung über Kommunikationsmedien im Einzelfall nun erlaubt ist, wenn dies ärztlich vertretbar ist, die erforderliche ärztliche Sorgfalt insbesondere durch die Art und Weise der Befunderhebung, Beratung, Behandlung sowie Dokumentation gewahrt wird und die Patientin oder der Patient auch über die Besonderheiten der ausschließlichen Beratung und Behandlung über Kommunikationsmedien aufgeklärt wird. In der Folge kam es zu einer sukzessiven Lockerung des ausschließlichen Fernbehandlungsverbots in den Berufsordnungen der Landesärztekammern. Inzwischen wurde die Onlinesprechstunde docdirekt ausgebaut

und mit dem 116117-Patientenservice sowie dem telemedizinischen ärztlichen Bereitschaftsdienst verknüpft. Seit 2025 stellt docdirekt außerdem ein digitales Ersteinschätzungstool zur Verfügung, mit dem Patientinnen und Patienten eine Empfehlung zu dem für sie bedarfsgerechten Versorgungszeitpunkt sowie der für sie bedarfsgerechten Versorgungsebene erhalten. So steht unter dem Label docdirekt jetzt eine digitale Versorgungsplattform für alle Menschen in Baden-Württemberg offen. Das Sozialministerium hat die Evaluation des Projekts bis 2020 mit 100.000 Euro gefördert.



- Im Projekt **gesundaltern@bw** der Landesanstalt für Kommunikation wurden vorrangig Seniorinnen und Senioren und deren Digitalkompetenz im Gesundheitswesen in den Blick genommen. So sollte der Gefahr entgegengewirkt werden, große Teile der Gesellschaft von der fortschreitenden Digitalisierung auszuschließen. Das Projekt umfasste einen informellen Teil mit Infoveranstaltungen und Workshops, den Aufbau von Multiplikatorennetzwerken und die Ausrichtung von Bürgerwerkstätten und Stakeholderkonferenzen, auch unter dem Aspekt der Quartiersentwicklung. Die Förderung durch das Sozialministerium bis zum Laufzeitende im Jahr 2021 betrug 795.000 Euro. Aktuell werden die Ergebnisse im Rahmen von Nachfolgeprojekten genutzt.



- Die an den baden-württembergischen Unikliniken bestehenden Datensammlungen enthalten neben klinischen Daten über Diagnose, Krankheitsverlauf und Therapieergebnis (Outcome-Daten) auch molekulare Daten wie beispielsweise Genomanalyse- und Biosignaldaten. Um diese isolierten Datensätze als Basis

für eine personalisierte Therapieentscheidung und -steuerung an allen Unikliniken im Land nutzbar zu machen, musste eine für alle zugängliche Datenmanagementstruktur entwickelt werden. Ziel war es, sowohl für eine stetige Verbesserung der Regelversorgung als auch für die Möglichkeit der zeitnahen Translation neuester Entwicklungen eine gemeinsame Datenspeicherung aufzubauen. Mit dem Aufbau einer **bwHealthCloud** konnten standort- und behandlerübergreifend Daten aus innovativen Therapien abgerufen und zusammengeführt werden. Dies dient dazu, Therapieergebnisse in einer größeren Patientengruppe auszuwerten und schnellstmöglich verfügbar zu machen. Die Förderung des Sozialministeriums im Rahmen der Strategie belief sich in den Jahren 2017 bis 2021 auf rund 650.000 Euro.



- Durch das Projekt „**enna für digitale Teilhabe im Demenz-Fachzentrum Villa Rosenstein**“ wurden im Bereich der Langzeitpflege die digitale Kommunikation mit Angehörigen sowie der Zugang zu digitalen Inhalten durch Tablets mit einer Dockingstation und Auflegekarten für Bewohnerinnen und Bewohner eines Pflegeheims unterstützt. Die Selbstständigkeit sowie Eigenständigkeit der Bewohnerinnen und Bewohner wurde durch das digitale Angebot erhöht. Die Förderung des Sozialministeriums belief sich in den Jahren 2022 und 2023 auf rund 120.000 Euro.
- Das Forschungsteam Digitale Biomarker für die Onkologie am Deutschen Krebsforschungszentrum in Heidelberg (DKFZ) entwickelte mit finanzieller Unterstützung des Sozialministeriums eine KI-gestützte Anwendung, die Hautveränderungen beurteilen kann. Für 100 Bilder von Hautauffälligkeiten, davon 20 gesichert schwarzer Hautkrebs (Melanom) und 80 gutartige Muttermale, mussten in einer Studie 157 Dermatologin-

nen und Dermatologen von zwölf deutschen Universitäts-Hautkliniken das weitere Vorgehen bestimmen: entweder eine Biopsie durchführen oder der Patientin bzw. dem Patienten von der Gewebeprobe abraten. Im Durchschnitt war der entwickelte Algorithmus präziser in der Beurteilung der Hauttumoren als die Hautärztinnen und Hautärzte. Dabei spielte es keine Rolle welche Position und Erfahrung die Ärztin oder der Arzt hatte. Die Studie wurde hundertfach zitiert, die Anwendung könnte die Diagnose- und Therapiesicherheit deutlich verbessern und unnötige Biopsien und Operationen verhindern, dennoch konnte sie aufgrund des aufwändigen Zulassungsprozesses bisher nicht in der Versorgung eingesetzt werden. Das Projekt **skIn** sowie ein Vorläuferprojekt wurden im Rahmen der Strategie durch das Sozialministerium mit einem mittleren einstelligen Millionenbetrag gefördert und sollen diese Translationsproblematik von KI-Forschung modellhaft lösen und die Anwendung als Teil eines sog. Auflichtdermoskops in die Haus- und Hautarztpraxen bringen. Für Ende 2026 ist die prospektive klinische Studie geplant, in der Dermatoskope in der Versorgung eingesetzt werden. Anschließend wird mit einer Zulassung gerechnet.



Baden-Württemberg konnte mit der Strategie Digitalisierung in Medizin und Pflege des Sozialministeriums somit wichtige Impulse setzen und Blaupausen schaffen, die teilweise für strukturelle Veränderungen im Gesundheitswesen genutzt werden konnten.

Status Quo Bundes- und EU-Ebene

Um eine ganzheitlich ausgerichtete Strategie zu entwickeln, bedarf es zumindest einer kursorischen Analyse des bestehenden Systems. Wo steht das deutsche Gesundheitssystem in Bezug auf Qualität und Kosten im Status Quo? Das Gesundheitswesen in Deutschland gilt im internationalen Vergleich als sehr gut aufgestellt und schneidet bei 7 von 10 Gesundheitsindikatoren besser ab als der OECD-Schnitt. Das geht aus dem Ländervergleich „Health at a Glance 2025“³ der Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung (OECD) hervor. Analysiert man das Verhältnis zwischen In- und Output etwas differenzierter, werden Schwachstellen deutlich. Laut der Studie, in der 38 Länder verglichen worden sind, betragen die Gesundheitsausgaben hierzulande pro Kopf 9.365 US-Dollar, was vorrangig der hohen Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen zuzuschreiben ist. Lediglich die USA, die Schweiz und Norwegen rangieren vor Deutschland. Der OECD-Schnitt liegt bei 5.967 US-Dollar. Beim Anteil der Ausgaben am Bruttoinlandsprodukt steht Deutschland mit 12,3 % auf dem zweiten Platz hinter den USA. Gleichzeitig schneidet das deutsche Gesundheitssystem bei den Qualitätsindikatoren häufig nur durchschnittlich ab. Bei der Lebenserwartung liegt es mit 81,1 Jahren im OECD-Durchschnitt (Frauen: 83,5 und Männer: 78,7) und zählt innerhalb der Gruppe der

westeuropäischen Länder zu den Schlusslichtern. Auch bei der Sterblichkeit infolge vermeidbarer Erkrankungen kommt Deutschland nur knapp über den Schnitt: Durchschnittlich gibt es 145 vermeidbare Sterbefälle pro 100.000 OECD-Einwohner und Jahr, in Deutschland sind es 129. Die Zahl vermeidbarer Klinikaufenthalte liegt mit 810 pro 100.000 Bürgerinnen und Bürger hingegen deutlich höher als der OECD-Schnitt von 473. Punkten kann Deutschland beim Zugang zum Gesundheitssystem: 81 Prozent der Bürgerinnen und Bürger sind zufrieden mit der Verfügbarkeit der Versorgung, das sind deutlich mehr als im OECD-Schnitt mit 64 Prozent. Betrachtet man diesen Status Quo und bezieht die Auswirkungen des demografischen Wandels, der technologischen Transformation und des Klimawandels ein, ergibt sich viel Handlungspotenzial.

Der Grad der Digitalisierung im Gesundheitswesen lässt sich hingegen nur schwer bemessen und vergleichen, da die Vielzahl der Akteurinnen und Akteure, unterschiedliche Prozesse und Parameter die Ergebnisse national und international verzerren können. Es lassen sich an der Entwicklung der vergangenen Jahre einige Fortschritte erkennen.

3 Vgl. Health at a Glance 2025 (OECD, 2025)



Bund

„Die Rahmengesetzgebungskompetenz des Bundes für das Gesundheitswesen führte in Verbindung mit dem Selbstverwaltungsprinzip zu einer Vielzahl von – teils inkongruenten – politischen Aktivitäten und Stellungnahmen zum Thema ‚Digitale Gesundheit‘ in Deutschland“,

so führte die Bertelsmann Stiftung in ihrer vielbeachteten Studie⁴ zum Stand der Digital-Health-Entwicklung in 17 untersuchten Ländern im Jahr 2018 aus. Deutschland belegte in dem Vergleich den vorletzten Platz.

Seit wenigen Jahren sind einige positive Elemente zu erkennen:

Das im Jahr 2016 in Kraft getretene Gesetz für sichere digitale Kommunikation und Anwendungen im Gesundheitswesen (E-Health-Gesetz) regelte unter anderem die Einführung des elektronischen Medikationsplanes, legte die Grundlage für die Förderung von eArztbriefen und verpflichtete die gematik zur weiteren technischen Vorbereitung einer elektronischen Patientenakte.

Das Gesetz für eine bessere Versorgung durch Digitalisierung und Innovation/ Digitale-Versorgung-Gesetz (DVG, Inkrafttreten: 2020) führte einen neuen Leistungsanspruch der Versicherten auf digitale Gesundheitsanwendungen (DiGA) ein. Mit diesen sog. Apps auf Rezept war Deutschland internationaler Vorreiter. Daneben enthielt das Gesetz Fristen für den weiteren Roll-out der Telematikinfrastruktur (TI) und neue Möglichkeiten für Krankenkassen, digitale Innovationen zu fördern.

Die chronologisch letzten Gesetze, denen besondere Bedeutung zukommt, sind das Gesetz zur Beschleunigung der Digitalisierung des Gesundheitswesens (Digitalgesetz) und das Gesetz zur

verbesserten Nutzung von Gesundheitsdaten (Gesundheitsdatennutzungsgesetz), die beide im Jahr 2024 in Kraft getreten sind:

Mit dem Digitalgesetz werden die Krankenkassen verpflichtet, ihren Versicherten seit dem 15. Januar 2025 eine elektronische Patientenakte (ePA) bereitzustellen. Wer die ePA nicht haben möchte, muss aktiv widersprechen (Opt-out-Regel). Die digitale Akte wird zunächst für den digital gestützten Medikationsprozess, eine Patientenkurzakte und Labordaten-Befunde verwendet. Das Gesetz beinhaltet zudem die Weiterentwicklung des elektronischen Rezepts, den Ausbau von Videosprechstunden und Telekonsilen, die Integration von digitalisierten Versorgungsprozessen in die Disease Management Programme (DMP) sowie die Verbesserung von Interoperabilität und Cybersicherheit. Darüber hinaus wird der Innovationsfonds beim Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) unbefristet verlängert. Ferner sieht das Digitalgesetz vor, digitale Gesundheitsanwendungen (DiGAs) auf Medizinprodukte höherer Risikoklassen auszuweiten.

Das Gesundheitsdatennutzungsgesetz (GDNG) sieht die Einrichtung einer zentralen Datenzugangs- und Koordinierungsstelle für Gesundheitsdaten beim Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) vor. Die Verknüpfung von Daten des Forschungsdatenzentrums Gesundheit (FDZ) und der klinischen Krebsregister wird ermöglicht und der Anschluss an den geplanten European Health Data Space (EHDS) vorbereitet. Das Gesetz regelt darüber hinaus die Vorab-Übermittlung unbereinigter Daten aus der ambulanten Versorgung für eine schnellere Verfügbarmachung für Forschungszwecke. Außerdem wird die Eigenfor-

4 Vgl. #SmartHealthSystems
(Bertelsmann Stiftung, 2018)

schung mit Versorgungsdaten geregelt und eine bundeseinheitliche Rechtsgrundlage für Verbundforschungsprojekte geschaffen. Das GDNG schreibt insgesamt Modalitäten für die Weiterverwendung von Gesundheitsdaten fest. Die federführende Datenschutzaufsicht kann bei Zuständigkeit mehrerer Länder und/oder des Bundes zur zentralen Klärung an den Bundesbeauftragten für den Datenschutz und die Informationsfreiheit (BfDI) übertragen werden.

Seit 2023 verfügt das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) außerdem über eine Digitalisierungsstrategie für das Gesundheitswesen und die Pflege (GEMEINSAM DIGITAL).⁵ Die Strategie verfolgt mehrere Ziele, insbesondere die konsequente Ausrichtung auf Menschen, Patientensouveränität, eine Verbesserung der Versorgungsqualität und die Steigerung der Wirtschaftlichkeit und Effizienz. Die zentralen Handlungsfelder sind digital unterstützte Versorgungsprozesse, die Nutzung von Gesundheitsdaten sowie nutzenorientierte Technologien und Anwendungen. Anfang 2026 veröffentlichte das BMG eine weiterentwickelte Strategie (GEMEINSAM DIGITAL 2026), in der aktuelle Entwicklungen wie KI aufgegriffen werden⁶.

Laut TI-Dashboard wurden bis Ende 2025 mehr als 1 Mrd. eRezepte eingelöst, nahezu 100 Mio. eArztbriefe wurden versendet und rund 3 Mio. Dokumente werden wöchentlich in der ePA hochgeladen. Rein statistisch betrachtet kommt die digitale Transformation im Gesundheitswesen damit zunehmend an. Viele der „neuen“ Anwendungen sind in europäischen Nachbarländern jedoch seit Jahren oder gar Jahrzehnten erfolgreich im Einsatz. Das Versprechen sinkender Kosten, mehr Zeit für die Behandlung von Patientinnen und Patienten und der Auflösung und Strukturierung zahlreicher Datensilos wurde bisher noch nicht eingelöst.

EU

Mit der im Jahr 2025 in Kraft getretenen EHDS-Verordnung wurde ein EU-weiter Rechtsanspruch auf einen schnellen und einfachen Zugang zu den eigenen elektronischen Gesundheitsdaten für Patientinnen und Patienten geschaffen. Auch Angehörige der Gesundheitsberufe sollen einen umfassenden Zugang zu Daten erhalten, die für die optimale Behandlung von Patientinnen und Patienten notwendig sind (Primärnutzung).

Die EHDS-Verordnung legt zudem Regelungen für die weitere Nutzung von Gesundheitsdaten (Sekundärnutzung) fest: In der EHDS-Verordnung werden die Voraussetzungen für die datenschutzkonforme Nutzung von Gesundheitsdaten für Patienten- und Produktsicherheit, Forschung, Innovation und Politikgestaltung geregelt. Forschende, Innovatoren, aber auch öffentliche Einrichtungen sollen zukünftig über ein europaweit einheitliches System einen Antrag auf die Nutzung von anonymisierten bzw. pseudonymisierten individuellen Gesundheitsdaten stellen können, um diese für bestimmte, gesetzlich festgelegte Zwecke zu nutzen.

In Grenzregionen wie dem Oberrhein und der Bodensee-Region sind interoperable Lösungen essenziell, um grenzüberschreitende medizinische Leistungen nahtlos in Anspruch nehmen zu können. Der EHDS bietet hierfür einen Ordnungsrahmen, der durch regionale Datendrehscheiben konkret nutzbar gemacht werden sollte.

⁵ Vgl. GEMEINSAM DIGITAL (Bundesgesundheitsministerium, 2023)

⁶ Vgl. GEMEINSAM DIGITAL (Bundesgesundheitsministerium 2026)



50%

20%

30%

60%

50%

20%

30%

60%

Gesundheit 2030

Rahmenbedingungen 2030

Das Gesundheitswesen steht vor immensen Herausforderungen: Der demografische Wandel wird erwartbar dazu führen, dass die im System vorhandenen Ressourcen sowohl noch stärker beansprucht als auch zum Teil zurückgehen werden. Der Anteil der über 65-Jährigen in Baden-Württemberg wird laut Daten des Statistischen Landesamtes Baden-Württemberg bis 2030 um rund 10% steigen, einzelne Kohorten noch deutlich stärker.⁷ Gemäß Diagnosedaten aus dem Jahr 2022 werden rund 46% der Krankenhausfälle durch ältere Patientinnen und Patienten verursacht⁸. Daher wird die Nachfrage nach Gesundheitsleistungen in den kommenden Jahren absehbar steigen. Die Pflegevorausberechnung für Baden-Württemberg prognostiziert, dass auch die Anzahl der Pflegebedürftigen bis ins Jahr 2030 um rund 1% jährlich ansteigen wird. Bereits heute werden in Deutschland jedes Jahr rund 500 Milliarden Euro für Gesundheit ausgegeben⁹, dennoch droht einer aktuellen Projektion des IGES-Instituts zufolge den Krankenkassen 2027 ohne weitere Stabilisierungsmaßnahmen eine Finanzlücke von bis zu zwölf



-
- 7 Vgl. Eigene Berechnungen (auf Basis der Bevölkerungsvorausberechnungen des Statistischen Landesamtes BW)
 - 8 Vgl. Statistischer Bericht – Diagnosen der Krankenhauspatienten (Statistisches Bundesamt, 2023)
Vgl. Neue Pflegevorausberechnung für Baden-Württemberg (Statistisches Landesamt BW, 2024)
 - 9 Vgl. Pressemitteilung Nr. 268 (Statistisches Bundesamt, 2025)

Milliarden Euro¹⁰. Eine wachsende Verknappung von Ressourcen ist auch bei dem medizinischen und pflegerischen Personal zu befürchten. Aktuell liegt das Durchschnittsalter der Hausärztinnen und Hausärzte in Baden-Württemberg bei 56 Jahren. Rund 40 Prozent der Hausärztinnen und Hausärzte sind über 60 Jahre alt und werden voraussichtlich in den nächsten Jahren in den Ruhestand gehen¹¹. Die Anzahl der Ärztinnen und Ärzte ist in den letzten Jahren zwar stabil geblieben, durch die Zunahme von Anstellungen (38,5 h Arbeitszeit pro Woche) und Teilzeittätigkeiten sowie Jobsharing sind die ärztlichen Ressourcen dennoch zurückgegangen. Der wesentliche Aspekt ist jedoch, dass sich die Arbeitsbedingungen verändern und Anforderungen gewachsen sind (z. B. durch Dokumentationspflichten, eine Verdichtung der Arbeit sowie den Einsatz wenig ausgereifter digitaler Anwendungen und stetig wachsenden Anforderungen bezüglich des Datenschutzes und der Informationssicherheit). Damit gibt es keinen Mangel an Ärztinnen und Ärzten, sondern an ärztlicher Zeit, die zur Patientenbetreuung genutzt werden kann.

Auf der anderen Seite hat der technologische Wandel in den vergangenen Monaten und Jahren deutlich an Fahrt aufgenommen und lässt bis 2030 weitere disruptive Innovationen erwarten: Wie schnell die Entwicklungen voranschreiten, zeigt sich am Beispiel der Künstlichen Intelligenz (KI): Im Jahr 2019 wurde in den USA mit GPT2 (Generative Pretrained Transformer) die zu diesem Zeitpunkt größte Sprach-KI, die in der Lage ist eigene Texte zu verfassen, veröffentlicht. Die KI basierte auf 1,5 Milliarden Parametern und benötigte 40 Gigabyte Text; der Nachfolger GPT3 aus dem Jahr 2020 verfügte bereits über 175 Milliarden Parameter und wurde mit 570 Gigabyte Text trainiert. Die aktuellste Version der Anwendung ist multimodal und kann Ein- und Ausgaben von Text, Audio, Bild und Video verarbeiten. Die zunehmende Digitalisierung des Gesundheitswesens, die daraus resultierende Verfügbarkeit von digitalen Daten und weitere zu erwartende Technologiesprünge werden die Entwicklung von Therapien, Medikamenten und

Anwendungen weiter beschleunigen und damit die Transformation des bestehenden Systems vorantreiben. Laut einer Studie der Beratungsgesellschaft McKinsey (2022) könnte die Digitalisierung das deutsche Gesundheitswesen um bis zu 42 Milliarden Euro entlasten.¹² Im Jahr 2024 werden digitale Anwendungen in Krankenhäusern und Praxen hingegen häufig noch als zeitkonsumptiv und kostentreibend wahrgenommen.

Nicht zuletzt wird auch der Klimawandel die Risiken für die Resilienz des Gesundheitswesens erhöhen. Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) bezeichnet den Klimawandel als „die größte Gesundheitsbedrohung für die Menschheit“. Laut Robert Koch-Institut übt der Klimawandel auf vielen Wegen Einfluss auf die menschliche Gesundheit aus, z. B. durch Extremwetterereignisse wie Dürren, Hitzewellen oder Hochwasser, das erhöhte Risiko von Infektionskrankheiten oder direkt und indirekt auf die psychische Gesundheit. Zudem hat der Klimawandel Auswirkungen auf die sozialen Determinanten der Gesundheit (z. B. Zugang zu gesundheitlicher Versorgung) und somit auf das Wohlergehen der Menschen. Insbesondere ältere Menschen sind von den gesundheitlichen Auswirkungen extremer Hitze, unter anderem auf das Herz-Kreislaufsystem, betroffen.¹³ Der demografische Wandel wird das deutsche Gesundheitswesen im Jahr 2030 daher in mehrfacher Sicht prägen.

