HSK
HAUPTSTADT
KONGRESS/24

SAVE THE DATE

26.-28.06.2024

DER HAUPTSTADTKONGRESS 2024 | hub27 | Messe Berlin

HSK
HAUPTSTADT
KONGRESS/23

DAS MAGAZIN ZUM KONGRESS

HSK TREND

DIE ZUKUNFT DES GESUND-HEITSWESENS BEGINNT HIER.

EDITORIAL

SEHR GEEHRTE DAMEN UND HERREN,
liebe Teilnehmerinnen und Teilnehmer des Hauptstadtkongresses 2023,

es geht ein „Ruck“ durchs deutsche Eventgeschäft: Messen und Kongresse, insbesondere mit Bezug zu den Themen Gesundheit, Pflege und IT, sind deutschlandweit beinahe wieder so stark nachgefragt wie vor der Coronapandemie. Es gibt offensichtlich viel nachzuholen. Zudem stoßen reine Digitalevents inzwischen an ihre Grenzen, denn der persönliche Kontakt, der fachliche Austausch von Angesicht zu Angesicht, ist eben nicht zu ersetzen, zumindest nicht, wenn es um mehrtägige Großereignisse geht.

Ein solches Großereignis ist unbestreitbar der Hauptstadtkongress Medizin und Gesundheit, der sich über 20 Jahren hinweg inBerlin etabliert hat. Entstanden aus einem überschaubaren Krankenhauskongress, hat er es über die Jahre hin vermocht, sich zu ***dem*** Branchenereignis der Gesundheitswirtschaft in Deutschland zu entwickeln. Die ursprüngliche Idee, die Bundes- und Landespolitik mit Leistungserbringern, Kostenträgern, Industrie und Wissenschaft an einem Ort und über mehrere Tage hinweg zu versammeln, um alle Probleme und Reformvorschläge intensiv

www.hauptstadtkongress.de | #HSK23

und berufsgruppenübergreifend zu diskutieren, ist zwar oft kopiert und auch weiterentwickelt worden, aber sie trägt den Hauptstadtkongress im Wesentlichen auch heute noch.

Die Themen gehen offensichtlich nicht aus. Im Gegenteil: Viele Herausforderungen sind redundant, man könnte ketzerisch sagen „ungelöst“, wenn man Kongressprogramme aus der Vergangenheit neben aktuelle Auszüge legt und die Inhalte miteinander vergleicht. Höchstwahrscheinlich ist der Gesundheits- und Pflegesektor derjenige, der aufgrund seiner Dynamik, seines Wachstums und aufgrund der demografischen Entwicklung geradezu dazu verdammt ist, immer wieder dieselben Fragen nach Sicherstellung der Versorgung, gleichberechtigtem Zugang zu Innovationen und schließlich nach einer nachhaltigen Finanzierung neu aufzurufen. Diese spannenden, weil gesellschaftspolitisch höchst relevanten Fragen gehören in die Öffentlichkeit, sind dort zu diskutieren und sind am Ende demokratisch bzw. parlamentarisch zu entscheiden.

Dennoch gilt: Auch wenn die Themenpalette niemals kleiner zu werden scheint, muss sich ein Kongress gleichwohl jedes Jahr neu erfinden! Auch ein Hauptstadtkongress kann nicht immer gleich sein und gleich ablaufen. Von daher war der Einschnitt durch Corona in den Jahren 2020 und 2021 Grund genug, alte und liebgewonnene Formate, Panels und Erscheinungsformen grundlegend zu hinterfragen, neu aufzusetzen oder schlichtweg über Bord zu werfen.

Ein Kongress des Jahres 2023 kann nicht mehr allein mit klassischen Frontalveranstaltungen aufwarten, vielmehr sind Interaktion, Partizipation und Resonanz des Publikums gefragt. Und dies, wenn möglich, über die bekannten Social-Media-Kanäle hinaus. Spontaneität, Kreativität und Agilität – besonders im Bereich des Ausstellungsforums – gehören zu einem modernen Hauptstadtkongress genauso dazu wie eine gesteigerte Diversität und Parität auf den Podien. Hier ist gewiss noch viel zu tun, aber wir sind auf einem guten Weg.