10 Vgl. Beitragsentwicklung in der Sozialversicherung - Update der szenarienbasierten Projektion bis zum Jahr 2035 im Auftrag der DAK-Gesundheit (IGES Institut 2026)

11 Kassenärztliche Vereinigung BW

12 Vgl. Digitalisierung im Gesundheitswesen: die 42-Milliarden-Euro-Chance für Deutschland (McKinsey, 2022)

13 Vgl. Klimawandel und Gesundheit (www.rki.de, Stand: 05.12.2025)

Vision 2030

Die Ziele des Sozialministeriums bei der Konzeptentwicklung waren unter anderem, die Versorgung langfristig sicherzustellen und evidenzbasierter zu gestalten, Ineffizienzen zu beheben, die finanzielle Tragfähigkeit zu gewährleisten und hierfür unterschiedliche Ansätze gemeinsam zu denken. Dafür wurde ein Gesundheitspfad mit hierarchischen Ebenen entwickelt, der unter dem Credo „präventiv und digital vor ambulant vor stationär“ zusammengefasst werden kann und die Ressourcen in der ambulanten und stationären Versorgung entlasten soll. Bei diesem Gesundheitspfad wurden vier strukturelle Bereiche identifiziert, die von einer beschleunigten Digitalisierung und neuen Technologien besonders profitieren dürften. Neben der Steigerung der Gesundheits- und Digitalkompetenz von Patientinnen und Patienten und Gesundheits- und Pflegepersonal sowie verstärkten Anstrengungen im Bereich der Prävention auf Ebene 1 und einer KI-gestützten Patientensteuerung auf Ebene 2, soll medizinisch und technisch ausge-

bildetes, nicht-ärztliches Personal das System auf Ebene 3 unterstützen und als „Filter“ fungieren. Die klassische ambulante und stationäre Versorgung auf Ebene 4 soll stark digitalisiert und datengetrieben sein und kann dabei von den auf den Ebenen 1–3 anfallenden Daten profitieren. Die Vision ist ein Gesundheitswesen, das stärker auf Prävention statt Kuration, also auf Gesundheitserhalt statt ressourcenintensiver Krankheitsversorgung ausgerichtet ist und mit der Unterstützung durch digitale Hilfsmittel mehr Raum für menschliche Zuwendung lässt.

1. Ebene: Prävention und Gesundheitskompetenz

2. Ebene: Patientensteuerung

3. Ebene: Aufwertung nicht-ärztlichen Personals

4. Ebene: Versorgungsprozesse



1. Ebene

Gesundheits- und Digitalkompetenz / Gesundheitsförderung und Prävention

Die erste Ebene bildet das Fundament eines zukunftsfähigen Gesundheitssystems, indem sie Gesundheitserhalt, digitale Befähigung und präventives Verhalten als zentrale Leitlinien definiert. Angesichts der Tatsache, dass ein erheblicher Anteil der Todesfälle und krankheitsbedingten Einschränkungen auf vermeidbare Erkrankungen zurückzuführen ist – darunter Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Krebs, psychische Störungen sowie Diabetes und Erkrankungen des Muskel-Skelett-Systems – wird die Stärkung der Gesundheitskompetenz zu einer gesamtgesellschaftlichen Aufgabe. Gleichzeitig weisen etwa 55 Prozent der Bevölkerung in Baden-Württemberg eine geringe Gesundheitskompetenz auf¹⁴, was zu ineffizienter Inanspruchnahme des Gesundheitssystems, verzögerter Diagnostik und höheren Kosten führt. Deshalb konzentriert sich diese Ebene darauf, evidenzbasierte Prävention, gesundheitsförderliche Lebenswelten und die individuelle Kompetenz zur Nutzung digitaler Gesundheitsangebote systematisch auszubauen. Viele der nachfolgenden Aspekte und Maßnahmen zielen zwar eher auf die Verhaltensprävention ab. Betrachtet man digitale Anwendungen jedoch als Chance, ein gesünderes Leben zu führen, einen einfacheren Zugang zum Gesundheitssystem zu bekommen und zum Beispiel früher über kritische Gesundheitswerte informiert zu werden, kann der Aufbau einer digital vernetzten Gesundheitsinfrastruktur auch ein wirksamer Beitrag zur Verhältnisprävention sein.

Ein zentraler Bestandteil ist die frühzeitige Förderung gesundheits- und digitalbezogener Fähigkeiten in Kindertagesstätten, Schulen und Jugendeinrichtungen, da die frühen Lebensphasen entscheidend für langfristige Verhaltensmuster sind. Erwachsene sollen durch strukturierte Informationsangebote, digitale Anwendungen und niedrigschwellige Programme befähigt werden, ihre Gesundheit aktiv zu überwachen, Risiken zu erkennen und selbstständig präventive Maßnahmen zu ergreifen. So kann beispielsweise die Einbindung von Gamification / Serious Games, also die Anwendungen von speziellen spielerischen und oft digitalen Elementen in allen Lebensphasen genutzt werden, um Gesundheitskompetenz zu schaffen und Verhaltensänderungen anzuregen. Moderne Technologien – etwa Fitnesstracker, digitale Biomarker, lebensweltintegrierte Sensorik und KI-gestützte Präventions-Apps – ermöglichen erstmals eine kontinuierliche Erfassung von Gesundheitsdaten und damit ein präzises Verständnis individueller Risikoprofile. Dieser Übergang von punktuellen Untersuchungen zu dauerhafter Gesundheitsbegleitung schafft die Grundlage, Risikofaktoren frühzeitig zu identifizieren und krankheitsverzögernde oder -vermeidende Interventionen gezielt einzusetzen. Voraussetzung ist, dass alle Bevölkerungsgruppen im Sinne der gesundheitlichen Chancengleichheit gleichermaßen Zugang zu neuen Technologien erhalten. Selbstverständlich ist dabei auch zu berücksichtigen, inwiefern die Bürgerinnen und Bürger diese neuen Technologien überhaupt nutzen möchten.

2. Ebene

KI-gestützte Patientensteuerung

Darüber hinaus eröffnet die Digitalisierung neue Chancen für integrierte Gesundheitsförderung und „Health in / for All Policies“, da Daten aus Bildung, Umwelt, Mobilität und Wohnen verknüpft werden können. Dies schafft die Voraussetzung für wirkungsvolle, ressortübergreifende Strategien, die Gesundheitsdeterminanten breiter adressieren. Dies legt einen Grundstein zur Verbesserung der Lebenswelten und manifestiert Gesundheit als Querschnittsaufgabe.

Die erste Ebene definiert damit ein Selbstverständnis, in dem Gesundheitserhalt nicht allein Aufgabe der Versorgung / des professionellen Systems ist, sondern sich zu einem gesellschaftlichen Selbstverständnis wandelt. Sie schafft ein präventionsorientiertes Fundament, das die höheren Ebenen entlastet und den Fokus des Systems nachhaltig verschiebt: weg von Krankheit, hin zu Gesundheit.



Die zweite Ebene adressiert das strukturelle Problem des in Deutschland weitgehend ungesteuerten Zugangs zum Gesundheitssystem, das erhebliche Ressourcen bindet, Wartezeiten verlängert und ambulante wie stationäre Einrichtungen belastet. KI-gestützte Patientensteuerung soll diesen Zustand durch eine intelligente, evidenzbasierte und ressourcenschonende Navigation ersetzen. Ziel ist es, Patientinnen und Patienten bereits beim Erstkontakt im digitalen Raum zu leiten, Symptome zu strukturieren, Dringlichkeit zu bewerten und eine geeignete Versorgungsebene vorzuschlagen.

Ein KI-basierter Erstkontakt, zum Beispiel über Chatbots, Sprachdialoge oder bildgestützte Selbsteinschätzungen, übernimmt automatisiert die strukturierte Anamnese und bietet erste diagnostische Orientierung. Diese Informationen werden anschließend qualitätsgesichert an medizinisches Fachpersonal weitergegeben, sodass dieses mit vollständigen, standardisierten Vorinformationen in die Behandlung einsteigen kann. Der Einsatz solcher Systeme ermöglicht eine deutliche Entlastung der Haus- und Fachärztinnen und -ärzte, indem administrative Tätigkeiten und Teile der diagnostischen Vorprüfung automatisiert werden und patientenseitig Orientierung gegeben wird. Voraussetzung hierfür sind die Verfügbarkeit und intersektorale und -professionelle Nutzung interoperabler Systeme, die strukturierte medizinische Daten verarbeiten und nutzerzentriert am erforderlichen „Point of Care“ vorhalten.

Die KI handelt dabei nicht autonom im Sinne eines medizinischen Entscheiders, sondern als digitaler Lotse nach klaren regulatorischen Vorgaben. Ärztinnen und Ärzte behalten die Hoheit über Diagnosen und Therapien, während die KI repetitive Aufgaben, Datenaufbereitung und Priorisierung übernimmt. Für Bürgerinnen und Bürger entsteht

14+15 Vgl. Gesundheitskompetenz der Bevölkerung in Baden-Württemberg – Ergebnisse der Teilstudie HLS-GER 3: Baden-Württemberg (Schaeffer et al., 2025)

3. Ebene

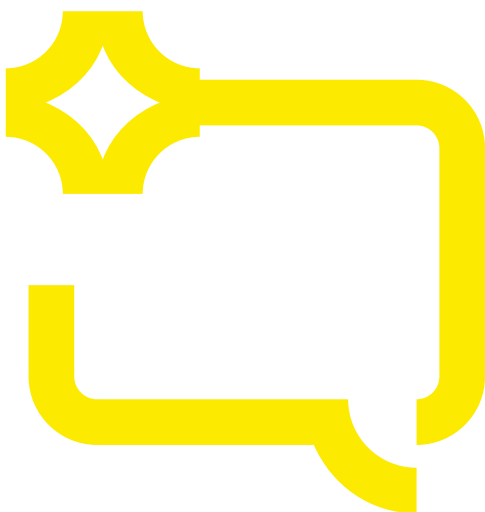
Stärkung nicht ärztlichen Personals

dadurch ein System, das Transparenz und Verlässlichkeit bietet und zugleich den problematischen Trend zur Nutzung fragwürdiger Internetquellen („Dr. Google“) ersetzt. Ein solcher digitaler Zugangspunkt wird außerdem dazu beitragen, die navigationale Gesundheitskompetenz zu erhöhen – ein Bereich, in dem etwa vier Fünftel der Bevölkerung Schwierigkeiten hat¹⁵.

Durch diese zielgerichtete Steuerung können unnötige Beanspruchungen von Notaufnahmen, überlastete Facharztpraxen und ineffiziente Versorgungskontakte reduziert werden. Gleichzeitig wird die Grundlage für die Ebenen 3 und 4 gelegt, da strukturierte Daten und priorisierte Fälle eine gezielte Weiterleitung ermöglichen. Die KI-gestützte Patientensteuerung ist damit ein zentraler Hebel, um Ressourcen dorthin zu lenken, wo sie am dringendsten benötigt werden, und ein effizienteres, geordnetes Versorgungssystem zu schaffen.

Die dritte Ebene bildet das Bindeglied zwischen digitaler Patientensteuerung und ärztlich-spezialisierter Versorgung. Sie hat das Ziel, die Kompetenzen nicht ärztlicher Gesundheitsprofessionen erheblich zu erweitern und damit eine neue, leistungsfähige Versorgungsschicht zu etablieren, die Routine- und Standardfälle übernimmt, kontinuierliche Betreuung sicherstellt und ärztliches Personal entlastet.

Im Zentrum steht die Entwicklung von in Deutschland neuen Rollenprofilen, die medizinische und technische Qualifikationen verbinden und KI-gestützte Anwendungen sicher nutzen können. Die „ambulante Gesundheitsassistentin“ oder der „ambulante Gesundheitsassistent“ fungiert als erste menschliche Anlaufstelle im Versorgungspfad, ergänzt digitale Lotsenprozesse und übernimmt systematisierte Tätigkeiten wie standardisierte Diagnostik, Verlaufsbeobachtung, Monitoring und Teile des Case-Managements. Mithilfe KI-basierter Tools können diese Fachkräfte Befunde strukturieren, Risikoeinschätzungen treffen und klare Hinweise für die Weiterleitung in (fach-)ärztliche Behandlungen liefern. Diese Vorgehensweise entlastet die ärztlichen Fachkräfte und ermöglicht es ihnen, sich stärker auf komplexe Fälle und spezialisierte medizinische Aufgaben zu konzentrieren. Gleichzeitig erfahren nicht ärztliche Berufsgruppen eine Aufwertung.



4. Ebene

Digital unterstützte Versorgungsprozesse

Vorbildfunktionen liefern internationale Berufsprofile wie Community Health Nurses oder Physician Assistants, die bereits heute sowohl medizinische als auch psychosoziale Leistungen übernehmen und verstärkt in Prävention, Früherkennung und Langzeitbegleitung wirken. In Deutschland können verschiedene bestehende Qualifikationen als Ausgangspunkt dienen; entscheidend ist jedoch, Curricula systematisch um Digitalkompetenz, KI-Anwendung, Dateninterpretation und technologiegestützte Versorgung zu erweitern. So entsteht auf Basis zahlreicher bereits heute vorhandener Kompetenzen ein modernes Berufsbild, das sowohl attraktiv ist als auch tatsächlich entlastend wirkt.

Die neue bzw. erweiterte Rolle des nicht ärztlichen Personals ist mehr als eine operative Unterstützungsfunktion: Sie ist ein strukturprägendes Element eines modernen multiprofessionellen Versorgungssystems. Sie gewährleistet erreichbare, niedrighschwellige Kontaktpunkte für Bürgerinnen und Bürger, unterstützt Prävention, begleitet chronisch erkrankte Menschen engmaschig und fungiert als Koordinationsstelle zwischen digitaler Steuerung und spezialisierter Versorgung. Damit wird ein zentraler Engpass im deutschen Gesundheitssystem adressiert: fehlende ärztliche Zeit, nicht fehlende Ärztinnen und Ärzte.

Die vierte Ebene beschreibt eine spezialisierte, ambulante und stationäre Versorgung, die bis 2030 vollständig digital integriert, evidenzbasiert und sektorenübergreifend organisiert sein soll. Sie ist das Zielbild einer medizinischen und pflegerischen Versorgung, die auf Effizienz, Datenverfügbarkeit, Interoperabilität und digital unterstützte Prozesse setzt und damit die Leistungsfähigkeit aller vorangegangenen Ebenen optimal nutzt.

Zentrale Voraussetzungen sind Qualitätsmanagement und -sicherung, Standards sowie eine moderne elektronische Patientenakte, die strukturierte, interoperable Daten enthält, automatisiert mit digitalen Anwendungen verknüpft ist und in Echtzeit für Behandelnde zur Verfügung steht. KI-Assistenzsysteme unterstützen Diagnostik, Therapiewahl und Dokumentation und werden zum festen Bestandteil medizinischer Routineprozesse. Telemedizinische Angebote – Videokonsultationen, Telemonitoring, Telekonsile – ermöglichen eine ortsunabhängige Versorgung und gewinnen angesichts der fortschreitenden Zentralisierung stationärer Leistungen erheblich an Bedeutung.

Darüber hinaus entsteht durch die Nutzung der Daten aus allen vier Ebenen ein umfassender Datenraum für Versorgung und Forschung, der Innovation beschleunigt und neue wissenschaftliche Erkenntnisse ermöglicht. Voraussetzung sind rechtliche Klarheit, technische und semantische Standards, Interoperabilität und transparente Governance-Strukturen. Die vierte Ebene ist damit der Ort, an dem sich der gesamtstrategische Ansatz „präventiv und digital vor ambulant vor stationär“ konkretisiert und in wirksame Versorgungsprozesse übersetzt.

Vision 2050

Um die in dieser Strategie adressierte Vision Gesundheit 2030 nicht losgelöst von langfristigen Entwicklungen aufzustellen, wurde auch eine Vision für das Jahr 2050 entwickelt. Dabei wurde deutlich, dass diese viele Kongruenzen aufweist und der Leitgedanke – präventiv und digital vor ambulant vor stationär – derselbe bleibt. Lediglich der Stand der technischen Entwicklung bzw. die daraus abgeleiteten Potenziale dürften sich unterscheiden. Die Vision für das Gesundheitssystem des Jahres 2050 beschreibt einen tiefgreifenden Wandel von einem kurativ geprägten Versorgungssystem hin zu einer resilienten, präventiv ausgerichteten und vollständig vernetzten Gesundheitsinfrastruktur. Im Zentrum steht ein Paradigmenwechsel, der Gesundheitserhaltung und vorausschauendes Handeln zur leitenden Logik macht und Prävention vor Kuration stellt. Die Bevöl-

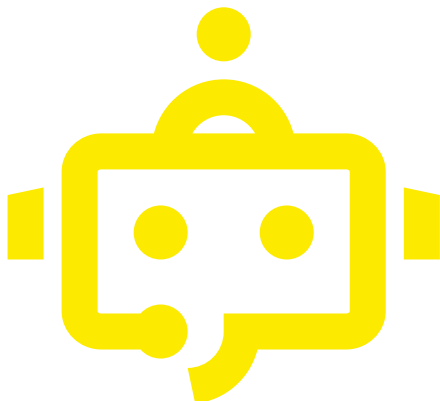
kerung wird als aktiver, souveräner Partner verstanden, dessen Engagement, Gesundheitskompetenz und digitale Kompetenz gezielt gestärkt werden, damit präventives Verhalten selbstverständlich wird. KI-gestützte Analytik erlaubt frühe Risikovorhersagen und personalisierte Interventionen, sodass Gesundheit nicht erst im Krankheitsfall, sondern kontinuierlich im Alltag gefördert wird. Kindertagesstätten, Bildungseinrichtungen, Unternehmen und weitere Lebenswelten werden als systematische Präventionsräume einbezogen, während Belohnungsmodelle gesundheitsförderliches Verhalten verstärken.

Daten werden durch geschützte, cloudbasierte Plattformen, die elektronische Patientenakte und einen digitalen Gesundheitszwillings, der die Gesamtheit der individuellen Gesundheitsdaten



aus allen Ebenen und Datenquellen abbildet, nahtlos verfügbar gemacht und bilden die Grundlage einer übergreifenden, orchestrierten Steuerung der Versorgung. Diese digitale Infrastruktur fungiert als integrativer Motor des Systems, der datenbasierte Entscheidungen ermöglicht, Prozessbrüche vermeidet und eine gezielte Navigation der Patientinnen und Patienten durch alle Versorgungsschritte sicherstellt. Das Steuerungsmodell basiert auf einem Zusammenspiel aus KI-Unterstützung und menschlicher Orientierung: KI lenkt effizient, erkennt Muster und priorisiert Maßnahmen entlang eines Pfades vom Einfachen zum Komplexeren, während menschliche Lotsen als Vertrauensinstanz fungieren, komplexe Situationen begleiten und moralische sowie emotionale Aspekte der Versorgung absichern. Diese duale Lotsenfunktion – technische Präzision und menschliche Orientierung – ist ein zentrales Strukturelement.

Die Vision betont ausdrücklich die volle Datensouveränität der Bürgerinnen und Bürger. Individuen behalten die Entscheidungsbefugnis über die Nutzung ihrer Gesundheitsdaten sowie über eingreifende Maßnahmen. Der digitale Gesundheitszwilling ermöglicht transparente, evidenzbasierte Entscheidungen und stellt einen kontinuierlichen, personalisierten Gesundheitsstatus bereit. KI-gestützte Technologie wird als leistungsfähiger, aber erklärbarer Unterstützungsmechanismus verstanden, der nicht nur Fachkräfte, sondern auch Bürgerinnen und Bürger befähigt, informierte Entscheidungen zu treffen. Die Verbesserung von Digital- und Health Literacy ist damit nicht ergänzend, sondern ein strategisches Schlüsselement des Gesamtsystems.

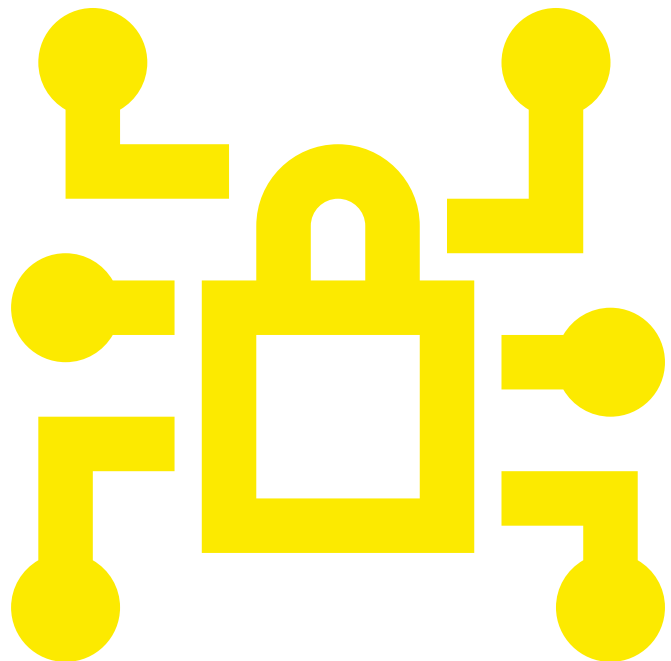


Ein weiteres Kernelement der Vision ist die radikale Dezentralisierung von Analyse und Intervention. Gesundheitsversorgung beginnt verstärkt im häuslichen Umfeld, unterstützt durch umfassende Sensorik, Smart Devices und telemedizinische Lösungen. Modelle wie „Hospital at Home“ ermöglichen eine wohnortnahe, niedrigschwellige Versorgung, während stationäre Einrichtungen sich stärker auf komplexe und hochspezialisierte Behandlungen konzentrieren. Gleichzeitig werden Versorgungsstrukturen in alltägliche Lebensumfelder verlagert – etwa durch Einkaufspraxis-Modelle oder niedrigschwellige Anlaufstellen wie Apotheken. Regionale Innovations-Labs sollen als praxis- und kliniknahe Entwicklungs- und Testumgebungen dienen, um neue Versorgungsformen schnell in die Fläche zu bringen.

Eine zentrale Rolle spielt weiterhin die Erweiterung und Aufwertung nicht-ärztlicher Gesundheitsprofessionen. Durch den Einsatz von KI, Robotik und neue Ausbildungs- sowie Tätigkeitsprofile werden diese Berufsgruppen darin unterstützt mehr Verantwortung zu übernehmen und anspruchsvollere Aufgaben zu erledigen. Erklärbare KI-Systeme gewährleisten dabei, dass die getroffenen Entscheidungen transparent und nachvollziehbar sind, sodass alle beteiligten Fachkräfte, unabhängig vom akademischen Hintergrund, sicher und verantwortungsvoll handeln können. Interprofessionelle, smarte Versorgungsteams um die ärztliche Funktion herum erhöhen Effizienz, entlasten die Fachkräfte und verbessern die Betreuungskontinuität. Hierfür wird ein rechtlicher Rahmen nötig, der neue Kompetenzen ermöglicht. Damit einhergehend wird sich das Selbstverständnis und damit auch die Ausbildung von Ärztinnen und Ärzten deutlich verändern. Diese werden den Gesamtüberblick über alle Gesundheits- und Versorgungsebenen behalten, Daten analysieren und Entscheidungen von KI und nicht-ärztlichem Personal in der Qualität sichern. Darüberhinausgehend werden sie sich um hochspezialisierte Fälle kümmern.

Das Gesundheitssystem 2050 ist somit als fluides, vernetztes Gesamtsystem konzipiert, das Sektorengrenzen überwindet und durch digitale Datennutzung reibungslose Übergänge organisiert. Die bestehende Infrastruktur wird zu einem durchgängigen Daten- und Prozessökosystem weiterentwickelt, in dem ambulante, stationäre, präventive und soziale Leistungen nahtlos ineinandergreifen. Ein hohes Maß an Interoperabilität, modernen digitalen Standards und sicheren, skalierbaren Speichersystemen sind die Grundlage. Nachhaltigkeit wird gleichzeitig als integraler Bestandteil der IT- und Versorgungsinfrastruktur definiert, einschließlich Energieeffizienz, ressourcenschonender Datennutzung und kontinuierlicher Überwachung digitaler Systeme.

Im Zentrum der Vision steht der Mensch: als souveräner Entscheidungsträger über seine Daten, als aktiver Partner im Präventionssystem und als selbstbestimmter Navigator seines persönlichen Gesundheitsweges. Die digitale Infrastruktur ermöglicht eine hochgradig personalisierte, evidenzbasierte Begleitung, ohne die Bedeutung menschlicher Nähe, Orientierung und Beziehung zu verdrängen. Das System soll Vertrauen stärken, gesellschaftliche Teilhabe fördern und durch transparente Prozesse, Sicherheit und Gemeinwohlorientierung überzeugen. Damit entsteht ein Gesundheitssystem, das technologiegestützt, solidarisch, präventionsorientiert und gleichzeitig nachhaltig, inklusiv und zukunftsfähig ist.





Cluster

Die Umsetzung von Gesundheit 2030 erfordert mehr als einzelne Digital- oder Strukturprojekte. Sie setzt eine kohärente Transformationslogik voraus, die systemische Voraussetzungen schafft, bestehende Versorgungslogiken weiterentwickelt und Innovationen gezielt ermöglicht. Vor diesem Hintergrund sind die Maßnahmen von Gesundheit 2030 drei übergeordneten Clustern zugeordnet, die inhaltlich aufeinander aufbauen und gemeinsam die Transformation des Gesundheitswesens tragen. Die in der Strategie Gesundheit 2030 formulierten vier Ebenen sollen hierdurch nicht aufgelöst, son-

dern operationalisiert und miteinander verbunden werden. Aufgrund dieser notwendigen Verlinkung sind Repetitionen einzelner Teilmaßnahmen in mehreren Clustern nicht zu vermeiden und dienen der Homogenität der Gesamtstrategie. Zur Umsetzung werden zahlreiche Akteurinnen und Akteure benötigt – auch außerhalb von Baden-Württemberg. Das Sozialministerium kann sich daher in vielen Fällen nur dafür einsetzen, dass entsprechende Anpassungen vorgenommen werden, aber diese nicht oder nicht vollständig autark umsetzen.



Cluster 1

(Digitales) Fundament schaffen

Das erste Cluster schafft die grundlegenden Voraussetzungen für ein digitales, integriertes, lernendes und krisenresilientes Gesundheitssystem. Es adressiert jene Faktoren, ohne die digitale Versorgung, neue Versorgungsmodelle und datenbasierte Steuerung nicht wirksam umgesetzt werden können. Im Mittelpunkt stehen dabei Daten, eine sichere Infrastruktur, Kompetenzen und Anreizsysteme. Die verantwortungsvolle Nutzung von Gesundheitsdaten für Versorgung, Prävention und Forschung, die Weiterentwicklung der elektronischen Patientenakte zur Gesundheitsakte sowie die konsequente Umsetzung von Interoperabilität und die Stärkung der strategischen Resilienz und Krisenfähigkeit des Gesundheitswesens bilden die technische und organisatorische Basis von Gesundheit 2030. Einen wesentlichen und langfristigen Beitrag zu diesem Cluster wird das Projekt „MEDI:CUS“ auf Landesebene zum Aufbau einer

cloudbasierten Gesundheitsdateninfrastruktur leisten. Ergänzend wird mit der Verbesserung der digitalen Gesundheitskompetenz das Vertrauen und die Nutzungskompetenz auf Seiten der Bürgerinnen und Bürger adressiert. Digitale Lösungen müssen konsequent nutzerzentriert entwickelt werden. Für Leistungserbringer bedeutet dies eine Integration in bestehende Arbeitsabläufe und eine Reduktion administrativer Belastungen. Für Patientinnen und Patienten stehen Verständlichkeit, Barrierefreiheit und intuitive Bedienbarkeit im Vordergrund. Benutzer-/Anwenderfreundlichkeit ist damit ein zentraler Erfolgsfaktor. Eine Neuausrichtung der Vergütung sorgt dafür, dass digitale und präventive Leistungen nicht nur möglich, sondern auch systematisch unterstützt werden. Das (digitale) Fundament stellt damit sicher, dass Gesundheit 2030 auf stabilen, anschlussfähigen und akzeptierten Strukturen aufbaut.

Maßnahme

Daten für Prävention, Versorgung und gemeinwohlorientierte Forschung nutzbar machen

Maßnahme

Digitalkompetenz und digitale Gesundheitskompetenz bei Bürgerinnen und Bürgern stärken

Maßnahme

Elektronische Patientenakte zu einer Gesundheitsakte weiterentwickeln

Maßnahme

Interoperabilität als Grundlage eines digitalen Gesundheitssystems konsequent umsetzen

Maßnahme

Strategische Resilienz und Krisenfähigkeit des Gesundheitswesens stärken

Maßnahme

Neuausrichtung und Vergütung

Maßnahme

Daten für Prävention, Versorgung und gemeinwohlorientierte Forschung nutzbar machen



Was wollen wir erreichen?

Wir wollen Gesundheitsdaten verantwortungsvoll so nutzen, dass sie konkret der Versorgung der Patientinnen und Patienten dienen (Primärnutzung) und zugleich auf Systemebene, etwa durch Forschung, zur Verbesserung von Prävention, Versorgung und Steuerung beitragen (Sekundärnutzung). Ziel ist ausdrücklich kein gläserner Patient, sondern ein gläsernes System. Die individuelle Versorgung bleibt geschützt, souverän steuerbar und zweckgebunden, während das Gesundheitssystem insgesamt transparenter, lernfähiger und wirksamer wird. Damit schaffen wir die Grundlage für ein lernendes und grenzüberschreitendes Gesundheitssystem im Sinne von Gesundheit 2030, eingebettet in den europäischen Ordnungsrahmen des EHDS.



Warum wollen wir dieses Ziel erreichen?

Mit der Digitalisierung entstehen zunehmend Gesundheitsdaten in der Versorgung, in der Prävention und im Lebensalltag der Menschen. Diese Daten haben einen hohen Wert – sowohl für die individuelle Behandlung als auch für die Weiterentwicklung des Gesundheitssystems insgesamt. Gleichzeitig bestehen Bedenken vor Kontrollverlust, Intransparenz und Zweckentfremdung von Daten. Diese entstehen insbesondere dann, wenn nicht klar zwischen der Nutzung von Daten für die individuelle Versorgung und der Nutzung für sekundäre Zwecke unterschieden und deren jeweiliger Nutzen unzureichend kommuniziert wird.



Wie wollen wir dieses Ziel erreichen?

a) Primärnutzung stärken – Daten für die individuelle Versorgung

Wir setzen uns dafür ein,

- dass Gesundheitsdaten der medizinischen Versorgung der einzelnen Patientinnen und Patienten dienen,
- dass die Gesundheitsakte als zentrales Instrument der Primärnutzung ausgestaltet wird, über das Patientinnen und Patienten ihre Daten einsehen, verwalten und gezielt freigeben oder einschränken können,
- dass Daten aus ambulanter, stationärer, präventiver und häuslicher Versorgung (z.B. Health at Home) zeitnah für die Behandlung verfügbar sind, wenn dies medizinisch sinnvoll ist,
- dass Krankenkassen die Möglichkeit erhalten, Routinedaten gezielt für individuelle Versorgungs- und Präventionsangebote einzusetzen.

b) Sekundärnutzung ermöglichen – Daten für ein lernendes Gesundheitssystem

Wir setzen uns dafür ein,

- dass Gesundheitsdaten in anonymisierter, pseudonymisierter oder aggregierter Form für sekundäre Zwecke genutzt werden können,
- dass diese Sekundärnutzung gemeinwohlorientiert stattfindet,
- dass Gesundheitsdaten aus unterschiedlichen Quellen (z.B. Krankenhäuser, Krankenkassen, Register, Labore, ÖGD) datenschutzkonform verknüpft werden können, um sektorübergreifende Analysen und Längsschnittstudien

zu ermöglichen (Record Linkage) und insofern bereits in der EHDS-VO und im GDNG bestehende Regelungen genutzt und weiterentwickelt werden,

- dass Regionen und Kommunen sowie öffentlich-rechtliche Organisationen und gemeinsame Selbstverwaltung aggregierte Daten datenschutzkonform nutzen können, um Versorgung bedarfsgerecht zu planen und weiterzuentwickeln.

c) Gläsernes System statt gläserner Patientinnen und Patienten

Wir setzen uns dafür ein,

- dass Transparenz auf der Ebene von Strukturen, Prozessen und Ergebnissen entsteht – nicht auf Ebene einzelner Patientenakten,
- dass Entscheidungsträger, Selbstverwaltung und Öffentlichkeit nachvollziehen können, wie Versorgung wirkt und wo Verbesserungsbedarf besteht,
- dass Patientinnen und Patienten jederzeit transparent nachvollziehen können, wofür ihre Daten genutzt werden.

d) Vertrauen, Transparenz und Kontrolle stärken

Wir setzen uns dafür ein,

- dass Datennutzung verständlich kommuniziert wird,
- dass Datenschutz, Datensicherheit und Datensouveränität konsequent gewährleistet bleiben,
- dass Vertrauen als zentrale Voraussetzung für Datennutzung aktiv gestärkt wird.

e) Wertschätzung und Finanzierung des Erhebungsaufwands bei Leistungserbringern

Wir setzen uns dafür ein,

- dass der von den Leistungserbringern getragene Erhebungs-, Dokumentations- und Meldeaufwand – insbesondere für systemische Register und Forschungszwecke jenseits des Fallbezugs – adäquat abgebildet und in Vergütungsmodellen berücksichtigt wird.



Welche Wirkung erwarten wir?

- noch bessere individuelle Versorgung durch qualitätsgesicherte, vollständige und verfügbare Daten,
- noch gezieltere Prävention und stark evidenzbasierte Versorgungssteuerung,
- noch fundiertere Evaluation und Weiterentwicklung digitaler Maßnahmen,
- höhere Akzeptanz der Bevölkerung durch klar kommunizierte und nachvollziehbare Regeln, Transparenz- und Kontrollmechanismen,
- ein lernendes und vertrauenswürdiges Gesundheitssystem auf Basis des Solidaritätsprinzips.



Welche Akteurinnen und Akteure werden benötigt?

- **Bund und Länder:** rechtliche Ausgestaltung, Aufbau der erforderlichen Governance und nationale Umsetzung europäischer Vorschriften, Programme zur Förderung der Akzeptanz
- **ÖGD:** Bereitstellung und Nutzung der Daten zur weiteren Verwendung in Prävention und Gesundheitsplanung.
- **Zugangsstellen wie die DACO (Datenzugangs- und Koordinierungsstelle), das FDZ (Forschungsdatenzentrum Gesundheit) oder das Zentrum für Medizinregister (ZMR):** Bereitstellung der Daten für Forschung, Beratung

- **Europäische Institutionen:** Grenzüberschreitende Nutzbarmachung von Daten, ggf. Weiterentwicklung des EHDS
- **Kranken- und Pflegekassen:** Nutzung aggregierter Daten für Prävention, Steuerung und Datenbereitstellung
- **Wissenschaft (inkl. Universitätsklinika und Medizinischen Fakultäten) und Wirtschaft:** Nutzung der Daten für gemeinwohlorientierte Forschung
- **Leistungserbringer:** strukturierte, tagesaktuelle und qualitätsgesicherte Bereitstellung von Daten
- **Regionen und Kommunen/ gemeinsame Selbstverwaltung:** Nutzung systemischer Erkenntnisse für bedarfsgerechte Versorgung
- **Patientinnen und Patienten:** Akzeptanz für die Forschung mit anonymisierten und – wo notwendig – pseudonymisierten Gesundheitsdaten



Maßnahme

Digitalkompetenz und digitale Gesundheitskompetenz bei Bürgerinnen und Bürgern stärken



Was wollen wir erreichen?

Wir wollen die Digitalkompetenz und insbesondere die digitale Gesundheitskompetenz von Bürgerinnen und Bürgern systematisch stärken. Ziel ist es, Menschen zu befähigen, digitale Gesundheitsangebote selbstbestimmt, sicher und kompetent zu finden und zu nutzen, um informierte Entscheidungen für ihre Gesundheit zu treffen. Dazu müssen aber auch die Strukturen im Gesundheitswesen vereinfacht bzw. barriereärmer gestaltet werden. Digitale Anwendungen sollen nicht überfordern, sondern unterstützen, Orientierung geben und Teilhabe ermöglichen.



Warum wollen wir dieses Ziel erreichen?

Digitale Anwendungen werden zu einem zentralen Bestandteil der Gesundheitsversorgung. Gleichzeitig verfügen viele Patientinnen und Patienten bislang nur über eingeschränkte digitale Gesundheitskompetenz. Eine Studie¹⁶ im Auftrag des Bosch Health Campus aus dem Jahr 2025 belegt: Zwei Drittel der Befragten (66 Prozent) in Baden-Württemberg hat Schwierigkeiten mit digitalen Gesundheitsinformationen umzugehen. Besonders herausfordernd ist es für viele, die Vertrauenswürdigkeit und Unabhängigkeit dieser Informationen richtig einzuschätzen. Betroffen sind vor allem Menschen ab 65 Jahren sowie sozial benachteiligte Gruppen, die mit diesen digitalen Hürden stärker konfrontiert sind. Fehlende Kompetenzen und Ressourcen führen zu Unsicherheit, Nichtnutzung oder Fehlanwendung digitaler Angebote. Ohne gezielte Unterstützung drohen neue Formen sozialer und gesundheitlicher Ungleichheit. Eine erfolgreiche Strategie setzt daher voraus, dass Patientinnen und Patienten digitale Angebote finden, verstehen, nutzen und ihnen vertrauen können.

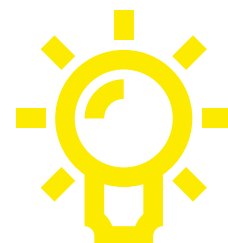


Wie wollen wir dieses Ziel erreichen?

a) Digitale Gesundheitskompetenz als Teil der Gesundheitsförderung verankern

Wir setzen uns dafür ein,

- digitale Gesundheitskompetenz und Digitalkompetenz als eigenständige Bestandteile der Gesundheitsförderung anzuerkennen und systematisch zu stärken,
- Bürgerinnen und Bürger zu befähigen, digitale Informationen einzuordnen, Anwendungen sicher zu nutzen und Gesundheitsdaten verantwortungsvoll zu handhaben,
- Strukturen im Gesundheitssystem zu vereinfachen und Zugangsbarrieren zu senken.



¹⁶ Vgl. Gesundheitskompetenz der Bevölkerung in Baden-Württemberg (Bosch Health Campus, 2025)

b) Multiplikatorinnen und Multiplikatoren gezielt einsetzen

Wir setzen uns dafür ein,

- Multiplikatorinnen und Multiplikatoren zu gewinnen und zu qualifizieren, die Bürgerinnen und Bürger bei der Nutzung digitaler Gesundheitsangebote unterstützen,
- diese Multiplikatorinnen und Multiplikatoren in bestehenden Strukturen zu verankern, etwa in Kommunen, (Familien-)Bildungseinrichtungen, Nachbarschaftsinitiativen oder Selbsthilfeorganisationen,
- auch die Ärzteschaft in ihrer Rolle als Vermittler von Gesundheitsinformationen und Förderer von Gesundheitskompetenz zu stärken.

c) Niedrigschwellige Unterstützungsangebote schaffen

Wir setzen uns dafür ein,

- einfache und verständliche Unterstützungsangebote zur Nutzung digitaler Gesundheitsanwendungen bereitzustellen,
- diese Angebote alltagsnah zu gestalten und zusätzliche Hürden zu vermeiden,
- gezielt auch Menschen mit eingeschränkten digitalen Vorkenntnissen zu erreichen.

d) Zielgruppenspezifische Ansätze fördern

Wir setzen uns dafür ein,

- dauerhafte Förderprogramme und Maßnahmen zielgruppenspezifisch auszugestalten, etwa für ältere Menschen, Familien, Menschen mit chronischen Erkrankungen oder Behinderungen sowie sozial benachteiligte Gruppen und diese bei erfolgreicher Evaluation in die Regelfinanzierung aufzunehmen,
- unterschiedliche Lern- und Unterstützungsformate zu nutzen, von persönlicher Begleitung bis zu digitalen Lernangeboten.

e) Vertrauen und Akzeptanz stärken

Wir setzen uns dafür ein,

- transparent über Nutzen, Grenzen und Datenschutz digitaler Anwendungen zu informieren,
- digitale Gesundheitsangebote verständlich, nachvollziehbar und nutzerorientiert zu gestalten,
- Vertrauen in digitale Gesundheitsangebote aktiv aufzubauen.



Welche Wirkung erwarten wir?

- zielgerichtete Nutzung verlässlicher digitaler Gesundheitsangebote,
- Stärkung der Selbstbestimmung von Patientinnen und Patienten,
- Reduktion digital bedingter Zugangsbarrieren,
- Verbesserung der (digitalen) Gesundheitskompetenz über alle Altersgruppen und sozialen Gruppen hinweg,
- Unterstützung einer gerechten und inklusiven digitalen Gesundheitsversorgung.



Welche Akteurinnen und Akteure werden benötigt?

- **Bund, Länder und Kommunen:** Förderung und Koordination entsprechender Programme
- **Kranken- und Pflegekassen:** Unterstützung von Kompetenzangeboten
- **Wissenschaft und Forschung:** Entwicklung von evidenzbasierten Angeboten für Fort- und Weiterbildung und begleitende umfassende Evaluierung der Angebote
- **Patientenorganisationen und Selbsthilfegruppen:** zentrale Multiplikatorinnen und Multiplikatoren
- **Kommunale (Bildungs-)Einrichtungen und zivilgesellschaftliche Akteurinnen und Akteure:** Umsetzung vor Ort
- **Digitale Gesundheitsanbieter:** nutzerfreundliche Gestaltung der Angebote
- **Patientinnen und Patienten:** aktive, befähigte Nutzerinnen und Nutzer

Maßnahme

Elektronische Patientenakte zu einer Gesundheitsakte weiterentwickeln



Was wollen wir erreichen?

Wir wollen die elektronische Patientenakte (ePA) von einer primär dokumentenorientierten Behandlungsakte zu einer umfassenden, lebensbegleitenden digitalen Gesundheitsakte weiterentwickeln, die das Herzstück von Gesundheit 2030 bildet. Alle relevanten Gesundheitsdaten sollen über die vier Ebenen von Gesundheit 2030 hinweg zusammengeführt werden. Der Fokus wird systematisch von Krankheit hin zu Gesundheitsförderung, Prävention und Selbstmanagement erweitert. Durch strukturierte Daten und digitale Mehrwertdienste soll ein konkreter, erlebbarer Nutzen für Bürgerinnen und Bürger, Versorgung und Systemsteuerung entstehen. Die Gesundheitsakte wird damit zur zentralen digitalen Infrastruktur eines modernen, präventionsorientierten und barrierefreien Gesundheitssystems, in dem die Patientin bzw. der Patient die Hoheit über ihre bzw. seine Gesundheitsdaten hat.



Warum wollen wir dieses Ziel erreichen?

Die heutige ePA ist überwiegend auf die Dokumentation medizinischer Behandlungsvorgänge ausgerichtet und bildet damit nur einen Teil der Informationen ab, die für eine digitale, präventions- und datenbasierte Gesundheitsversorgung erforderlich sind. Zentrale Herausforderungen bestehen in dem starken Fokus auf krankheitsbezogene Daten, der geringen Einbindung von Daten gesunder Menschen – etwa aus Wearables oder Präventionsangeboten – sowie dem hohen Anteil unstrukturierter Daten und Dokumente, der die Nutzung für Prävention, Koordination und Steuerung sowie die Nachnutzung zu gemeinwohlorientierten Forschungszwecken einschränkt. Für Gesundheit 2030 ist jedoch entscheidend, dass Gesundheitsdaten nicht nur archiviert, sondern aktiv genutzt, standardisiert, vernetzt und in Mehrwert überführt werden. Die Weiterentwicklung der ePA zur Gesundheitsakte schafft dafür die strukturellen Voraussetzungen.