Am Ende eines Kongresses müssen Teilnehmer wie auch Aussteller und die Speaker für sich entscheiden, ob der Kongress sie weitergebracht hat oder nicht, ob sich Zeit, Aufwand und Geld in einem Mehr an Wissen und Fertigkeiten für die tägliche Arbeit widerspiegeln. Und auch die Frage, ob der Kongress emotional ansprechend, das heißt „ein Erlebnis“ war, spielt eine nicht zu unterschätzende Rolle, wenn es darum geht, ob man sich im nächsten Jahr erneut engagiert und wieder zum Kongress kommen wird.

Nichts ist so perfekt, als dass man es nicht noch besser machen kann. Fürwahr, die Pandemie war eine Zäsur, doch wir haben sie dazu genutzt, den Kongress, unseren Kongress, weiterzuentwickeln. Das Feedback aus dem vergangenen Jahr hat uns darin bestätigt und zugleich motiviert, diesen Weg weiterzugehen.

Ihr

Wolfgang van den Bergh
Wissenschaftlicher Leiter Hauptstadtforum

Guido Pschollkowski
Kongressleiter
guido.pschollkowski@wiso-consulting.de

Falk H. Miekley
Kongressleiter
falk.miekley@wiso-consulting.de

INHALT

Editorial 02
Sponsoren und Partner 04
Das resiliente Gesundheitswesen kommt nicht von allein 06
Interview mit Dr. Matthias Bracht 08
Spitzenmedizin in die Fläche bringen 12
Mehr Autonomie für die Pflege 16
Die Digitalisierung im deutschen Gesundheitssystem 18
Die ePA – Das Großprojekt der Bundesregierung 22
Private-Equity im Gesundheitswesen 26
Kollegin Dr. CHATGPT? 30
Die Krankenhausreform 34
Der Umbau der Kliniklandschaft 38
Impressum 41
Zahlen, Daten, Fakten – Hauptstadtkongress 2023 44

HSK
HAUPTSTADT KONGRESS/23

SPONSOREN UND PARTNER

HAUPTSPONSOREN

KNAPPSCHAFT für meine Gesundheit!

prospitalia

Sana Kliniken AG

SIEMENS Healthineers

PARTNER

Akkreditierte Labore in der Medizin e.V. & BBMV Bundesverband der Betreiber medizinischer Versorgungszentren e.V. | Alexianer GmbH | Bundesverband Pflegemanagement e.V. | Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste e.V. (bpa) | Bundesvertretung der Medizinstudierenden in Deutschland e.V. (bvmd) | DAK-Gesundheit & HanseMerkur Versicherungsgruppe | Deutsch-Chinesische Gesellschaft für Medizin (DCGM) e.V. | Deutsch-Chinesische Gesellschaft für Pflege (DCGP) e.V. | ID Information und Dokumentation im Gesundheitswesen GmbH & Co. KGaA | Intuitive Surgical Deutschland GmbH | KPMG AG Wirtschaftsprüfungsgesellschaft | Paul Hartmann AG | PVS Holding GmbH | Roche Pharma AG & Roche Diagnostics Deutschland GmbH | Smartify IT Solutions GmbH | Verband der Ersatzkassen (vdek) e.V. | WMC HEALTHCARE GmbH

VIP-PARTNER

CISCO

Johnson & Johnson FAMILY OF COMPANIES

Medtronic Engineering the extraordinary

Pfizer

PHILIPS

MEDIENPARTNER

Springer Medizin

ÄrzteZeitung

Springer Pflege

kma Wissen für Entscheider

Health & Care Management

medhochzwei Medien für das Gesundheitswesen

Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft

Stand der KNAPPSCHAFT und der Knappschaft Kliniken

Eat & Talk · Politik-Talk
Veranstaltungen am Stand der KNAPPSCHAFT im Kongresszentrum HUB 27 Berlin

KNAPPSCHAFT für meine Gesundheit!

KNAPPSCHAFT KLINIKEN

MITTWOCH, 14. JUNI 2023

12:30 Uhr — Künstliche Intelligenz in den Knappschaft Kliniken
VIP-TALK

15:40 Uhr — Rolle der Integrierten Versorgung im Gesundheitssystem von Morgen: Kosteneffizienz, Behandlungsqualität, Versichertensouveränität
EAT & TALK

DONNERSTAG, 15. JUNI 2023

10:45 Uhr — Die neue Lust am Lernen – Personalentwicklung in den Knappschaft Kliniken
EAT & TALK

13:30 Uhr — Effizienz im Gesundheitswesen, wie geht das?
POLITIK-TALK

16:00 Uhr — FIRE – schnelle und motivierende Überleitung aus der Entgiftung in die Entwöhnung
EAT & TALK