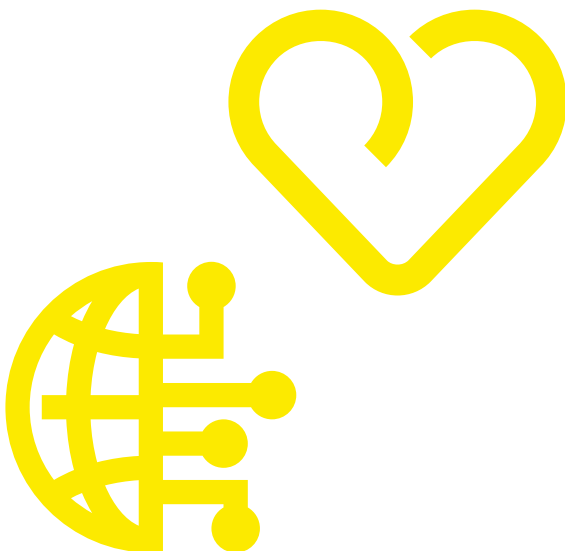


Wie wollen wir dieses Ziel erreichen?

a) Positionierung der Gesundheitsakte als Herzstück von Gesundheit 2030

Wir setzen uns dafür ein,

- die Gesundheitsakte als zentrale digitale Klammer des Gesundheitssystems auszugestalten und hierfür eine klare, verbindliche Roadmap zu entwickeln,
- Daten aus allen vier Ebenen von Gesundheit 2030 zu integrieren, insbesondere individuelle Gesundheits-, Präventions- und Lebensstil-Daten, Daten aus der digitalen Anamnese und KI-gestützten Patientensteuerung, Versorgungs- und Behandlungsdaten, sektorenüber-



greifende Prozess- und Verlaufsdaten sowie – unter klaren Bedingungen – aggregierte Daten für Forschung und Systemsteuerung,

- die Gesundheitsakte als Referenzinfrastruktur für digitale Prävention, Versorgung und Innovation zu etablieren.

b) Stärkerer Fokus auf Daten von Gesunden und Prävention

Wir setzen uns dafür ein,

- die Gesundheitsakte bewusst über den Krankheitsfall hinaus weiterzuentwickeln,
- Gesundheits- und Präventionsdaten aus Wearables, Sensoren sowie digitalen Präventions-, Bewegungs- und Selbstmanagementangeboten zu integrieren und hierfür Leitlinien zu entwickeln,
- eine kontinuierliche, präventionsorientierte Gesundheitsbegleitung zu unterstützen,
- die freiwillige und souveräne Einbindung dieser Daten durch die Nutzerinnen und Nutzer sicherzustellen.

c) Ausbau strukturierter und retrospektiver Daten

Wir setzen uns dafür ein,

- strukturierte, interoperable Datensätze gegenüber reinen Dokumenten zu priorisieren,
- einheitliche Datenmodelle für die sektorübergreifende Nutzung zu etablieren,
- Daten automatisiert zu erfassen und weiterzuverarbeiten, wo dies technisch möglich ist,
- technische Lösungen zur aufwandsarmen Integration retrospektiver Daten zu entwickeln,
- Nutzung und Entwicklung von Anreizsystemen für Leistungserbringer zu fördern, relevante Daten (auch solche, für die es bisher keine gesetzliche Verpflichtung gibt) konsequent und strukturiert in die ePA einzuspeisen.

d) Aufbau eines Ökosystems digitaler Mehrwertdienste

Wir setzen uns dafür ein,

- auf Basis der Gesundheitsakte ein kontrolliertes Ökosystem digitaler Mehrwertdienste zu ermöglichen,
- personalisierte Präventions- und Gesundheitsangebote zu unterstützen, die auf Basis der Gesundheitsakte und der dort vorhandenen Daten entstehen,
- digitale Funktionen für Koordination, Adhärenz und Selbstmanagement – beispielsweise auch über Gaming-Ansätze – zu integrieren.

e) Stärkung von Datensouveränität, Vertrauen und Nutzungskompetenz

Wir setzen uns dafür ein,

- eine praxistaugliche Umsetzung des geltenden Datenschutzrechts bei der weiteren Ausgestaltung zu forcieren und dabei auch zu prüfen, inwiefern bestehende gesetzliche Regelungen weiterentwickelt werden können, um das Recht auf Gesundheit bei der Abwägung mit Datenschutzinteressen angemessen zu berücksichtigen,
- eine klare, nutzerfreundliche und transparente Steuerung von Zugriffs- und Nutzungsmöglichkeiten durch die Nutzerinnen und Nutzer sicherzustellen sowie eine Vereinheitlichung anzustreben,
- die Einführung und Verbreitung der digitalen Identität (z. B. GesundheitsID) voranzutreiben,
- verständliche Informationen über Nutzen, Sicherheit und Zweck der Datennutzung bereitzustellen,
- alle Nutzerinnen und Nutzer bei der Entwicklung hin zu einer Gesundheitsakte aktiv zu begleiten und zu unterstützen,
- flankierende Maßnahmen zur Stärkung der digitalen Gesundheitskompetenz umzusetzen.



Welche Wirkung erwarten wir?

- höhere Nutzungsquote der Akte durch sichtbaren Mehrwert und niedrigschwelligen Zugang,
- stärkere Einbindung präventiver und strukturierter Gesundheitsdaten,
- bessere Prävention und frühere Interventionen,
- verbesserte Koordination innerhalb und zwischen Sektoren,
- fundierte Grundlage für digitale Vergütungs- und Steuerungsmodelle,
- ein lernendes, daten- und evidenzbasiertes und präventionsorientiertes Gesundheitssystem,
- stärkere Eigenverantwortung und Gesundheitskompetenz,
- nachhaltige Verbesserung von Qualität, Effizienz und Innovationsfähigkeit.



Welche Akteurinnen und Akteure werden benötigt?

- **Bund und Länder:** strategische Steuerung und rechtliche Rahmensetzung
- **gematik:** Weiterentwicklung und Spezifikation der Gesundheitsakte, Übernahme der Betriebsverantwortung für die Akte und der von dieser genutzten Fachdienste
- **Krankenkassen:** Träger und operative Umsetzung der Gesundheitsakten
- **Leistungserbringer:** Bereitstellung strukturierter Versorgungsdaten
- **Bürgerinnen und Bürger:** aktive Nutzung und souveräne Datensteuerung
- **Innovations- und Wirtschaftspartnerinnen und -partner:** Entwicklung kompatibler digitaler Mehrwertdienste



Maßnahme

Interoperabilität als Grundlage eines digitalen Gesundheitssystems konsequent umsetzen

→ Was wollen wir erreichen?

Wir wollen eine durchgängige Interoperabilität im Gesundheitswesen erreichen, damit digitale Anwendungen, Systeme und Akteurinnen und Akteure nahtlos, sicher und sinnvoll zusammenarbeiten können. Interoperabilität ist die zentrale Voraussetzung dafür, dass Digitalisierung nicht bei Einzelprojekten stehen bleibt, sondern zu besserer Versorgung, mehr Prävention und effizienteren Prozessen führt. Ziel ist ein vernetztes Gesundheitssystem, in dem Daten entlang der Versorgungskette und über Lebensphasen hinweg genutzt werden können – von Prävention über ambulante und stationäre Versorgung bis hin zu Health at Home und dem Lebensalltag der Menschen. Hierfür wird das Projekt „MEDI:CUS“ einen wesentlichen Beitrag leisten.

→ Warum wollen wir dieses Ziel erreichen?

Bislang ist das Gesundheitssystem durch eine Vielzahl paralleler, oft nicht kompatibler IT-Systeme geprägt. Fehlende Interoperabilität führt zu Medienbrüchen, Mehrfachdokumentation und Informationsverlusten. Die Potenziale digitaler Anwendungen – etwa der Gesundheitsakte, telemedizinischer Angebote oder digitaler Prävention – können so nicht ausgeschöpft werden. So werden im Gegenteil insbesondere neue, digitale Anwendungen im Versorgungsalltag nicht selten als Zusatzbelastung empfunden. Für Gesundheit 2030 ist Interoperabilität keine rein technische Frage, sondern eine strukturelle Voraussetzung für integrierte, präventive und patientenzentrierte Versorgung. Nur wenn Daten verstanden, ausgetauscht und in Prozesse eingebettet werden können, entsteht ein lernendes Gesundheitssystem.

→ Wie wollen wir dieses Ziel erreichen?

a) Technische Interoperabilität sicherstellen

Wir setzen uns dafür ein,

- eine verlässliche technische Konnektivität zwischen allen relevanten Akteurinnen und Akteuren des Gesundheitswesens sicherzustellen,
- offene, standardisierte Schnittstellen und Protokolle für einen sicheren Datenaustausch verbindlich zu nutzen,
- bestehende digitale Infrastrukturen weiterzuentwickeln, um Anwendungen flächendeckend nutzbar zu machen.

b) Syntaktische Interoperabilität durch standardisierte Datenformate fördern

Wir setzen uns dafür ein,

- Gesundheitsdaten flächendeckend in einheitlichen, maschinenlesbaren Formaten bereitzustellen,
- standardisierte Datenformate wie beispielsweise FHIR verbindlich zu nutzen,
- neue digitale Anwendungen an diesen Standards auszurichten.



c) Semantische Interoperabilität als Schlüssel für Verständnis und Nutzung etablieren

Wir setzen uns dafür ein,

- dass Gesundheitsdaten systemübergreifend einheitlich verstanden werden können,
- gemeinsame Datenmodelle und Terminologien konsequent zu nutzen,
- etablierte Standards im Gesundheitswesen wie SNOMED-CT/LOINC insbesondere im Kontext der Gesundheitsakte einzusetzen und weiterzuentwickeln.

d) Organisatorische Interoperabilität durch abgestimmte Prozesse ermöglichen

Wir setzen uns dafür ein,

- digitale Prozesse entlang der Versorgungskette aufeinander abzustimmen,
- rechtliche, organisatorische und Governance-Rahmenbedingungen zu schaffen, um interoperable Prozesse zu unterstützen,
- Zuständigkeiten, Verantwortlichkeiten und Abläufe klar zu regeln, um digitale Zusammenarbeit zu erleichtern.

e) Interoperabilität als Daueraufgabe verankern

Wir setzen uns dafür ein,

- Interoperabilität als verbindliches Querschnittsziel in der digitalen Gesundheitspolitik zu verankern,
- neue digitale Anwendungen nur dann zu fördern oder zuzulassen, wenn sie interoperabel sind,
- Interoperabilität regelmäßig zu überprüfen und weiterzuentwickeln,
- beim Thema Interoperabilität frühzeitig alle Gesundheitsberufe als spätere Nutzerinnen und Nutzer einzubinden,
- positive oder negative Anreize für Systemhersteller zur Einhaltung der Anforderungen zu schaffen.

f) Nachhaltige Finanzierung der digitalen Infrastruktur

Wir setzen uns dafür ein,

- dass beim Aufbau und bei der Weiterentwicklung interoperabler IT-Infrastrukturen eine flankierende und nachhaltige finanzielle Unterstützung für Investitionen, Betrieb und Qualifizierung sichergestellt wird.



Welche Wirkung erwarten wir?

- durchgängige Informationsflüsse entlang der Versorgungskette,
- weniger Bürokratie und Doppelarbeit für Leistungserbringer,
- bessere Nutzung der Gesundheitsakte als Herzstück von Gesundheit 2030,
- höhere Qualität und Sicherheit der Versorgung,
- Grundlage für datenbasierte Forschung, Prävention und Steuerung.



Welche Akteurinnen und Akteure werden benötigt?

- **Bund, Länder und Kommunen:** Setzung verbindlicher rechtlicher und strategischer Rahmenbedingungen
- **Kompetenzzentrum für Interoperabilität im Gesundheitswesen (KIG):** Festlegung technischer und semantischer Standards
- **Leistungserbringer:** Umsetzung interoperabler Prozesse im Versorgungsalltag
- **ÖGD:** Nutzer erhobener Daten.
- **IT- und Softwareanbieter:** Entwicklung offener und standardkonformer Lösungen
- **Patientinnen und Patienten:** Nutzung interoperabler digitaler Angebote

Maßnahme

Strategische Resilienz und Krisenfähigkeit des Gesundheitswesens stärken



Was wollen wir erreichen?

Wir wollen die strukturelle Resilienz des Gesundheitswesens systematisch stärken, um auch unter Krisenbedingungen – etwa bei Pandemien, Naturkatastrophen, Cyberangriffen, geopolitischen Konflikten oder systemischen Infrastrukturausfällen – handlungsfähig zu bleiben. Ziel ist ein robustes, widerstandsfähiges und reaktionsfähiges (digitales) Gesundheitssystem, das kritische Versorgungsfunktionen aufrechterhält, digitale Infrastrukturen schützt, Ausfälle kompensieren kann und flexibel auf neue Bedrohungslagen reagiert.



Warum wollen wir dieses Ziel erreichen?

Die vergangenen Jahre haben gezeigt, dass Gesundheitssysteme erheblichen externen Schocks ausgesetzt sind. Pandemien, Extremwetterereignisse, geopolitische Spannungen, Energiekrisen und zunehmende Cyberangriffe betreffen insbesondere kritische Infrastrukturen wie Krankenhäuser, Versorgungsnetze und digitale Gesundheitsplattformen. Mit fortschreitender Digitalisierung steigt zugleich die Abhängigkeit von funktionierenden IT-Systemen, Cloud-Infrastrukturen und vernetzten Anwendungen. Effizienzgewinne dürfen jedoch nicht zu einseitiger Systemverwundbarkeit führen. Ein modernes Gesundheitssystem muss daher nicht nur leistungsfähig und innovativ, sondern auch widerstandsfähig, ausfallsicher und krisenfest sein. Resilienz wird damit zu einer zentralen Strukturvoraussetzung von Gesundheit 2030.



Wie wollen wir dieses Ziel erreichen?

a) Cyberresilienz und Schutz kritischer digitaler Infrastrukturen stärken

Wir setzen uns dafür ein,

- IT-Sicherheitsstandards für Gesundheitseinrichtungen verbindlich weiterzuentwickeln und regelmäßig zu überprüfen,
- kritische digitale Infrastrukturen, insbesondere die Telematikinfrastruktur, die ePA/Gesundheitsakte, Cloudplattformen und KI-Systeme, systematisch gegen Cyberangriffe abzusichern,
- Notfall- und Wiederanlaufkonzepte für digitale Kernsysteme verbindlich zu etablieren,
- enge Kooperationen mit IT-Sicherheitsbehörden aufzubauen und Informationsaustauschstrukturen zu stärken.

b) Versorgungssicherheit in Krisen- und Katastrophenszenarien gewährleisten

Wir setzen uns dafür ein,

- krisenfeste Versorgungsstrukturen mit klar definierten Priorisierungs- und Steuerungsmechanismen zu entwickeln,
- regionale Notfall- und Krisenpläne mit digitalen Lagebildern und Steuerungsinstrumenten zu verknüpfen,
- Szenarien für Stromausfälle, Blackouts oder längere Systemunterbrechungen systematisch zu berücksichtigen,
- strategische Reserven, alternative Versorgungswege und dezentrale Strukturen zu stärken.

c) Digitale Notfall- und Redundanzstrukturen aufbauen

Wir setzen uns dafür ein,

- Redundanzkonzepte für zentrale digitale Systeme zu entwickeln (z. B. Spiegelstrukturen, Offline-Fallback-Lösungen),
- analoge Notfallprozesse als Backup für digitale Kernfunktionen vorzuhalten,
- krisenbezogene Interoperabilität zwischen Gesundheitswesen, Katastrophenschutz und Sicherheitsbehörden zu verbessern,
- regelmäßige Krisenübungen unter Einbeziehung digitaler Infrastrukturen durchzuführen.

d) Strategische Resilienz als Querschnittsprinzip verankern

Wir setzen uns dafür ein,

- Resilienz- und Krisenfolgenabschätzungen systematisch in Digital- und Innovationsprojekte zu integrieren,
- bei neuen Versorgungsmodellen Effizienz und Robustheit gleichermaßen zu berücksichtigen,
- Resilienzindikatoren als Bestandteil der strategischen Steuerung von Gesundheit 2030 zu entwickeln,
- die Verzahnung von Gesundheits-, Sicherheits- und Infrastrukturpolitik strukturell zu stärken.



Welche Wirkung erwarten wir?

- höhere Ausfallsicherheit kritischer Versorgungsstrukturen,
- verbesserter Schutz sensibler Gesundheitsdaten,
- geringere Verwundbarkeit gegenüber Cyberangriffen,
- stabile Versorgung auch bei systemischen Störungen,
- höhere Krisenreaktionsfähigkeit auf Landes- und regionaler Ebene,
- Vertrauensgewinn in digitale Gesundheitsinfrastrukturen.



Welche Akteurinnen und Akteure werden benötigt?

- **Bund und Länder:** rechtliche Rahmensetzung, Koordination kritischer Infrastrukturen
- **IT-Sicherheits- und Aufsichtsbehörden:** Cyberabwehr, Standards, Krisenkoordination
- **Leistungserbringer wie Arztpraxen und Krankenhausträger:** Umsetzung von Sicherheits- und Notfallkonzepten, inkl. Übungen
- **Krankenkassen und Selbstverwaltung:** Integration resilienzorientierter Steuerungsmechanismen
- **Kommunen und Katastrophenschutzstrukturen:** regionale Notfallplanung und Krisenübungen
- **Helfer im Katastrophenschutz und deren Organisationen:** Einbindung und Informationsaustausch mit DRK, ASB, Johannitern, Maltesern, Feuerwehren, THW und Bergwachen
- **Technologie- und Cloudanbieter:** technische Absicherung, Redundanz- und Sicherheitsarchitekturen
- **NGOs wie der Chaos Computer Club:** u. a. Schwarmintelligenz zur Identifizierung von Schwachstellen

Maßnahme

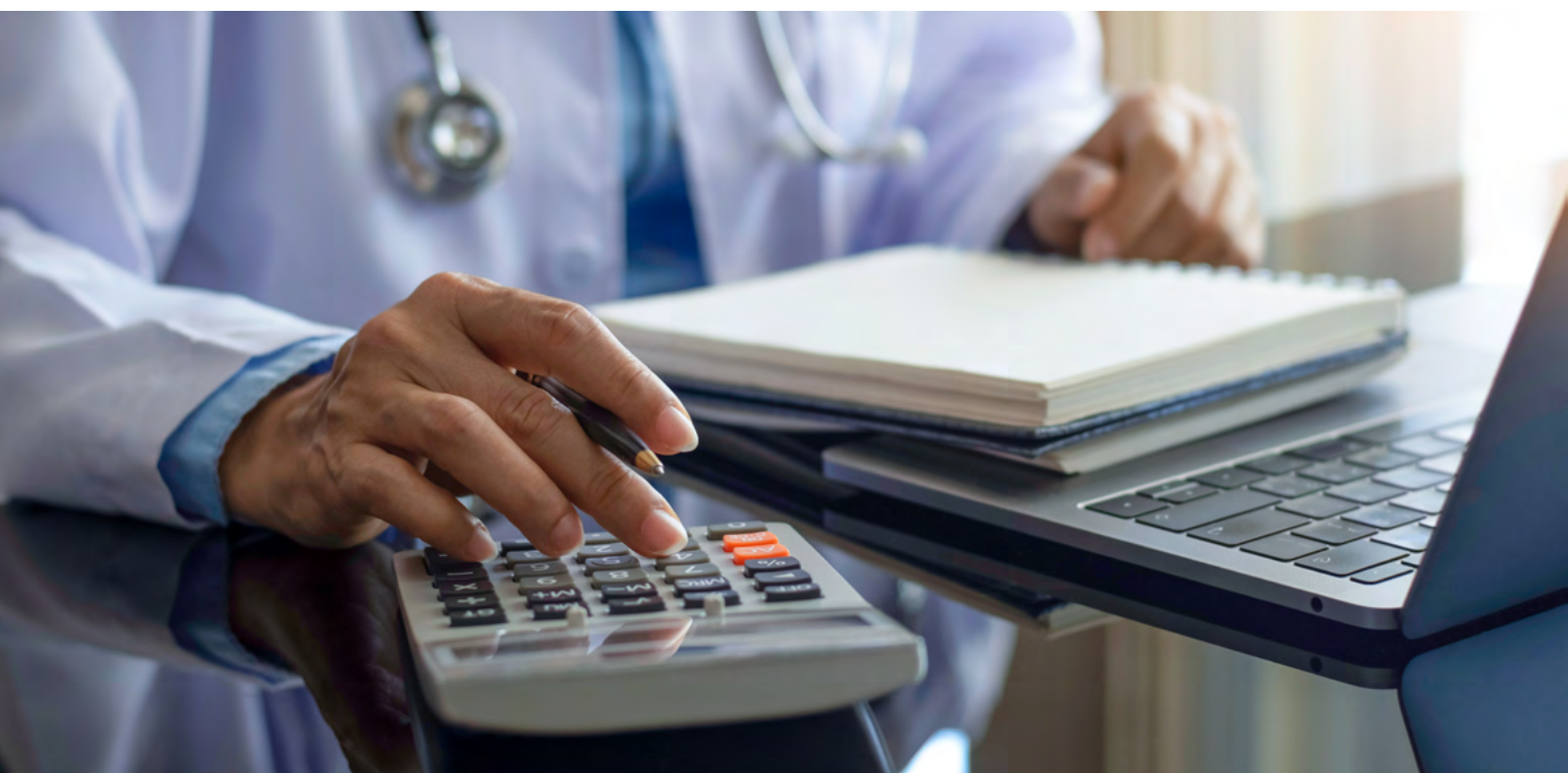
Neuausrichtung der Vergütung

➔ Was wollen wir erreichen?

Wir wollen die Vergütung im Gesundheitswesen konsequent im Sinne des Paradigmenwechsels „präventiv und digital vor ambulant vor stationär“ ausrichten. Digitale und präventive Leistungen sollen strukturell gestärkt werden, wenn sich gegenüber der bestehenden Versorgungsstruktur ein nachweisbarer Vorteil darlegen lässt. Konsequenterweise müssen nachweisbar insuffiziente Versorgungsstrukturen ihren Anspruch auf Vergütung verlieren. Prävention und digitale Versorgung werden systematisch priorisiert, frühes und digitales Handeln gezielt belohnt und Innovationen aus der Projekt- und Innovationsförderung verlässlich in eine nachhaltige Regelvergütung überführt. Die Vergütung ist dabei ein zentraler Hebel, um digitale Innovation, Prävention und Versorgungssteuerung verstärkt und dauerhaft im System zu verankern.

➔ Warum wollen wir dieses Ziel erreichen?

Das heutige Vergütungssystem bildet den angestrebten Paradigmenwechsel nicht ausdrücklich ab, sondern setzt den Fokus auf späte, kurative und stationäre Leistungen. Gleichzeitig zeigen digitale Innovationen aus Projekt- und Innovationsförderungen, dass viele Versorgungsprobleme möglicherweise früher, digital und sektorübergreifend adressiert und damit vermeidbare ambulante und stationäre Behandlungen reduzieren könnten. Es zeigt sich auch, dass bislang kein verlässlicher Übergang in die Regelvergütung besteht. Ohne eine Neuausrichtung der Vergütung droht die Innovationsfinanzierung wirkungslos zu bleiben, da erfolgreiche digitale und präventive Lösungen nicht nachhaltig im Versorgungssystem verankert werden können. Die für eine outcome-orientierte Vergütung notwendigen Daten werden durch die zunehmende Digitalisierung von Versorgungsprozessen schrittweise zur Verfügung stehen.





Wie wollen wir dieses Ziel erreichen?

a) Priorisierung von Prävention und digitaler Versorgung in der Vergütungslogik

Wir setzen uns dafür ein,

- präventive und digitale Leistungen regelhaft und systematisch sachgerecht zu vergüten, insbesondere digitale Präventionsprogramme, Früherkennung, Risikostratifizierung sowie digitale Verlaufs- und Selbstmanagementunterstützung,
- ambulante Leistungen zu stärken, wenn sie präventiv oder koordinierend wirken und gegenüber der bestehenden Versorgungsstruktur einen nachweisbaren Nutzen vorweisen können,
- die Versorgungslogik „präventiv und digital vor ambulant vor stationär“ explizit in der Vergütung abbilden,
- dass weitere evidenzbasierte medizinische und patientenorientierte Qualitätsindikatoren definiert und systematisch erhoben werden,
- sowie nachweisbar weniger effektive Leistungen aus der Regelversorgung bereinigend entfernt werden.

b) Verzahnung mit der Innovationsfinanzierung als Übergangspfad

Wir setzen uns dafür ein,

- die Finanzierung von Innovationen und die und Regelvergütung als einen zusammenhängenden Prozess auszugestalten,
- digitale und präventive Innovationen zunächst über Innovationsbudgets und Projektförderungen zu ermöglichen,
- vielversprechenden Lösungen frühzeitig eine klare Vergütungsperspektive zu eröffnen,
- Vergütung gezielt als Verstetigungsinstrument der Innovationsfinanzierung zu nutzen, um Anreize für die regelhafte Nutzung von neuen Anwendungen zu setzen.

c) Pay-for-Performance mit Fokus auf präventive und digitale Outcomes

Wir setzen uns dafür ein,

- Pay-for-Performance gezielt zur Unterstützung des Paradigmenwechsels einzusetzen,
- Teile der Vergütung an das Erreichen präventiver und digital messbarer Outcomes zu koppeln (präventive und digital messbare Outcomes umfassen beispielsweise leitliniengerechte Risikostratifizierungen, dokumentierte präventive Interventionen, Verbesserungen definierter Risikoparameter oder die Reduktion vermeidbarer Komplikationen. Eine angemessene Risikoadjustierung ist sicherzustellen. Vergütet wird insbesondere evidenzbasiertes, koordiniertes und frühzeitiges Handeln – nicht ausschließlich der Eintritt eines Erfolgs, sodass auch chronisch Kranke oder schwer erkrankte Personen nicht aus dem Blick verloren werden),
- Outcomes so zu definieren, dass frühes, digitales und koordiniertes Handeln belohnt wird,
- Pay-for-Performance schrittweise, ergänzend und risikoadäquat in bestehende Vergütungssysteme zu integrieren.

d) Nutzung digitaler Daten zur Steuerung und Vergütung

Wir setzen uns dafür ein,

- interoperable Daten aus digitalen Anwendungen, Registern und Versorgungssystemen für Forschung, Steuerung und Vergütung zu nutzen,
- Präventions- und Verlaufsdaten automatisiert zu erfassen,
- Outcomes transparent an Leistungserbringer und Kranken- und Pflegekassen zurückzuspielen,

- Digitalisierung als operatives Rückgrat einer neuen Vergütungslogik zu etablieren, da eine größere Verfügbarkeit von Daten (beispielsweise zur Wirkung von Behandlungen) mehr Spielraum für Vergütungsanreize schafft.

e) Erprobung neuer Vergütungsmodelle in Innovationsräumen

Wir setzen uns dafür ein,

- präventions- und outcome-orientierte Vergütungsmodelle kontrolliert in Innovationsräumen zu erproben,
- hierbei die Umschichtung von Mitteln aus bestehenden Vergütungsstrukturen hin zu präventiven und digitalen Leistungen, insbesondere in der Primärversorgung, zu prüfen,
- diese Modelle eng wissenschaftlich zu begleiten und strukturiert auszuwerten, auch im Hinblick auf Geschlechterdifferenzen,
- die gewonnenen Erkenntnisse systematisch für Skalierungs- und Regelfallentscheidungen zu nutzen,
- Innovationsräume als Bindeglied zwischen Innovationsfinanzierung und Regelvergütung zu etablieren.



Welche Wirkung erwarten wir?

- bessere Vergütung digitaler und präventiver Leistungen mit nachweisbarem Nutzen gegenüber der bestehenden Gesundheitsversorgung.
- klare Verstetigungsperspektiven für Innovationen aus öffentlich geförderten Projekten,
- veränderte Versorgungsanreize zugunsten Prävention und digitaler Steuerung,
- Reduktion vermeidbarer ambulanter und stationärer Leistungen,
- nachhaltige Verbesserung der Versorgungsqualität,
- effizienterer Ressourceneinsatz,
- strukturelle Verankerung des Paradigmenwechsels im Gesundheitssystem.



Welche Akteurinnen und Akteure werden benötigt?

- **Bund und Länder:** rechtliche und finanzielle Rahmensetzung
- **Kranken- und Pflegekassen und (gemeinsame) Selbstverwaltung:** Vergütungssteuerung, Verstetigung von Innovationen
- **Förder- und Innovationsakteurinnen und -akteure:** Übergang von Projektförderung in Regelvergütung
- **Leistungserbringer:** Umsetzung präventiver und digitaler Versorgung
- **Patientinnen und Patienten:** Nutzung digitaler Angebote, Mitwirkung an Outcome-Zielen







Cluster 2

Neuorganisation von Gesundheit und Versorgung

Das zweite Cluster setzt an der Organisation der Versorgung selbst an. Ziel ist es, bestehende Logiken, Rollen und Zugangswege so weiterzuentwickeln, dass Versorgung noch stärker am Bedarf der Menschen ausgerichtet ist und digitale Möglichkeiten konsequent nutzt. Digital First als Leitprinzip, eine KI-gestützte Ersteinschätzung sowie Health at Home haben das Potenzial den Zugang zur Versorgung zu verändern und verlagern Leistungen gezielt in digitale und häusliche Settings. Maßnahmen zur Integration von Gesundheit in den Lebensalltag (z. B. Kita, Schule, Kommune etc.), zur Stärkung regionaler und

kommunaler Gestaltungsräume und zum Überwinden sektoraler Grenzen können eine koordinierte, wohnortnahe und interprofessionelle Versorgung fördern und haben das Potenzial etablierte Versorgungsstrukturen gezielt zu verbessern. Ergänzend adressieren die Stärkung nicht-ärztlichen Personals, der Betriebsärztinnen und Betriebsärzte sowie die Transformation des ärztlichen Selbstverständnisses die Weiterentwicklung von Rollen, Verantwortlichkeiten und Zusammenarbeit. Dieses Cluster steht für den eigentlichen Strukturwandel der Versorgung im Sinne von Gesundheit 2030.

Maßnahme

**Digital First
als Leitprinzip
der Versorgung
verankern**

Maßnahme

**Etablierung einer
KI-gestützten
Ersteinschätzung**

Maßnahme

**Gesundheit
im Lebensalltag
der Menschen
integrieren**

Maßnahme

**Health at Home –
Versorgung in der
Häuslichkeit stärken**

Maßnahme

**Regionale und kommu-
nale Gestaltungsräume
für digitale Versorgung
stärken**

Maßnahme

Sektoren überwinden

Maßnahme

**Stärkung
der Betriebsärztinnen
und Betriebsärzte**

Maßnahme

**Stärkung
nicht-ärztlichen
Personals fördern**

Maßnahme

**Transformation
des ärztlichen
Selbstverständnisses
fördern**

Maßnahme

Digital First als Leitprinzip der Versorgung verankern

➔ Was wollen wir erreichen?

Wir wollen Digital First als verbindliches Leitprinzip der gesundheitlichen Versorgung etablieren. Digitale Leistungen sollen dort, wo sie medizinisch sinnvoll, patientenorientiert und qualitätsgesichert sind, zur bevorzugten Versorgungsoption werden. Ziel ist ein Versorgungssystem, in dem digitale Angebote nicht ergänzend, sondern möglichst vorrangig genutzt werden. Analoge Versorgung bleibt unverzichtbar, wird aber gezielt auf jene Situationen konzentriert, in denen sie medizinisch notwendig, qualitativ überlegen oder für die Betroffenen eine Nutzung digitaler Angebote nicht möglich ist. Der Mensch bzw. die Patientin und der Patient bleiben stets im Mittelpunkt.

➔ Warum wollen wir dieses Ziel erreichen?

Das bestehende Versorgungssystem privilegiert strukturell die Präsenzbehandlung, obwohl digitale Versorgungsformen in vielen Fällen gleichwertig oder effizienter sein können. Dies führt zu einer hohen Zahl persönlicher Arzt-Patienten-Kontakte, zu Überlastung bestehender Strukturen und zu einem ineffizienten Einsatz knapper personeller Ressourcen. Digitale Anwendungen wie telemedizinische Leistungen, KI-gestützte Steuerung und digitale Dokumentation ermöglichen eine effizientere Versorgung, schnellere Diagnosen und eine bessere Kommunikation. Gesundheitsökonomisch ist insbesondere die Produktivität – also die Zahl versorgter Patientinnen und Patienten pro Leistungserbringer – ein zentraler Hebel. Bereits geringe Produktivitätsgewinne durch Digitalisierung entfalten eine erhebliche Wirkung für die Stabilität des Systems. Digitale Leistungen sind zudem nach ihrer Implementierung häufig kostengünstiger als vergleichbare Präsenzleistungen, insbesondere bei standardisierbaren Verfahren.

➔ Wie wollen wir dieses Ziel erreichen?

a) Digital First regulatorisch absichern und priorisieren

Wir setzen uns dafür ein,

- dass digitale Beratung und Behandlung sozialrechtlich grundsätzlich zulässig sind und als regulärer Bestandteil der Versorgung anerkannt werden,
- dass digitale Leistungen berufs- und sozialrechtlich nicht schlechter gestellt werden als analoge Präsenzleistungen,
- dass rechtliche Unsicherheiten reduziert werden, indem klar definiert wird, welche Leistungen digital erbracht werden können, z.B. durch Flexibilisierung digitaler vertragsärztlicher Angebote.

b) Digital erbringbare Leistungen systematisch erweitern und dynamisch weiterentwickeln

Wir setzen uns dafür ein,

- einen dynamischen Katalog digital erbringbarer Leistungen zu etablieren, der regelmäßig überprüft und fortgeschrieben wird,
- ärztliche Fachverbände, weitere Expertinnen und Experten sowie Anbieter digitaler Leistungen in die Weiterentwicklung dieses Katalogs einzubinden,
- auch spezielle Leistungen wie Präventionsangebote, Beratungen sowie Akut- und Chroniker-Sprechstunden gezielt als digitale Leistungen zu fördern.

c) Digitale Leistungen im Versorgungsalltag ermöglichen

Wir setzen uns dafür ein,

- dass Leistungserbringer digitale Leistungen, insbesondere telemedizinische Angebote wie Videosprechstunden, einfach, rechtssicher und niedrigschwellig anbieten und bewerben können (z.B. Fernbehandlungsverbot in § 9 Heilmittelwerbegesetz ersatzlos streichen),
- bestehende rechtliche Beschränkungen digitaler Versorgungsangebote zu überprüfen und abzubauen, soweit sie einer patientenorientierten digitalen Versorgung entgegenstehen,
- digitale Leistungen in weiteren (beispielsweise unterversorgten) Leistungsbereichen ausdrücklich zuzulassen.

d) Vergütung konsequent auf Digital First ausrichten

Wir setzen uns dafür ein,

- digitale Leistungen hinsichtlich der Vergütung sachgerecht zu bewerten und damit gezielt zu priorisieren,
- analoge Strukturvorgaben schrittweise abzulösen, wenn digitale Leistungen gleichwertig oder besser geeignet sind,
- Vergütungsmechanismen so auszugestalten, dass sie den Einsatz digitaler Leistungen aktiv fördern und nicht behindern.

e) Einfachen, intuitiven und barrierefreien Zugang sicherstellen

Wir setzen uns dafür ein,

- dass Versicherte einen einfachen, intuitiven und barrierefreien Zugang zu digitalen Gesundheitsangeboten erhalten,
- dass digitale Angebote verständlich, nutzerorientiert und vertrauenswürdig ausgestaltet werden,
- durch begleitende Informations- und Aufklärungskampagnen Vertrauen in digitale Versorgung aufzubauen.

f) Akzeptanz und Kompetenz gezielt stärken

Wir setzen uns dafür ein,

- Leistungserbringer zu ermutigen und zu befähigen, digital erbringbare Leistungen vorrangig anzubieten,
- Fortbildungs- und Unterstützungsangebote bereitzustellen, um die Umsetzung von Digital First im Versorgungsalltag zu erleichtern,
- die Nutzung digitaler Angebote gesellschaftlich zu normalisieren.

g) Reale Personal- und Betriebskosten abbilden

Wir setzen uns dafür ein,

- dass bei der Einführung digitaler Versorgungsformen der entstehende Mehrbedarf an IT- und Prozessmanagementressourcen anerkannt und in den Finanzierungsstrukturen sachgerecht abgebildet wird.



→ Welche Wirkung erwarten wir?

- effizienterer Einsatz ärztlicher und nicht-ärztlicher Ressourcen,
- Entlastung von Praxen und stationären Einrichtungen,
- höhere Produktivität im Gesundheitssystem,
- Entlastung der Krankenkassen durch effizienteren Einsatz von für die Versorgung bereitstehenden Mitteln,
- schnellere und niedrigschwellige Versorgung für Patientinnen und Patienten,
- Stärkung präventiver und beratender Leistungen,
- langfristige Stabilisierung des Versorgungssystems im Sinne von Gesundheit 2030.

→ Welche Akteurinnen und Akteure werden benötigt?

- **Bund und Länder:** Anpassung regulatorischer Rahmenbedingungen sowie Bereitstellung von finanziellen Mitteln für gesamtgesellschaftliche Aufgaben
- **Selbstverwaltung (G-BA, KBV, DKG, GKV-SV):** Umsetzung in Vergütung und Versorgung
- **Leistungserbringer:** Integration digitaler Leistungen in den Versorgungsalltag
- **Patientinnen und Patienten:** aktive Nutzung digitaler Angebote



Maßnahme

Etablierung einer KI-gestützten Ersteinschätzung



Was wollen wir erreichen?

Wir wollen den Zugang zum Gesundheitssystem neu ordnen, digital unterstützen und bedarfsgerecht steuern. Ziel ist eine standardisierte, digitale Ersteinschätzung für neue Behandlungsanlässe, die Patientinnen und Patienten schnell und zuverlässig in die medizinisch geeignete Versorgungsform und -ebene lenkt. Die KI-gestützte Ersteinschätzung fungiert als zentraler Einstiegspunkt in die Versorgung und ist eng mit der Gesundheitsakte sowie mit Health-at-Home-Angeboten verzahnt. Sie unterstützt damit eine dezentrale, präventive und ressourcenschonende Versorgung im Sinne von Gesundheit 2030.



Warum wollen wir dieses Ziel erreichen?

Die bisherige Versorgung ist stark angebots- und institutionsorientiert. Patientinnen und Patienten müssen selbst entscheiden, welche Versorgungsstruktur die richtige ist, obwohl ihnen dafür häufig die Informationen fehlen. Teilweise werden hierfür auch bereits unregulierte und inadäquate Anwendungen genutzt. Dies führt zu Fehlsteuerungen, Überlastung von Notaufnahmen und dem Rettungsdienst sowie einem insgesamt ineffizienten Ressourceneinsatz. Eine KI-gestützte Ersteinschätzung in Verbindung mit strukturierten Gesundheitsdaten eröffnet die Möglichkeit, Versorgungsentscheidungen datenbasiert, individuell und vorausschauend zu treffen. Durch die Anbindung an die Gesundheitsakte und an Health-at-Home-Strukturen können unnötige Arzt- oder Krankenhauskontakte vermieden und Versorgung stärker in den Alltag der Menschen verlagert werden. Gleichzeitig muss den Menschen nach dem Einschätzungsprozess aber auch die empfohlene Versorgungsstruktur umgehend zur Verfügung stehen.



Wie wollen wir dieses Ziel erreichen?

a) Einheitliche, KI-gestützte Ersteinschätzung als verbindlichen Einstieg etablieren

Wir setzen uns dafür ein,

- dass für neue und /oder akute Behandlungsanlässe eine standardisierte KI-gestützte Ersteinschätzung als vorgelagerter Einstieg in die Versorgung etabliert wird,
- dass diese auf einer strukturierten digitalen Anamnese basiert und KI-gestützt sowie leitlinienorientiert erfolgt,
- dass sie kanalunabhängig verfügbar ist und in bestehende Zugangswege integriert wird (digital, telefonisch über die 116 117, die 112, sowie perspektivisch vor Ort),
- dass eine Empfehlung zur geeigneten Versorgungsebene einschließlich digitaler und häuslicher Versorgungsformen erfolgt,
- dass die Ersteinschätzung mit einer zentralen Terminplattform verknüpft wird, über die Patientinnen und Patienten dann bedarfsgerecht, effizient und zeitnah auf allgemeinmedizinische oder fachärztliche Terminkontingente zugreifen können,
- dass ungesteuerter Zugang zu Notaufnahmen schrittweise reduziert wird, bei gleichzeitigem unmittelbarem Zugang für Notfälle sowie definierte Vorsorge- und Präventionsleistungen.

b) Digitale Versorgungssteuerung mit Health at Home und Gesundheitsakte verzahnen

Wir setzen uns dafür ein,

- dass Ergebnisse der Ersteinschätzung direkt digital an geeignete Versorgungsangebote weitergeleitet werden (Telemedizin, Health at Home, haus- und fachärztliche Versorgung, nicht-ärztliche Gesundheitsfachberufe),

- dass Health-at-Home-Versorgung, sofern medizinisch sinnvoll, systematisch als gleichwertige Versorgungsoption berücksichtigt wird,
- dass die Steuerung interoperabel mit der Gesundheitsakte erfolgt und relevante Informationen für Folgebehandlungen verfügbar sind,
- dass Krankenkassen eine aktivere Rolle bei Begleitung, Beratung und Empfehlungen ihrer Versicherten übernehmen können, um den Anspruch der Versicherten auf ein Versorgungsmanagement noch besser als bisher umzusetzen.

c) Menschliche Expertise gezielt und datenbasiert einbinden

Wir setzen uns dafür ein,

- dass medizinisches Fachpersonal digital eingebunden wird, wenn dies medizinisch oder organisatorisch erforderlich ist,
- dass qualifizierte nicht-ärztliche Gesundheitsfachberufe insbesondere in Health-at-Home-Szenarien eine aktive Rolle übernehmen,
- dass Ärztinnen und Ärzte sich auf komplexe und entscheidungsrelevante Tätigkeiten konzentrieren können und mehr Kapazitäten für menschliche Zuwendung erhalten, unterstützt durch strukturierte Daten aus der Gesundheitsakte.

d) Diskriminierungsfreiheit, Abbau von Barrieren und Datensouveränität gewährleisten

Wir setzen uns dafür ein,

- dass die KI-gestützte Erstein-schätzung diskriminierungsfrei (auch im Hinblick auf den Geschlechter-Bias in Trainingsdaten), barrierefrei und manipulationssicher ausgestaltet wird,

- dass die Nutzung von Daten aus der Gesundheitsakte transparent und kontrollierbar erfolgt, dass Datenschutz, Datensicherheit und informationelle Selbstbestimmung konsequent gewahrt bleiben.



Welche Wirkung erwarten wir?

- passgenauere und schnellere Versorgung,
- stärkere Verlagerung von Versorgung in die Häuslichkeit (Health at Home),
- bessere Nutzung der Gesundheitsakte als zentrales Steuerungsinstrument,
- Entlastung von Notaufnahmen, dem Rettungsdienst, der ambulanten und stationären Versorgung,
- effizienterer Einsatz von personellen Ressourcen (Fachkräfte),
- ein digital vernetztes, präventives Versorgungssystem im Sinne von Gesundheit 2030.



Welche Akteurinnen und Akteure werden benötigt?

- **Bund und Länder:** rechtliche und organisatorische Rahmenbedingungen
- **Krankenkassen:** Integration von Erstein-schätzung, Terminplattform, Case&Caremanagement, Gesundheitsakte und Health at Home
- **Kassenärztliche Vereinigungen und Leistungserbringer:** Umsetzung der Versorgungssteuerung, beispielsweise in Angeboten wie docdirekt, Integration in den 116117-Patientenservice
- **Gesundheitsfachberufe:** Versorgung in ambulanten, digitalen und häuslichen Settings
- **Technologieanbieter:** Angebot sicherer, interoperabler KI- und Aktensysteme
- **Patientinnen und Patienten:** aktive Nutzung und Mitgestaltung der Versorgung

Maßnahme

Gesundheit im Lebensalltag der Menschen integrieren



Was wollen wir erreichen?

Wir wollen Gesundheit und Gesundheitsversorgung so weiterentwickeln, dass sie selbstverständlicher Bestandteil des Alltags der Menschen wird. Gesundheitsangebote kommen zu den Menschen – sie sind nicht mehr zwangsläufig an Krankenhaus, Arztpraxis oder andere Gesundheitseinrichtungen gebunden, sondern sind niedrigschwellig, ortsunabhängig und situationsbezogen verfügbar. Ziel ist es, Prävention, Beratung und einfache medizinische Leistungen dort anzubieten, wo Menschen sich ohnehin aufhalten – etwa im Betrieb, in Bildungseinrichtungen, im öffentlichen Raum oder beim Einkaufen – und Gesundheit damit entlastend, niederschwellig und teilweise spielerisch zu gestalten.



Warum wollen wir dieses Ziel erreichen?

Gesundheitsangebote werden häufig erst dann genutzt, wenn Krankheit bereits eingetreten ist. Prävention und Früherkennung scheitern oft an Zeitmangel, Zugangshürden oder fehlender Motivation. Der Alltag vieler Menschen lässt wenig Raum für zusätzliche Arztbesuche oder formale Präventionsangebote. Gleichzeitig erlauben digitale und telemedizinische Möglichkeiten heute eine orts- und zeitunabhängige Gesundheitsinteraktion. Wenn Gesundheitsangebote zu den Menschen kommen und nicht umgekehrt, steigen Akzeptanz, Reichweite und Wirksamkeit deutlich – der Settingansatz wird damit zum entscheidenden Faktor für das Gelingen von Gesundheit 2030.



Wie wollen wir dieses Ziel erreichen?

a) Gesundheitsangebote an Alltagsorten ermöglichen

Wir setzen uns dafür ein,

- dass einfache medizinische Checks, telemedizinische Beratungen und präventive Angebote auch außerhalb klassischer Versorgungseinrichtungen stattfinden können, etwa in Apotheken, Einkaufszentren, Kommunalzentren oder (Familien-)Bildungseinrichtungen,
- dass solche Angebote qualitätsgesichert und rechtlich abgesichert bzw. von den Krankenkassen zertifiziert und in bestehende Versorgungsstrukturen integrierbar sind.

b) Telemedizin und digitale Prävention alltagsnah einsetzen

Wir setzen uns dafür ein,

- dass telemedizinische Angebote so gestaltet werden, dass sie ohne großen Aufwand genutzt werden können,
- dass digitale Gesundheitsangebote niedrigschwellig, barrierefrei und nutzerorientiert ausgestaltet werden,
- dass digitale Prävention nicht als zusätzliche Aufgabe, sondern als unterstützendes Alltagsangebot wahrgenommen wird.



c) Gesundheitsförderung und Prävention frühzeitig in Bildungseinrichtungen verankern

Wir setzen uns dafür ein,

- dass Prävention, Gesundheitskompetenz und gesundheitsförderndes Verhalten systematisch in Kindertagesstätten und Schulen verankert werden,
- dass Gesundheit spielerisch, altersgerecht und lebensnah vermittelt wird,
- dass digitale Präventionsangebote ergänzend eingesetzt werden, um frühzeitig Gesundheitsbewusstsein zu fördern.

d) Gesunde Lebenswelten gestalten und Gesundheit in bestehende Lebenswelten integrieren

Wir setzen uns dafür ein,

- dass Gesundheitsangebote gezielt in bestehende und weitere Lebenswelten integriert werden, etwa in Betrieben (Anknüpfung an die Maßnahme zur Stärkung der Betriebsärztinnen und Betriebsärzte), im häuslichen Umfeld (Anknüpfung an Health at Home) oder in der Kommune,
- dass Prävention nicht als Holschuld des Einzelnen, sondern als Bringschuld eines modernen Gesundheits- und Gesellschafts-systems verstanden wird.

e) Motivation, Teilhabe und Akzeptanz stärken

Wir setzen uns dafür ein,

- dass Gesundheitsangebote motivierend, verständlich und positiv gestaltet werden,
- dass spielerische Elemente und digitale Anreize genutzt werden, um Prävention attraktiver zu machen,
- dass Eigenverantwortung und Empowerment gestärkt werden, ohne die Menschen zu überfordern.



Welche Wirkung erwarten wir?

- höhere Reichweite präventiver und gesundheitsfördernder Angebote,
- frühere Wahrnehmung von Gesundheitsrisiken,
- Entlastung klassischer Versorgungsstrukturen,
- Stärkung der Gesundheitskompetenz über alle Altersgruppen hinweg,
- Wandel hin zu einem Gesundheitssystem, das fördert und begleitet statt reagiert.



Welche Akteurinnen und Akteure werden benötigt?

- **Bund, Länder, Kommunen, insbesondere der ÖGD und die Kommunalen Gesundheitskonferenzen:** rechtliche, finanzielle und organisatorische Rahmenbedingungen zur Sicherstellung einer nachhaltigen Umsetzung
- **Kranken- und Pflegekassen:** Dauerhafte Förderung und Vergütung alltagsnaher Gesundheitsangebote fortführen
- **Bildungseinrichtungen:** frühzeitige Gesundheitsförderung und Schulung von Gesundheitskompetenz
- **Wirtschaft:** Integration von Gesundheit in den Arbeitsalltag
- **Digitale Gesundheitsanbieter:** Entwicklung nutzerfreundlicher Lösungen
- **Bürgerinnen und Bürger:** aktive, aber niederschwellige Teilnahme

Maßnahme

Health at Home – Versorgung in der Häuslichkeit stärken



Was wollen wir erreichen?

Unter „Health at Home“ verstehen wir die systematische Verlagerung geeigneter präventiver, diagnostischer und therapeutischer Leistungen in die Häuslichkeit, unterstützt durch Telemedizin, Sensorik, interoperable Datensysteme und digitale Begleitangebote. Ziel ist eine wohnortnahe, niedrigschwellige und kontinuierliche Gesundheitsbegleitung. Wir wollen die Gesundheitsversorgung in diesem Sinne konsequent weiterentwickeln und Versorgung dezentral und patientennah organisieren. Ziel ist es, Krankenhausaufenthalte zu verkürzen oder zu vermeiden, die Versorgungsqualität zu erhöhen und die Selbstständigkeit der Patientinnen und Patienten zu stärken.



Warum wollen wir dieses Ziel erreichen?

Viele medizinische Leistungen können heute technisch sicher außerhalb stationärer Einrichtungen erbracht werden. Telemonitoring, intelligente Sensorik und telemedizinische Anwendungen ermöglichen eine kontinuierliche Beobachtung des Gesundheitszustands. Gleichzeitig ist stationäre Versorgung häufig belastend für Patientinnen und Patienten und bindet erhebliche Ressourcen. Das Gesundheitssystem steht unter wachsendem Druck durch demografische Entwicklung, Fachkräftemangel und steigende Kosten. Eine stärker häuslich organisierte Versorgung leistet daher einen Beitrag zu einer effizienteren, patientenzentrierten und nachhaltigen Gesundheitsversorgung. Gleichwohl muss konstatiert werden, dass beispielsweise die Unterstützung beim Waschen, Essen, bei der Medikamenteneinnahme und Wundversorgung etc. weiterhin der menschlichen Begleitung bedarf (entweder im stationären oder ambulanten Setting) und gerade in einer alternden Gesellschaft eine hohe Hürde darstellt.



Wie wollen wir dieses Ziel erreichen?

a) Rechtliche Sicherheit für Versorgung in der Häuslichkeit schaffen

Wir setzen uns dafür ein,

- dass telemedizinische Behandlung, Telemonitoring und digitale Betreuung rechtlich eindeutig abgesichert werden,
- dass Haftungsfragen, Verantwortlichkeiten und Dokumentationspflichten klar geregelt werden, um Rechtssicherheit für Leistungserbringer zu schaffen.

b) Vergütungsanreize konsequent neu ausrichten

Wir setzen uns dafür ein,

- dass Leistungen im Bereich Telemedizin und Telemonitoring angemessen und dauerhaft vergütet werden,
- dass Vergütungssysteme so ausgestaltet werden, dass ambulante und häusliche Versorgung gegenüber stationären Aufenthalten gestärkt wird,
- dass Einsparungen durch vermiedene Krankenhausaufenthalte teilweise in digitale Versorgungsformen reinvestiert werden.

c) Telemonitoring und intelligente Technologien systematisch einsetzen

Wir setzen uns dafür ein,

- dass Telemonitoring mit intelligenten Sensoren, Wearables und vernetzten Medizingeräten gezielt in die Regelversorgung überführt wird,
- dass diese Technologien insbesondere bei chronischen Erkrankungen, nach Krankenhausaufenthalten, bei und nach

Rehabilitationsmaßnahmen und bei vulnerablen Gruppen eingesetzt werden,

- dass die erhobenen Daten strukturiert genutzt werden, um Versorgungsverläufe frühzeitig zu steuern.

d) Modellprojekte und neue Versorgungsformen fördern

Wir setzen uns dafür ein,

- dass Modellprojekte zur häuslichen digitalen Versorgung gezielt gefördert und wissenschaftlich begleitet werden,
- dass erfolgreiche Modelle zügig in die Regelversorgung überführt werden können,
- dass regionale Unterschiede berücksichtigt und innovative Versorgungsansätze vor Ort erprobt werden können.

e) Verzahnung mit bestehender Versorgung sicherstellen

Wir setzen uns dafür ein,

- dass Health-at-Home-Angebote eng mit ambulanter, stationärer und pflegerischer Versorgung verzahnt werden,
- dass behandelnde Ärztinnen und Ärzte weiterhin die medizinische Gesamtverantwortung behalten und digitale Versorgungsformen koordiniert einsetzen können.



Welche Wirkung erwarten wir?

- Verkürzung oder Vermeidung stationärer Krankenhausaufenthalte,
- höhere Versorgungsqualität durch kontinuierliches Monitoring,
- mehr Selbstständigkeit und Lebensqualität für Patientinnen und Patienten,
- Entlastung von Krankenhäusern und Fachpersonal,
- Stärkung einer dezentralen, digitalen und präventiven Versorgungsstruktur.



Welche Akteurinnen und Akteure werden benötigt?

- **Bund und Länder:** Anpassung rechtlicher und finanzieller Rahmenbedingungen
- **Kranken- und Pflegekassen / (gemeinsame) Selbstverwaltung:** Ausgestaltung von Vergütung, Versorgung und Förderung
- **Ärztinnen und Ärzte:** medizinische Steuerung und Koordination
- **Pflege- und Gesundheitsberufe:** Umsetzung häuslicher Versorgung
- **Technologieanbieter:** Bereitstellung sicherer digitaler Lösungen
- **Patientinnen und Patienten:** aktive Partner in der häuslichen Versorgung



Maßnahme

Regionale und kommunale Gestaltungsräume für digitale Versorgung stärken



Was wollen wir erreichen?

Wir wollen regionale und kommunale Gestaltungsräume gezielt stärken, um digitale Versorgung integriert, lebensweltbezogen und bedarfsgerecht umzusetzen. Regionen und Kommunen sollen eine aktive Rolle bei der Organisation, Koordination und Weiterentwicklung digitaler Versorgungsangebote übernehmen. Ziel ist es, digitale Versorgung nah an den Lebenswelten der Menschen zu verankern und Prävention, Primärversorgung und digitale Angebote regional zusammenzuführen. Digitale Lösungen sollen nicht isoliert eingeführt, sondern in bestehende kommunale Strukturen eingebettet werden. Diese sind komplementär zu den auszubauenden Koordinierungs-, Vernetzungs- und Innovationsaufgaben der Universitätsmedizin aufzusetzen; beides ist eng und intelligent miteinander zu verzahnen.



Warum wollen wir dieses Ziel erreichen?

Gesundheit und Versorgung sind maßgeblich durch regionale Rahmenbedingungen geprägt. Bevölkerungsstruktur, Morbidität, soziale Lage und bestehende Versorgungsangebote unterscheiden sich erheblich zwischen den Regionen. Gleichzeitig finden Prävention, Gesundheitsförderung und Versorgung vor allem dort statt, wo Menschen leben, arbeiten und alt werden. Zentrale Steuerung allein kann diese Vielfalt nicht abbilden. Kommunen und der ÖGD vor Ort verfügen über eine besondere Nähe zu den Lebenswelten der Menschen sowie über Erfahrung in der Koordination unterschiedlicher Akteurinnen und Akteure. Um digitale Versorgung wirksam zu gestalten, müssen regionale und kommunale Ebenen stärker in die Verantwortung genommen werden und mit den dafür notwendigen Mitteln ausgestattet werden. Nur so können Prävention, Versorgung und digitale Angebote sinnvoll verzahnt und auf lokale Bedarfe abgestimmt werden.



Wie wollen wir dieses Ziel erreichen?

a) Kommunen als Koordinationsorte von Gesundheit stärken

Wir setzen uns dafür ein,

- dass Kommunen und der ÖGD eine stärkere Rolle bei der Koordination von Prävention, Gesundheitsförderung, Versorgung und digitalen Angeboten übernehmen können und dafür mit den notwendigen Mitteln ausgestattet werden,
- dass kommunale Akteurinnen und Akteure frühzeitig und systematisch in die Planung digitaler Versorgungsstrukturen eingebunden werden.

b) Digitale Versorgung mit Prävention und Primärversorgung verzahnen

Wir setzen uns dafür ein,

- dass digitale Angebote nicht isoliert, sondern als Bestandteil integrierter Versorgungsmodelle eingesetzt werden,
- dass Prävention und primärärztliche Versorgung auf kommunaler Ebene systematisch mit digitalen Lösungen verbunden werden.

c) Kooperation und Netzwerke vor Ort stärken

Wir setzen uns dafür ein,

- dass die Zusammenarbeit zwischen Kommunen, Kranken- und Pflegekassen, Leistungserbringern und weiteren Akteurinnen und Akteuren auf regionaler Ebene gestärkt wird,
- dass bestehende regionale Netzwerke, z. B. im Rahmen der Kommunalen Gesundheitskonferenzen, als Grundlage digitaler Versorgung genutzt und weiterentwickelt werden.

d) Regionale Erprobung und Weiterentwicklung ermöglichen

Wir setzen uns dafür ein,

- dass regionale und kommunale Modelle digitaler Versorgung erprobt, begleitet und weiterentwickelt werden können,
- dass erfolgreiche regionale Ansätze sichtbar gemacht und auf andere Regionen übertragbar sind.

→ Welche Wirkung erwarten wir?

- bessere Abstimmung von Prävention, Versorgung und digitalen Angeboten,
- passgenaue Lösungen für unterschiedliche regionale Bedarfe,
- höhere Akzeptanz digitaler Versorgung durch Lebensweltbezug,
- Stärkung kommunaler Verantwortung und Koordination,
- Beitrag zu einer integrierten, nachhaltigen Gesundheitsversorgung.

→ Welche Akteurinnen und Akteure werden benötigt?

- **Regionen und Kommunen, insbesondere der ÖGD und die Kommunalen Gesundheitskonferenzen:** zentrale Koordinations- und Gestaltungsakteurinnen und -akteure
- **Bund und Länder:** Schaffung geeigneter rechtlicher und finanzieller Rahmenbedingungen
- **Kranken- und Pflegekassen:** Dauerhafte Unterstützung integrierter regionaler Versorgungsansätze, sofern sie anschlussfähig sind an die Telematikinfrastruktur und die bundesweite Digitalisierungsstrategie
- **Leistungserbringer:** Umsetzung regional integrierter Versorgungsmodelle
- **Universitätsklinika und Medizinische Fakultäten:** Einbettung und Verschränkungen der Vorhaben in die Aufgaben der sog. 4. Säule der Universitätsmedizin (Koordination, Vernetzung, Innovation)
- **Zivilgesellschaftliche Akteurinnen und Akteure:** Anbindung an Lebenswelten und lokale Netzwerke



Maßnahme

Sektoren überwinden



Was wollen wir erreichen?

Wir wollen im Sinne von Gesundheit 2030 die historisch gewachsenen Grenzen zwischen ambulanter, stationärer, pflegerischer, therapeutischer und präventiver Versorgung überwinden. Ziel ist eine integrierte, kontinuierliche und patientenzentrierte Versorgung, die sich am tatsächlichen Bedarf der Menschen orientiert und nicht an institutionellen Zuständigkeiten. Die Versorgung soll stärker interprofessionell, koordiniert und wohnortnah organisiert werden. Zentrale Bausteine sind integrierte Versorgungsmodelle sowie Primärversorgungszentren als koordinierende Anlaufstellen einer gestärkten und effizienten sektorenübergreifenden Versorgung.



Warum wollen wir dieses Ziel erreichen?

Gesundheit 2030 beschreibt ein Versorgungssystem, das präventiv, digital und koordiniert arbeitet. Die bestehende sektorale Trennung steht diesem Zielbild entgegen. Sie führt nach aktueller Kenntnis eher zu Versorgungsbrüchen, ineffizientem Ressourceneinsatz und unnötigen Belastungen für Patientinnen und Patienten – insbesondere für ältere Menschen, chronisch Erkrankte und Menschen mit komplexen Versorgungsbedarfen. Gleichzeitig erfordern demografischer Wandel und Fachkräftemangel neue Organisationsformen der Versorgung. Eine stärkere integrierte, sektorenübergreifende und interprofessionelle Zusammenarbeit könnte die Versorgung auch künftig sicherstellen. Digitalisierung ist dabei die strukturelle Grundlage, um Informationen zu teilen, Verantwortung zu koordinieren und Versorgung entlang von Bedarfen statt Sektoren zu organisieren.



Wie wollen wir dieses Ziel erreichen?

a) Interprofessionelle Versorgung als Regelfall etablieren

Wir setzen uns dafür ein,

- interprofessionelle Zusammenarbeit zwischen Ärztinnen und Ärzten, Pflegefachpersonen, Therapeutinnen und Therapeuten sowie weiteren Gesundheitsberufen systematisch zu stärken,
- Aufgaben im Sinne von Gesundheit 2030 stärker nach Kompetenzen zu verteilen und vorhandene Fachkräfte gezielt zu entlasten,
- ein interprofessionelles Gesundheitsangebot von Gesundheitsförderung über Prävention bis zur Versorgung vom Ausnahme- zum Regelfall zu entwickeln.

b) Primärversorgungszentren als Knotenpunkte von Gesundheit 2030 ausbauen

Wir setzen uns dafür ein,

- Primärversorgungszentren bedarfsorientiert als koordinierende Anlaufstellen der Versorgung zu stärken,
- dass dort medizinische, pflegerische, therapeutische und präventive Leistungen gebündelt und ohne redundante Kosten erbracht werden,
- dass Primärversorgungszentren insbesondere für chronisch Erkrankte und ältere Menschen die Rolle eines kontinuierlichen Lotsen im Versorgungssystem übernehmen,
- dass bei der Weiterentwicklung der Primärversorgung auch die Neuausrichtung der stationären Versorgungslandschaft Berücksichtigung findet.

c) Digitalisierung als verbindendes Element der Sektoren nutzen

Wir setzen uns dafür ein,

- digitale Lösungen als zentrale Infrastruktur von Gesundheit 2030 zu nutzen, um sektorenübergreifende Zusammenarbeit zu ermöglichen,
- dass relevante Gesundheitsinformationen sektorenübergreifend verfügbar sind und allen beteiligten Berufsgruppen zur Verfügung stehen,
- digitale Anwendungen gezielt zur Unterstützung interprofessioneller und koordinierter Versorgung einzusetzen.

d) Versorgung entlang von Lebenslagen und Versorgungspfaden organisieren

Wir setzen uns dafür ein,

- Versorgung stärker entlang von Lebenslagen, Versorgungspfaden und Behandlungsverläufen zu organisieren,
- Übergänge zwischen ambulanter, stationärer und nachsorgender Versorgung aktiv zu gestalten,
- sektorenübergreifende Verantwortung für den gesamten Versorgungsprozess zu stärken.

e) Rahmenbedingungen für integrierte Versorgung im Sinne von Gesundheit 2030 weiterentwickeln

Wir setzen uns dafür ein,

- rechtliche, organisatorische und finanzielle Rahmenbedingungen so weiterzuentwickeln, dass integrierte Versorgung erleichtert wird,
- bestehende sektorale Hemmnisse abzubauen,
- erfolgreiche integrierte Versorgungsansätze schrittweise in die Regelversorgung zu überführen und langfristig abzusichern.

f) Psychische Gesundheit und rehabilitative Versorgung digital und sektorenübergreifend fördern

Wir setzen uns dafür ein,

- die Potenziale digitaler und sektorenübergreifender Versorgung für die Stärkung der psychischen / seelischen Gesundheit gezielt zu nutzen und die relevanten Akteurinnen und Akteure konsequent in digitale Versorgungsmodelle einzubinden,
- dass Reha-Einrichtungen als tragende Partner im Sinne einer sektorenübergreifenden, kooperativen Versorgung konsequent eingebunden und ihre Schnittstellen digital unterstützt werden.



Welche Wirkung erwarten wir?

- weniger Versorgungsbrüche und Doppelstrukturen,
- bessere Koordination insbesondere für chronisch Erkrankte und ältere Menschen,
- effizienterer Einsatz knapper Fachkraftressourcen,
- höhere Versorgungsqualität durch interprofessionelle Zusammenarbeit,
- Umsetzung des Leitbilds Gesundheit 2030 in der täglichen Versorgungspraxis,
- finanzielle Entlastung der Sozialversicherung.



Welche Akteurinnen und Akteure werden benötigt?

- **Bund und Länder:** Weiterentwicklung der Rahmenbedingungen
- **Selbstverwaltung und Kranken- und Pflegekassen:** Unterstützung integrierter Versorgungsmodelle
- **Leistungserbringer aller Sektoren, Universitätsklinika:** konkrete Umsetzung
- **Kommunen und Regionen:** Aufbau von Primärversorgungszentren
- **Patientinnen und Patienten:** aktive Beteiligte einer koordinierten Versorgung

Maßnahme

Stärkung der Betriebsärztinnen und Betriebsärzte



Was wollen wir erreichen?

Wir wollen die betriebsärztliche Versorgung gezielt stärken und sie als integralen Bestandteil einer präventiv und digital ausgerichteten Gesundheitsstrategie etablieren. Betriebsärztinnen und Betriebsärzte sollen systematisch zur Prävention und Gesundheitsförderung beitragen und dabei stärker mit anderen Versorgungsstrukturen verzahnt werden. Ziel ist es, Prävention konsequent vor Eintritt von Krankheit im Lebensumfeld Arbeit zu verankern und damit das Credo „präventiv und digital vor ambulant vor stationär“ zu unterstützen.

unzureichend. Die Rolle der Betriebsärztinnen und Betriebsärzte ist derzeit überwiegend auf Arbeitsschutz und Unfallverhütung beschränkt; präventive Maßnahmen sind zwar gesetzlich vorgesehen, werden jedoch häufig nicht oder nur punktuell umgesetzt. Eine systematische Einbindung in die vertragsärztliche Versorgung besteht bislang nicht. Damit bleibt ein wesentliches präventives Potenzial im Gesundheitssystem ungenutzt.



Warum wollen wir dieses Ziel erreichen?

Betriebsärztinnen und Betriebsärzte verfügen über einen regelmäßigen und niedrigschwelligen Zugang zu einer großen und heterogenen Bevölkerungsgruppe. Gleichzeitig erreichen Präventionsangebote viele Erwerbstätige bislang nur



Wie wollen wir dieses Ziel erreichen?

a) Rechtliche Verankerung und Weiterentwicklung der betriebsärztlichen Aufgaben

Wir setzen uns dafür ein,

- die betriebliche Gesundheitsförderung klar im SGB V zu verankern,
- die Rolle der Betriebsärztinnen und Betriebs-



ärzte über die arbeitsmedizinische Vorsorge hinaus weiterzuentwickeln,

- präventive und gesundheitsfördernde Aufgaben im betrieblichen Kontext gezielt zu stärken.

b) Systematische Einbindung in die vertragsärztliche Versorgung

Wir setzen uns dafür ein,

- die bisherige Einbindung über Einzelverträge mit Krankenkassen weiterzuentwickeln,
- Betriebsärztinnen und Betriebsärzte strukturell in die vertragsärztliche Versorgung zu integrieren,
- präventive und kurative Versorgungsstrukturen besser zu verzahnen.

c) Verzahnung mit Primärversorgung, Kommunen und interprofessionellen Strukturen

Wir setzen uns dafür ein,

- die Zusammenarbeit mit Primärversorgungszentren auszubauen,
- betriebliche Prävention in kommunale Präventions- und Versorgungsnetzwerke, z.B. im Rahmen der Kommunalen Gesundheitskonferenzen, einzubetten,
- die interprofessionelle Zusammenarbeit zwischen medizinischen, betrieblichen und sozialen Akteurinnen und Akteuren zu stärken.

d) Systematische Evaluation und Sichtbarmachung betrieblicher Prävention

Wir setzen uns dafür ein,

- betriebliche Präventionsprogramme gemeinsam mit Krankenkassen systematisch und nach wissenschaftlichen Standards zu evaluieren,
- erfolgreiche und evidenzbasierte Präventions-

ansätze zu identifizieren und zu verbreiten,

- Qualität und Wirksamkeit betrieblicher Präventionsmaßnahmen zu fördern.

e) Förderung der Gesundheits- und Digitalkompetenz von Beschäftigten

Wir setzen uns dafür ein,

- die Gesundheits- und Digitalkompetenz der Beschäftigten durch betriebsärztliche Beratung zu stärken,
- Beschäftigte bei der Nutzung präventiver Angebote zu unterstützen,
- gesundheitsbewusstes und eigenverantwortliches Handeln zu fördern.



Welche Wirkung erwarten wir?

- bessere Ansprache verschiedener Zielgruppen,
- stärkere Verankerung von Prävention im Arbeitsalltag,
- wirksamer Beitrag zur Verhältnisprävention im Sinne einer gesünderen betrieblichen Lebenswelt,
- langfristige Reduktion krankheitsbedingter Belastungen und Kosten,
- Verbesserung der gesundheitlichen und geschlechtersensiblen Chancengleichheit.



Welche Akteurinnen und Akteure werden benötigt?

- **Bund und Länder:** Anpassung des rechtlichen Rahmens
- **Betriebsärztinnen und Betriebsärzte:** Umsetzung erweiterter präventiver Aufgaben
- **Krankenkassen:** Förderung, Evaluation und Koordination
- **Unternehmen und öffentliche Einrichtungen:** betriebliche Umsetzung
- **Primärversorgungszentren und Kommunen:** Vernetzung und Anschlussfähigkeit

Maßnahme

Stärkung nicht-ärztlichen Personals fördern



Was wollen wir erreichen?

Wir wollen die Rolle nicht-ärztlicher Gesundheitsberufe strukturell so weiterentwickeln, dass sie digital und KI-unterstützt neue, qualifikationsgerechte Aufgaben übernehmen können und damit einen zentralen Beitrag zu einer modernen, präventions- und datenbasierten Gesundheitsversorgung leisten. Nicht-ärztliche Gesundheitsberufe sollen systematisch aufgewertet, neue attraktive Aufgabenprofile rechtlich und strukturell ermöglicht und die Zusammenarbeit im interprofessionellen Team durch verstärkte digitale Leistungen gestärkt werden. Neben neuen Rollenprofilen bleiben körpernahe und menschenzentrierte Tätigkeiten – etwa Pflege, Physiotherapie, Geburtshilfe oder häusliche Versorgung – dauerhaft unverzichtbar. Diese Aufgaben werden durch digitale Unterstützung qualitativ weiterentwickelt. Die Maßnahme verfolgt ausdrücklich das Ziel, Versorgung zu sichern, Fachkräfte zu binden und die Attraktivität nicht-ärztlicher Berufsbilder zu erhöhen.



Warum wollen wir dieses Ziel erreichen?

Das Gesundheitssystem als Ganzes steht vor der Aufgabe, Versorgung trotz Fachkräftemangel, demografischem Wandel und steigender Komplexität langfristig sicherzustellen. Nicht-ärztliche Gesundheitsberufe sind dafür ein zentraler Hebel, der bislang jedoch häufig durch rechtliche, organisatorische und vergütungsbezogene Rahmenbedingungen nur begrenzt genutzt wird. Digitale Technologien und KI schaffen neue Möglichkeiten, Aufgaben sicher, standardisiert und qualitätsgesichert zu verteilen. Ohne entsprechende gesetzliche Rahmenbedingungen bleiben diese Potenziale allerdings punktuell und projektbezogen. Die gezielte Stärkung nicht-ärztlichen Personals ist daher Voraussetzung für eine nachhaltige digitale Transformation der Versorgung.



Wie wollen wir dieses Ziel erreichen?

a) Rechtliche Ermöglichung neuer Aufgabenprofile

Wir setzen uns dafür ein,

- Delegations- und Substitutionsregelungen klarzustellen und weiterzuentwickeln,
- neue Berufsbilder wie Community Health Nurses, Advanced Practice Nurses und Physician Assistants rechtlich abzusichern,
- eine Definition der Aufgaben- und Rollenprofile für Pflegepersonen mit unterschiedlichen Qualifikationen zu entwickeln, um die Versorgungsqualität zu sichern und dem Fachkräftemangel durch effizienten Kompetenzeinsatz (Skill-Mix) zu begegnen,
- die ärztliche und nicht-ärztliche Verantwortung, Budgethoheit sowie das Haftungsrisiko klar zu definieren und transparent zu verankern.

b) Strukturelle Flankierung digitaler und KI-gestützter Aufgaben

Wir setzen uns dafür ein,

- digital und KI-gestützte Tätigkeiten als regulären Bestandteil der Versorgung anzuerkennen,
- regulatorische Rahmenbedingungen für den sicheren Einsatz entsprechender Systeme zu schaffen,
- digitale Werkzeuge als zulässige und unterstützende Arbeitsmittel im Versorgungsalltag zu verankern.

c) Anpassung von Aus-, Fort- und Weiterbildungsstrukturen

Wir setzen uns dafür ein,

- digitale Kompetenzen systematisch in Ausbildungsordnungen pflegerischer und medizinischer Curricula zu integrieren,
- neue Qualifikationswege für erweiterte Aufgabenprofile zu unterstützen,
- kontinuierliche Fort- und Weiterbildung im Bereich digitaler Kompetenzen strukturell zu fördern.

d) Attraktivitätssteigerung durch neue Rollen und Entwicklungsperspektiven

Wir setzen uns dafür ein,

- klare Karriere- und Entwicklungspfade für nicht-ärztliche Gesundheitsberufe zu ermöglichen,
- klassische und neue Rollen sichtbar aufzuwerten und professionell zu verankern,
- neue Kompetenzprofile in der Regelvergütung abzubilden,
- innovative Arbeitsmodelle, etwa quartiers- oder populationsbezogene Ansätze, zu unterstützen.

e) Strukturelle Förderung interprofessioneller Versorgungskonzepte

Wir setzen uns dafür ein,

- interprofessionelle Versorgungsmodelle gezielt zu fördern,
- digitale Plattformen und die Gesundheitsakte für die Teamkoordination zu nutzen,
- Modellvorhaben zur praktischen Erprobung neuer Formen der Zusammenarbeit zu unterstützen.



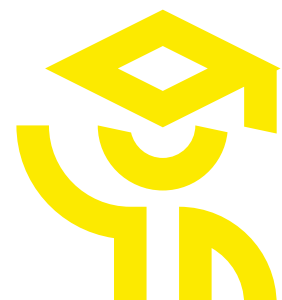
Welche Wirkung erwarten wir?

- spürbare Entlastung der Versorgung,
- höhere Attraktivität neuer Berufsbilder und stärkere Bindung nicht-ärztlichen Personals,
- Entlastung bei administrativen Tätigkeiten, verbunden mit einem stärkeren Fokus auf patientenorientierten Aufgaben,
- stabilere präventive und wohnortnahe Versorgung,
- ein resilienteres, arbeitsteiliges Gesundheitssystem,
- bessere Versorgungsqualität trotz wachsender Herausforderungen,
- nachhaltige Sicherung von Fachkräften.



Welche Akteurinnen und Akteure werden benötigt?

- **Bund und Länder:** rechtliche Rahmensetzung, beispielsweise für bundeseinheitliche Verankerung entsprechender Ausbildungsinhalte in den Studienordnungen der Community Health Nurses, Advanced Practice Nurses und Physician Assistants, in den landesrechtlich geregelten Aus- und Weiterbildungsberufen sowie den Heilberufe-Kammergesetzen auf Landesebene
- **(Gemeinsame) Selbstverwaltung und Berufsverbände:** Anpassung von Curricula, z. B. in der Weiterbildungsordnung
- **Leistungserbringer:** Akzeptanz neuer Formen der Zusammenarbeit
- **Technologieanbieter:** Entwicklung sicherer, unterstützender digitaler Systeme



Maßnahme

Transformation des ärztlichen Selbstverständnisses fördern



Was wollen wir erreichen?

Wir wollen die Rahmenbedingungen dafür schaffen, dass sich das ärztliche Selbstverständnis im Einklang mit Digitalisierung, Spezialisierung und interprofessioneller Teamarbeit weiterentwickeln kann, ohne die zentrale Rolle der Ärzteschaft infrage zu stellen. Ärztinnen und Ärzte sollen als medizinisch verantwortliche und digital souveräne Schlüsselakteurinnen und -akteure gestärkt werden. Neue ärztlich-digitale Tätigkeitsprofile (z.B. die stärkere Ausrichtung einer Facharztausbildung auf Datenanalyse oder telemedizinische Betreuung) sollen rechtlich, organisatorisch und kulturell ermöglicht und die ärztliche Rolle als Klammer zwischen Technologie, nicht-ärztlichem Personal und Patientinnen und Patienten gefestigt werden. Die Maßnahme verfolgt ausdrücklich das Ziel, ärztliche Handlungsspielräume zu erweitern, nicht zu beschneiden.



Warum wollen wir dieses Ziel erreichen?

Digitalisierung, KI und neue Versorgungsformen verändern die Arbeitsteilung im Gesundheitswesen. Standardisierbare Tätigkeiten können zunehmend unterstützt oder übernommen werden, während die eigentliche ärztliche Tätigkeit sich stärker auf komplexe, integrative und verantwortungsvolle Aufgaben konzentriert. Ohne systematische Flankierung besteht jedoch die Gefahr, dass diese Entwicklung als Verlust ärztlicher Kompetenz wahrgenommen wird, rechtliche Unsicherheiten neue Arbeitsformen behindern und digitale Potenziale ungenutzt bleiben. Die Politik und die Selbstverwaltungspartner haben daher die Aufgabe, den Wandel aktiv zu gestalten, Vertrauen zu schaffen und die ärztliche Rolle zukunftsfest abzusichern.





Wie wollen wir dieses Ziel erreichen?

a) Klare Anerkennung der erweiterten ärztlichen Rolle

Wir setzen uns dafür ein,

- Ärztinnen und Ärzte klar als medizinisch verantwortliche Gesamtkoordinierende der Versorgung zu positionieren,
- anzuerkennen, dass sich die ärztliche Tätigkeit in Richtung Spezialisierung, Steuerung und Bewertung weiterentwickelt,
- deutlich zu kommunizieren, dass Digitalisierung der Entlastung und Aufwertung dient und nicht der Substitution ärztlicher Arbeit.

b) Rechtliche Ermöglichung neuer ärztlicher Arbeitsweisen

Wir setzen uns dafür ein,

- telemedizinische und digital gestützte Behandlungsformen als reguläre Versorgung rechtlich zu ermöglichen,
- ärztliche Verantwortung bei KI-gestützten Entscheidungsprozessen klar abzusichern,
- Haftungs- und Verantwortungsfragen im digitalen Kontext zu klären und Rechtssicherheit zu schaffen.

c) Rechtliche Rahmensetzung für digitale ärztliche Kompetenz

Wir setzen uns dafür ein,

- digitale Kompetenzen, Datenverständnis und KI-Grundlagen systematisch in die ärztliche Aus- und Weiterbildung zu integrieren und hierfür beispielsweise auch die Weiterbildungsordnung auf Landesebene anzupassen,
- kontinuierliche Fortbildung zu digitalen Anwendungen zu fördern,
- neue Qualifikationsprofile im ärztlichen Bereich zu unterstützen.

d) Weiterentwicklung und Diskussion des Arztvorbehalts

Wir setzen uns dafür ein,

- eine sachliche, transparente und evidenzbasierte Diskussion über den Arztvorbehalt zu führen,
- klar zu definieren, welche Tätigkeiten dauerhaft ärztlich bleiben müssen,
- Bereiche zu identifizieren, in denen Delegation oder Substitution sinnvoll und sicher ist,
- sicherzustellen, dass die ärztliche Gesamtverantwortung unangetastet bleibt.

e) Förderung interprofessioneller, digitaler Versorgungsmodelle

Wir setzen uns dafür ein,

- interprofessionelle Teams mit klarer ärztlicher Steuerung zu fördern,
- digitale Plattformen und die Gesundheitsakte zur Koordination der Versorgung zu nutzen,
- Modellvorhaben zur Erprobung neuer Rollenbilder gezielt zu unterstützen.



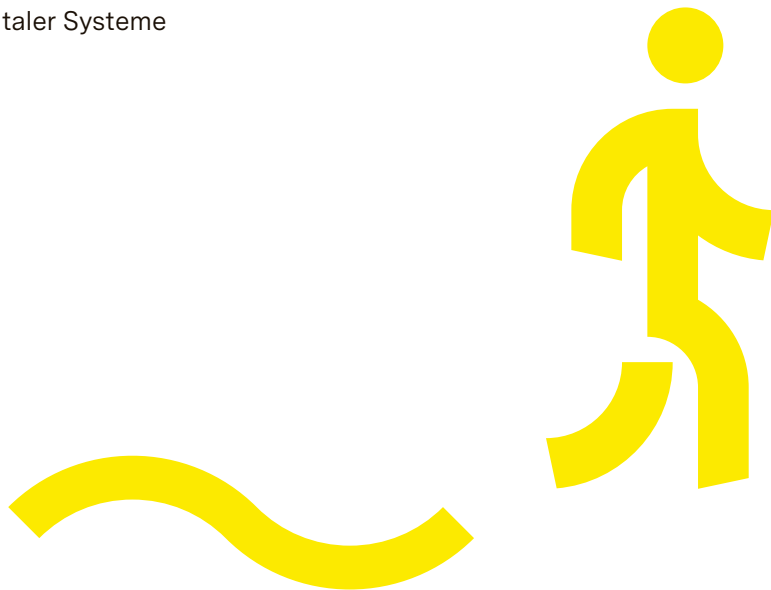
Welche Wirkung erwarten wir?

- höhere Akzeptanz digitaler Technologien in der Ärzteschaft,
- mehr Rechtssicherheit für neue ärztliche Arbeitsformen,
- stärkere Fokussierung ärztlicher Tätigkeit auf anspruchsvolle Aufgaben,
- bessere Zusammenarbeit im interprofessionellen Team,
- ein attraktives, zukunftsfähiges ärztliches Berufsbild,
- stabile ärztliche Verantwortung in einer digitalen Versorgung,
- höhere Versorgungsqualität trotz steigender Komplexität.



Welche Akteurinnen und Akteure werden benötigt?

- **Bund und Länder:** rechtliche Rahmensetzung
- **Ärztliche Selbstverwaltung:** Ausgestaltung von Berufsbild, Qualifikation und Verantwortung
- **Aus- und Weiterbildungseinrichtungen:** Integration von Inhalten zu digitalen Leistungen
- **Nicht-ärztliche Gesundheitsberufe:** interprofessionelle Zusammenarbeit
- **Technologieanbieter:** Entwicklung Arzt-unterstützender, sicherer digitaler Systeme





Cluster 3

Innovationen ermöglichen

Das dritte Cluster schafft gezielt Raum für die Entwicklung, Erprobung und Skalierung neuer digitaler Ansätze. Innovation wird dabei systematisch gefördert und frühzeitig auf Übertragbarkeit und Regelversorgung ausgerichtet. Innovationsräume ermöglichen das Erproben neuer Versorgungsmodelle unter realen Bedingungen. Die systematische Entwicklung und Skalierung von KI- und Robotik-Anwendungen tragen dazu

bei, Fachkräfte zu entlasten und die Produktivität zu steigern. Eine neu ausgerichtete Logik der Projektförderung stellt sicher, dass erfolgreiche Innovationen nicht im Projektstatus verbleiben, sondern nachhaltig in die Versorgung überführt werden. Digitale Innovation wird damit zu einem integralen Bestandteil der Weiterentwicklung des Gesundheitssystems und gezielt in die Fläche gebracht.

Maßnahme

Innovationsräume schaffen

Maßnahme

KI und Robotik in der Versorgung systematisch entwickeln, erproben und skalieren

Maßnahme

Projektförderungen neu ausrichten

Maßnahme

Innovationsräume schaffen



Was wollen wir erreichen?

Wir wollen dauerhafte, rechtssichere und versorgungsnahe Innovationsräume im Gesundheitswesen etablieren, in denen digitale Gesundheitsanwendungen – einschließlich KI-basierter Systeme und Robotik – gemeinsam mit Anwenderinnen und Anwendern entwickelt, erprobt, evaluiert und in die Regelversorgung überführt werden können. Ziel ist es, den Transfer von Forschung und Entwicklung in die Versorgung zu beschleunigen, digitale Innovationen konsequent an realen Versorgungsbedarfen auszurichten sowie Innovationsräume gezielt auch als KI-Reallabore im Sinne der EU-KI-Verordnung zu nutzen.



Warum wollen wir dieses Ziel erreichen?

Derzeit besteht eine strukturelle Umsetzungslücke zwischen digitaler Entwicklung und Versorgungsalltag. Viele Anwendungen scheitern an mangelnder Nutzerorientierung, fehlender Implementierungsunterstützung, regulatorischer Unsicherheit und fehlender nachhaltiger Finanzierung. Bestehende Instrumente bilden kooperative Entwicklung, versorgungsnahe Erprobung und systematische Implementierung nur unzureichend ab. Gleichzeitig eröffnet die EU-KI-Verordnung erstmals einen verbindlichen Rahmen für regulatorisch begleitete KI-Reallabore, der genutzt werden kann, um Innovation, Patientensicherheit und Rechtskonformität zusammenzuführen und Wettbewerbsnachteile zu vermeiden.





Wie wollen wir dieses Ziel erreichen?

a) Regionale Innovationsnetzwerke und Modellregionen

Wir setzen uns dafür ein,

- regionale Netzwerke aus Leistungserbringern aller Sektoren, Patientinnen und Patienten, Kranken- und Pflegekassen, Forschung und Industrie aufzubauen,
- den gesamten Innovationszyklus von der Bedarfserhebung über Entwicklung und Erprobung bis zur Implementierung in die Versorgung abzubilden,
- einen konsequent anwenderorientierten Co-Creation-Ansatz zu verankern,
- dauerhaft finanzierte, versorgungsnahe Geschäftsstellen mit Digital-, Versorgungs- und Umsetzungskompetenz einzurichten,
- Erprobungen zu organisieren und zu moderieren, wissenschaftlich zu begleiten und Ergebnisse strukturiert aufzubereiten,
- Leistungserbringer sowie Patientinnen und Patienten anreizbasiert zu beteiligen,
- die Industrie über Gebührenmodelle einzubinden und öffentliche Anschubfinanzierung zur Etablierung und Verstetigung zu nutzen.

b) KI-Reallabore

Wir setzen uns dafür ein,

- KI-basierte Anwendungen, darunter auch Hochrisiko-KI im Gesundheitswesen, im Versorgungsalltag zu erproben,
- Datenschutz-, Medizinprodukte- und KI-Aufsichtsbehörden frühzeitig und kontinuierlich einzubinden,
- regulatorische Anforderungen begleitend im Entwicklungsprozess zu klären und Rechtssicherheit zu schaffen (regulatorisches Lernen),
- einheitliche Kriterien für Auswahl, Durchführung und Evaluation der Erprobungen zu entwickeln,

- Erkenntnisse systematisch in Zulassungs-, Zertifizierungs- und Erstattungsprozesse zu überführen,
- den europäischen Ansatz einer vertrauenswürdigen, menschenzentrierten KI im Gesundheitswesen praktisch zu verankern.



Welche Wirkung erwarten wir?

- schnellere und rechtssichere Erprobung digitaler und KI- sowie Robotik-basierter Anwendungen,
- höhere Praxisnähe und Nutzerfreundlichkeit neuer Lösungen,
- bessere Implementierbarkeit und Akzeptanz digitaler Innovationen,
- Entlastung von Leistungserbringern durch praxistaugliche digitale Unterstützung sowie Implementierungsbegleitung,
- Aufbau einer dauerhaften Innovations- und Transferinfrastruktur,
- Stärkung des Standorts Deutschland für vertrauenswürdige Gesundheits-KI,
- messbare Verbesserungen bei Versorgungsqualität, Effizienz und Resilienz.



Welche Akteurinnen und Akteure werden benötigt?

- **Bund, Länder und ggf. EU:** Rahmensetzung, Finanzierung
- **Aufsichtsbehörden:** regulatorische Begleitung (Datenschutz, KI, Medizinprodukte)
- **(Gemeinsame) Selbstverwaltung und Kranken- und Pflegekassen:** Integration in Versorgung und Finanzierung
- **Leistungserbringer:** versorgungsnahe Erprobung und Implementierung
- **Forschung und Wirtschaft:** Entwicklung, Evaluation und Skalierung
- **Patientinnen und Patienten:** Co-Creation und Nutzerperspektive

Maßnahme

KI und Robotik in der Versorgung systematisch entwickeln, erproben und skalieren



Was wollen wir erreichen?

Wir wollen erreichen, dass Künstliche Intelligenz und robotische Systeme systematisch, zielgerichtet, wirksam und nachhaltig in der Gesundheitsversorgung eingesetzt werden. KI- und Robotik-gestützte Anwendungen sollen nicht auf einzelne Pilotprojekte beschränkt bleiben, sondern entlang klarer Kriterien entwickelt, praxisnah erprobt und bei Eignung konsequent skaliert werden. Ziel ist es, KI und Robotik als dauerhafte Bestandteile der Regelversorgung zu etablieren und damit einen messbaren Beitrag zur Entlastung von Fachkräften, zur Steigerung der Produktivität und zur Stabilisierung der Versorgung zu leisten.



Warum wollen wir dieses Ziel erreichen?

Die strukturellen Herausforderungen des Gesundheitswesens – insbesondere Fachkräftemangel, steigende Versorgungsbedarfe und begrenzte Ressourcen – erfordern neue Lösungsansätze. KI und Robotik bieten das Potenzial, Prozesse zu automatisieren, Entscheidungen zu unterstützen und physisch wie kognitiv belastende Tätigkeiten zu reduzieren. Während KI insbesondere daten- und wissensintensive Aufgaben unterstützt, können robotische Systeme bei körperlich belastenden, repetitiven oder logistischen Tätigkeiten entlasten. Bislang bleiben diese Potenziale jedoch häufig ungenutzt, da Anwendungen in isolierten Pilotprojekten verharren und es an klaren Mechanismen zur Bewertung, Weiterentwicklung und Überführung in die Regelversorgung fehlt.



Wie wollen wir dieses Ziel erreichen?

a) Bedarfsgerechte Entwicklung KI- und Robotik-gestützter Anwendungen ermöglichen

Wir setzen uns dafür ein,

- dass KI- und Robotik-gestützte Anwendungen entlang konkreter Versorgungsprobleme entwickelt werden,
- dass der Fokus auf Bereichen mit hohem Entlastungs- und Effizienzpotenzial liegt, insbesondere bei standardisierbaren, datenintensiven oder körperlich belastenden Tätigkeiten,
- dass Entwicklungsschritte klar abgegrenzt und zielorientiert erfolgen,
- dass die Einbindung klinischer Leitlinien sowie evidenzbasierter wissenschaftlicher Standards in die Entwicklung und Anwendung von KI-Lösungen verbindlich ist.

b) Erprobung nach dem Prinzip „Minimal Viable Product“ (MVP) etablieren

Wir setzen uns dafür ein,

- KI- und Robotik-gestützte Anwendungen zunächst als funktionsfähige Mindestlösungen (MVP) zu erproben,
- dass diese Erprobung unter realen Versorgungsbedingungen erfolgt,
- kurze Entwicklungs- und Lernzyklen zu ermöglichen, um frühzeitig Erkenntnisse zu Nutzen, Akzeptanz und Umsetzbarkeit zu gewinnen.

c) Bewertung und Zulassung auch für selbstlernende Systeme ermöglichen

Wir setzen uns dafür ein,

- dass auch selbstlernende KI-Systeme grundsätzlich zulassungsfähig sind,
- dass regulatorische Ansätze nicht ausschließlich von statischen Zulassungs- und Prüfmechanismen ausgehen, sondern der besonderen Funktionsweise von KI Rechnung tragen,
- dass die Weiterentwicklung von KI-Systemen im laufenden Betrieb möglich bleibt und nicht durch starre Genehmigungslogiken verhindert wird, sofern Sicherheit, Qualität und Transparenz gewährleistet sind.

d) Erfolgreiche KI- und Robotik-Anwendungen gezielt skalieren

Wir setzen uns dafür ein,

- dass KI- und Robotik-gestützte Anwendungen mit nachgewiesenem Nutzen nicht im Projektstatus verbleiben,
- Skalierung frühzeitig mitzudenken und systematisch vorzubereiten,
- die Ausweitung auf weitere Einrichtungen, Regionen oder Versorgungsbereiche zu ermöglichen,
- beim Rollout auf eine möglichst gute Umweltbilanz der eingesetzten Modelle und Systeme zu achten.

e) Übergang in die Regelversorgung sicherstellen

Wir setzen uns dafür ein,

- klare Wege für die Überführung erfolgreicher KI- und Robotik-Anwendungen in dauerhafte Versorgungsstrukturen zu schaffen,
- dass auch weiterentwickelbare KI-Systeme und adaptive robotische Systeme dauerhaft in der Versorgung eingesetzt werden können,
- die Anzahl rein befristeter Pilotvorhaben deutlich zu reduzieren.



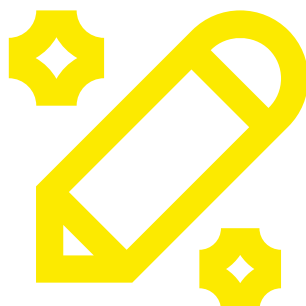
Welche Wirkung erwarten wir?

- spürbare Entlastung medizinischer, pflegerischer und nicht-medizinischer Fachkräfte,
- Reduktion körperlicher und administrativer Belastungen,
- messbare Produktivitätsgewinne in der Versorgung,
- nachhaltige Nutzung von KI und Robotik jenseits von Pilotprojekten,
- Stabilisierung der Versorgung unter Bedingungen knapper Ressourcen.



Welche Akteurinnen und Akteure werden benötigt?

- **Bund und Länder:** Weiterentwicklung geeigneter regulatorischer Rahmenbedingungen
- **Wissenschaft:** Forschung und Entwicklung
- **(Gemeinsame) Selbstverwaltung und Kranken- und Pflegekassen:** Ermöglichung von Skalierung und Regelversorgung
- **Leistungserbringer:** zentrale Orte der Anwendung
- **KI- und Robotik-Anbieter:** Entwicklung und Anpassung der Systeme
- **Aufsicht:** Sicherstellung von Qualität und Sicherheit



Maßnahme

Projektförderungen neu ausrichten



Was wollen wir erreichen?

Wir wollen die staatliche Projektförderung im Gesundheitswesen strategischer, wirkungsorientierter und systemtauglicher ausrichten, um digitale und strukturelle Innovationen schneller zur Versorgungsreife zu bringen und ihre nachhaltige Wirkung zu erhöhen. Fördermittel werden gezielt auf strategisch relevante Versorgungsprobleme konzentriert und Projekte stärker an Umsetzung, Skalierung und Verstetigung ausgerichtet. Internationale innovationspolitische Ansätze zeigen, dass klar definierte Zielbilder, zeitlich fokussierte Programme, wettbewerbliche Auswahlverfahren sowie eine konsequente Orientierung an messbaren Ergebnissen Innovationsdynamiken erheblich beschleunigen können. Übertragen auf die Förderung von (digitalen) Gesundheitsinnovationen bedeutet dies insbesondere: fokussierte Programme mit klaren Wirkungszielen, Meilensteinorientierung, adaptiven Förderformaten sowie interdisziplinären Konsortien aus Versorgung, Wissenschaft und Wirtschaft, um Innovationszyklen zu verkürzen und systemrelevante Lösungen schneller in die Anwendung zu bringen.



Warum wollen wir dieses Ziel erreichen?

Förderprogramme im Gesundheitswesen unterstützen überwiegend Forschungs- und Entwicklungsvorhaben im Sinne der Anschubfinanzierung und schaffen die Voraussetzungen für die Entstehung neuer Lösungen. Im Mittelpunkt steht dabei häufig die Ermöglichung und Qualifizierung von Innovationen, nicht die Finanzierung dauerhafter Betriebsstrukturen. Es zeigt sich, dass Innovationen ohne frühzeitig angelegte Implementierungs-, Finanzierungs- und Anwendungspfade häufig nicht in die Versorgung überführt werden.



Wie wollen wir dieses Ziel erreichen?

a) Einführung eines Innovationsbudgets als dezentrales Förderinstrument

Wir setzen uns dafür ein,

- dass den Kranken- und Pflegekassen ein festes Innovationsbudget zur Verfügung gestellt wird, mit dem sie gemeinsam mit Leistungserbringern klar definierte Versorgungsprobleme lösen können,
- gezielt Projekte zu fördern, die konkrete Lösungsansätze für diese Probleme bieten,
- Projektförderung näher an reale Versorgungsherausforderungen und spätere Finanzierungsentscheidungen heranzuführen.

b) Anwendungsorientierte Förderung von Gesundheitsinnovationen

Wir setzen uns dafür ein,

- Ausschreibungen von Förderprogrammen verstärkt auf anwendungs- und problembezogene Zielstellungen mit erfolgsversprechenden Verwertungs- und Implementierungspfaden ausrichten,
- zeitlich befristete Projekte mit hohem Innovations- und Transformationspotenzial zu fördern,
- Risiko und Scheitern als notwendige Voraussetzung für Durchbruchinnovationen anerkennen.

c) Anpassung der Förderlogik an Entwicklungsrealitäten von digitalen Innovationen

Wir setzen uns dafür ein,

- hohe Anfangsinvestitionen bei der Entwicklung nicht-proprietärer, interoperabler Systeme zu berücksichtigen,

- laufende Betriebs-, Wartungs- und Cloudkosten über einen definierten Zeitraum förderfähig zu machen,
- von einer reinen Einmalförderung auf mehrjährige, phasenbasierte Fördermodelle umzustellen, die Entwicklung, Erprobung und Betrieb abdecken,
- die Anschlussfähigkeit von Projektergebnissen an Versorgung und Anwendung frühzeitig mitzudenken.

d) Stärkere Kopplung von Projektförderung und Skalierungs- bzw. Translationsperspektive

Wir setzen uns dafür ein,

- jede Projektförderung von Beginn an mit einer klaren und realistischen Skalierungs- und Verstetigungsperspektive zu versehen,
- klare Kriterien für Weiterfinanzierung, Überführung in Regelstrukturen oder Anschlussfinanzierung zu definieren,
- relevante Akteurinnen und Akteure der Selbstverwaltung und Versorgung sowie Patientenspektiven frühzeitig einzubinden,
- Projektförderung ausdrücklich als Vorstufe struktureller Lösungen und nicht als Selbstzweck zu verstehen,
- geförderte Projekte bevorzugt in Innovationsräumen umzusetzen, um Skalierbarkeit, Akzeptanz und Implementierbarkeit frühzeitig zu prüfen.

e) Überprüfung und Weiterentwicklung bestehender Förderinstrumente

Wir setzen uns dafür ein,

- die Wirksamkeit bestehender Förderinstrumente, wie den Innovationsfonds des G-BA kritisch zu überprüfen,
- auf Basis bisheriger Erfahrungen eine stärkere Problem- und Umsetzungsorientierung zu prüfen,
- Fördermittel stärker auf nachweislich wirk-

same und skalierbare Innovationen zu konzentrieren,

- dass Geschlechter- und Umweltaspekte – wo möglich und sinnvoll – berücksichtigt werden.



Welche Wirkung erwarten wir?

- höhere strategische Steuerbarkeit von Projektförderungen,
- bessere Passung zwischen Förderlogik und realen Kostenstrukturen digitaler Innovationen,
- mehr Projekte mit klarer Umsetzungs- und Skalierungsperspektive,
- effizienterer Einsatz öffentlicher Mittel,
- Reduktion von Projektabbrüchen nach Förderende,
- nachhaltige strukturelle Innovationen im Gesundheitswesen,
- stärkere Wirkung staatlicher Innovationsförderung,
- verbesserte Versorgungsqualität und Systemeffizienz.



Welche Akteurinnen und Akteure werden benötigt?

- **Bund und Länder:** Rahmensetzung, Finanzierung, Weiterentwicklung der Förderlogik
- **Kranken- und Pflegekassen:** Träger der Innovationsbudgets, Definition von Versorgungsproblemen
- **Förder- und Programminstanzen:** missionsorientierte Steuerung und Evaluation
- **Selbstverwaltung und Versorgung:** Umsetzung, Skalierung und Anschlussfähigkeit
- **Forschung und Wirtschaft:** Entwicklung, Erprobung und Betrieb innovativer Lösungen



Strategische und organisatorische Umsetzung

Die Umsetzung von Gesundheit 2030 als Teil der Weiterentwicklung des Gesundheitswesens erfordert eine klare strategische Steuerung, eine tragfähige organisatorische Verankerung sowie eine kontinuierliche fachliche und politische Begleitung. Das Sozialministerium übernimmt hierbei die zentrale Rolle und verantwortet die inhaltliche, koordinierende und politische Durchführung der Strategie in enger Abstimmung mit den am Themenkomplex „Gesundheit“ beteiligten Ressorts und eng verzahnt mit den strategischen Weiterentwicklungen der Hochschulmedizin in Versorgung, Forschung, Innovation, Koordination und Lehre.

Rolle des Sozialministeriums

Gesundheit 2030 ist für das Sozialministerium die verbindliche Arbeitsgrundlage für die (digitale) Weiterentwicklung des Gesundheitswesens in Baden-Württemberg. Ziel ist es, die in der Strategie formulierten Leitbilder, Maßnahmen und Zielsetzungen schrittweise umzusetzen und bis spätestens zum Ende der 2030er-Jahre wirksam zu verankern. Das Sozialministerium versteht sich dabei als Impulsgeber, Koordinator und Moderator. Wo erforderlich, arbeitet es eng mit den in der Strategie benannten Akteurinnen und Akteuren auf EU-, Bundes-, Landes- und Kommunalebene zusammen und stellt eine kohärente Abstimmung

auch mit den involvierten Ressorts auf Landesebene unter Einbeziehung des bewährten Formats des Forums Gesundheitsstandort Baden-Württemberg sicher. Gesundheit 2030 wird so in bestehende und zukünftige Initiativen integriert und mit übergeordneten gesundheitspolitischen, rechtlichen und finanziellen Rahmenbedingungen verzahnt. Dies umfasst – bei entsprechender anlassbezogener Beteiligung der weiteren betroffenen Ressorts – insbesondere die Mitwirkung an bundesweiten Diskussions- und Entscheidungsprozessen, etwa im Rahmen des Bundesrates oder der Gesundheitsministerkonferenz, sowie die Erarbeitung von Diskussionspapieren und die Initiierung bzw. Unterstützung von Modellprojekten. Da nicht wenige Steuerungshebel für die Umsetzung von Gesundheit 2030 nur im indirekten Einflussbereich des Landes liegen, wird zum jetzigen Zeitpunkt auf eine detaillierte Roadmap sowie auf verbindliche Kennzahlen (KPIs) verzichtet. Stattdessen setzt das Sozialministerium auf strategische Orientierung, politische Impulse und eine schrittweise Weiterentwicklung im Zusammenwirken mit den relevanten Akteurinnen und Akteuren. Eine Roadmap, in der beispielsweise konkrete politische Initiativen im Rahmen der Ministerkonferenzen oder des Bundesrates sowie die Etablierung neuer Landesförderkriterien definiert werden, wird gegebenenfalls in den Strategiegremien erarbeitet.

Fachliche und strategische Begleitung

Für die Akteurinnen und Akteure des Gesundheitswesens in Baden-Württemberg soll Gesundheit 2030 als Orientierung für die eigene strategische Ausrichtung dienen. In Anlehnung an die bestehende Strategie „Digitalisierung in Medizin und Pflege“ wird das Sozialministerium fachlich und strategisch durch zwei etablierte Gremien unterstützt: einen Expertenkreis und einen Beirat. Beide Gremien sollen – sofern erforderlich – personell weiterentwickelt und erweitert werden. Sie setzen sich aus Vertreterinnen und Vertretern der Versorgung, der Forschung, der Selbstverwaltung, der Kommunalen Landesverbände sowie der Kranken- und Pflegekassen zusammen und bündeln unterschiedliche Perspektiven des Gesundheitswesens.

Der Expertenkreis begleitet die operative Umsetzung der Strategie Gesundheit 2030. Er unterstützt das Sozialministerium insbesondere bei der Konkretisierung von Maßnahmen, der Priorisierung von Umsetzungsschritten sowie der fachlichen Bewertung von Entwicklungen und Projekten.

Der Beirat übernimmt die strategische Begleitung der Strategie. Er berät das Sozialministerium bei grundsätzlichen Weichenstellungen, bei der Weiterentwicklung des Zielbildes Gesundheit 2030 sowie bei der Einordnung gesundheitspolitischer, technologischer und gesellschaftlicher Entwicklungen.

Priorisierung, Sequenzierung und lernende Weiterentwicklung

Die Umsetzung von Gesundheit 2030 erfolgt schrittweise und priorisiert. Nicht alle Maßnahmen werden gleichzeitig realisiert. Vielmehr werden Umsetzungsschwerpunkte gebildet, die regelmäßig überprüft und bei Bedarf angepasst werden. Dadurch kann flexibel auf neue technologische, gesellschaftliche und gesundheitspolitische Entwicklungen reagiert werden. Gesundheit 2030 ist als lernende Strategie angelegt. Erkenntnisse aus der Umsetzung, technologische Fortschritte sowie Erfahrungen aus Modellprojekten und Praxisanwendungen werden fortlaufend ausgewertet und fließen in die Weiterentwicklung der Strategie ein. So bleibt Gesundheit 2030 auch über längere Zeiträume hinweg aktuell, anschlussfähig und handlungsleitend.

Transparenz, Kommunikation und Austausch

Das Sozialministerium legt großen Wert auf Transparenz und Kommunikation bei der Umsetzung von Gesundheit 2030. Ziele, Vorhaben, Fortschritte und Herausforderungen sollen nachvollziehbar gemacht und für unterschiedliche Zielgruppen verständlich aufbereitet werden.

Zur Flankierung der Umsetzung prüft das Sozialministerium die Etablierung einer regelmäßig oder anlassbezogen stattfindenden Fachveranstaltung. Diese soll als Plattform für Austausch, Vernetzung und gemeinsames Lernen dienen. Im Mittelpunkt stehen dabei insbesondere nationale und internationale Best-Practice-Beispiele, die Impulse für die Umsetzung von Gesundheit 2030 geben und auf ihre Übertragbarkeit auf Baden-Württemberg hin geprüft werden.

Verzahnung mit bestehenden Initiativen und Förderinstrumenten

Gesundheit 2030 wird eng mit bestehenden Programmen, Förderinstrumenten und Initiativen auf Landes-, Bundes- und EU-Ebene und dem Forum Gesundheitsstandort Baden-Württemberg verzahnt. Ziel ist es, Synergien zu nutzen, Doppelstrukturen zu vermeiden und vorhandene Ressourcen gezielt auf die strategischen Zielsetzungen auszurichten. Die Strategie bildet damit einen übergeordneten Orientierungsrahmen für bestehende und zukünftige Aktivitäten.

Anspruch des Landes Baden-Württemberg

Mit Gesundheit 2030 verfolgt das Land Baden-Württemberg den Anspruch, eine führende Rolle bei der Digitalisierung und Erneuerung des deutschen Gesundheitswesens einzunehmen. Das Land versteht sich als Gestaltungsraum, Reallabor und Impulsgeber für innovative, digitale und zukunftsfähige Versorgungsmodelle. Neue Ansätze sollen erprobt, bewertet und – bei Erfolg – skaliert werden. Die dabei gewonnenen Erkenntnisse sollen über das Land hinaus Wirkung entfalten und Impulse für die Weiterentwicklung des Gesundheitswesens insgesamt setzen.





Ausblick

Baden-Württemberg hat bereits damit begonnen, die Strategie Gesundheit 2030 konkret umzusetzen und die darin formulierten Zielbilder in tragfähige Strukturen zu überführen. Zentrale Elemente der Strategie – vom Aufbau eines digitalen Fundaments über die Neuorganisation von Versorgung bis hin zur systematischen Ermöglichung von Innovation – werden nicht nur konzeptionell adressiert, sondern praktisch erprobt und skaliert.

Erprobung im KI-Reallabor

Ein wesentlicher Baustein ist aktuell der Aufbau des KI-Reallabors Gesundheit Baden-Württemberg am Bosch Health Campus, das mit Förderung des Sozialministeriums als Innovationsraum im Sinne von Gesundheit 2030 etabliert wird und zugleich eng an die europäische KI-Verordnung angebunden ist. Das Reallabor folgt drei komplementären Aktivitätslinien, die zentrale Maßnahmen der Strategie operationalisieren:

Das KI-Daten-Lab adressiert unmittelbar das Ziel, Daten für Prävention, Versorgung und Gemeinwohl nutzbar zu machen. Durch die Erschließung hochwertiger, strukturierter Gesundheitsdaten werden Voraussetzungen für KI-gestützte Anwendungen geschaffen, die sowohl der individuellen Versorgung als auch einem lernenden Gesundheitssystem dienen.

Das KI-Kompetenz-Lab leistet einen Beitrag zur Stärkung digitaler und KI-bezogener Kompetenzen bei Bürgerinnen und Bürgern sowie beim Gesundheitspersonal. Über Showrooms, mobile Formate wie einen Showtruck und niedrigschwellige Informationsangebote wird KI im Gesundheitswesen verständlich, greifbar und akzeptabel gemacht – als Grundlage für Vertrauen und breite Nutzung digitaler Innovationen.

Das KI-Framework-Lab ist politisch eng verzahnt und ermöglicht regulatorisches Lernen. Es schafft einen Raum, in dem neue Anwendungen unter realen Bedingungen erprobt und zugleich regulatorische Fragen frühzeitig adressiert werden. Damit wird der in Gesundheit 2030 formulierte Anspruch eingelöst, Innovation, Regulierung und Versorgung systematisch zusammenzudenken.

Im Reallabor werden bereits konkrete Use Cases umgesetzt, die zentrale Maßnahmen der Strategie exemplarisch abbilden.

Use Case 1:

Daten erschließen und auswerten

Durch die KI-gestützte Digitalisierung papiergebundener medizinischer Dokumente werden bislang ungenutzte Datenbestände sektorenübergreifend erschlossen und für Forschung, Versorgungssteuerung und Qualitätsentwicklung nutzbar gemacht. Dies leistet einen Beitrag zur Weiterentwicklung der Gesundheitsakte, zur Verbesserung der Interoperabilität und zur evidenzbasierten Weiterentwicklung der Versorgung – jenseits isolierter Pilotprojekte.

Use Case 2:

Patienten zielgerichtet steuern

Ein zweiter zentraler Use Case ist die KI-gestützte Patientensteuerung. Aufbauend auf digitalen Anamnesen, strukturierten Gesundheitsdaten und – perspektivisch – Informationen aus der Gesundheitsakte sollen Patientinnen und Patienten datenbasiert an die jeweils passende Versorgungsebene gelenkt werden. Damit wird die in Gesundheit 2030 formulierte Neuorganisation von Zugangswegen konkret umgesetzt: Digital First, bedarfsgerecht, sektorenübergreifend und ressourcenschonend – von der Primärversorgung über die pädiatrische Versorgung bis hin zur Notfallversorgung.

Transfer in die Versorgung

Flankiert wird das Reallabor durch das ressortübergreifende Projekt MEDI:CUS (Medizindaten-Infrastruktur: cloudbasiert, universell, sicher), das sich aktuell im Aufbau befindet. Dort wird eine cloudbasierte Infrastruktur geschaffen, welche die Vernetzung weiter vorantreibt und die bislang stark siloartig organisierten IT-Strukturen im Gesundheitswesen flexibilisiert und integriert. Dabei setzt MEDI:CUS auf einen Multi-Cloud-Ansatz: Über die Plattform erhalten die Leistungserbringer Zugriff auf verschiedene Fachanwendungen und Basisdienste. Der standardisierte und modulare Aufbau ermöglicht eine cloudbasierte Versorgung mit markterprobten Angeboten nach dem „App-Store“-Modell. MEDI:CUS bildet damit die technische Grundlage für Interoperabilität, Skalierung und Transfer. Sie ist das zentrale Vehikel, über das Innovationen schnell, sicher und standardisiert in Krankenhäuser und perspektivisch in weitere Versorgungsbereiche ausgerollt werden können. Während das KI-Reallabor Entwicklung, Erprobung und Standardisierung unterstützt, wird MEDI:CUS nach erfolgreicher Etablierung die Umsetzung in der Breite und damit den Übergang von Innovationsprojekten in den Versorgungsalltag ermöglichen.

Zusammen zeigen KI-Reallabor Gesundheit und MEDI:CUS, wie die Strategie Gesundheit 2030 in Baden-Württemberg praktisch realisiert werden soll: Innovationsräume werden geschaffen, regulatorisches Lernen ermöglicht, Daten verantwortungsvoll nutzbar gemacht, Versorgung digital neu organisiert und Innovation systematisch in die Fläche gebracht. Baden-Württemberg positioniert sich damit als aktiver Gestalter eines lernenden, digitalen und zukunftsfähigen Gesundheitssystems, das bei dem Paradigmenwechsel von „versorgen“ zu „gesund bleiben“ vorangeht.



**Baden-Württemberg
Ministerium für Soziales,
Arbeit und Gesundheit**

**Ministerium für Soziales, Arbeit und
Gesundheit Baden-Württemberg**

Else-Josenhans-Straße 6

70173 Stuttgart

0711 123-0

poststelle@sm.bwl.de

sm.baden-wuerttemberg.de