DAS RESILIENTE GESUNDHEITS-WESEN KOMMT NICHT VON ALLEIN

DIE ÄRZTESCHAFT UND DIE ANDEREN AKTEURE IM GESUNDHEITSWESEN MÜSSEN JETZT MASSNAHMEN ENTWICKELN, UM DAS SYSTEM KRISENFEST AUFZUSTELLEN, SO EINE MEINUNG BEIM GESUNDHEITSKONGRESS DES WESTENS. SIE DÜRFEN NICHT WARTEN, BIS SICH DIE POLITIK BEWEGT.

PROF. DR. KARL MAX EINHÄUPL
Kongresspräsident und ehemaliger Chef der Berliner Charité

KÖLN. Die Unfähigkeit der Politik, Antworten auf die Herausforderungen durch den Klimawandel und andere Krisen zu finden, entlässt die Ärzteschaft nicht aus der Verantwortung. „Wir haben trotzdem den medizinischen Auftrag, uns darum zu kümmern", sagte Prof. Dr. Christian Schulz, Geschäftsführer des Vereins KLUG – Deutsche Allianz Klimawandel und Gesundheit beim Gesundheitskongress des Westens in Köln.

Die Zeit drängt, betonte der Anästhesist. Klar sei, dass sich die aktuelle Erderwärmung in Wechselwirkung mit anderen Entwicklungen auf Morbidität und Mortalität auswirkt. Gleichzeitig spiele auch das Gesundheitswesen selbst beim Klimawandel eine große Rolle. „Wir haben im Gesundheitswesen einen sehr hohen Ressourcenverbrauch." Das liege nicht zuletzt am immer noch nicht adressierten Problem der Überversorgung.

Die Akteure im Gesundheitswesen müssen nach seiner Meinung innehalten und überlegen, wie sie die Rahmenbedingungen ändern können, um es resilienter zu machen. Dann gehe es darum, die Erkenntnisse in die Breite des Gesundheitssektors zu tragen und in einem nächsten Schritt Implementierungsmaßnahmen zu entwickeln. Zudem müsse in der Politik und in der Gesellschaft das Bewusstsein für die Problematik geschärft werden. „Wir versuchen immer, das Thema auf die Agenda zu setzen und von der Notwendigkeit zu überzeugen."

DIE ÄRZTESCHAFT BRAUCHT MITSTREITER

Klar ist für Schulz: „Wir werden es als Ärzte nicht allein reißen." Notwendig sei der Schulterschluss mit der Pflege und den anderen Gesundheitsberufen. Einen wichtigen Hebel sieht er auch in der Information der Patienten.

„Jeder von uns, der im Gesundheitswesen in irgendeiner Verantwortung steht, muss sich an der Bewegung beteiligen", sagte der ehemalige Chef der Berliner Charité, Prof. Dr. Karl Max Einhäupl mit Blick auf KLUG. Die Vorbereitung auf Krisenszenarien dürfe sich dabei nicht auf die Folgen des Klimawandels und der Erderwärmung beschränken.

„Man sollte auch in diesem Land nicht ausschließen, dass es zu Krisen durch den Einsatz von Giftstoffen kommt", nannte er ein Beispiel. Wenn das Gesundheitswesen auf einen solchen Fall nicht vorbereitet sei, werde es berechtigte Kritik hageln.

DIE KAKOFONIE VERUNSICHERT DIE PATIENTEN

Beim bisherigen Umgang mit gesundheitlichen Krisen wie den Hitzewellen, EHEC oder insbesondere der COVID-19-Pandemie beschäftigt Einhäupl ein Problem besonders: die Verunsicherung der Bevölkerung. Die Schuld sieht er insbesondere bei Ärzten und Wissenschaftlern. „Wir müssen versuchen, eine einheitliche Stimme nach außen zu haben, das ist uns nicht gelungen", kritisierte er.

Um die Resilienz des Gesundheitswesens zu stärken, sei es wichtig, sich auf die verschiedenen Krisenszenarien vorzubereiten, sagte der Gesundheitsökonom Prof. Dr. Wolfgang Greiner. „Es gibt Dinge, auf die kann man sich nicht vorbereiten, aber das ist nur ein kleiner Teil."

Greiner war bis Februar 2023 Mitglied im Gesundheitssachverständigenrat. Anfang 2023 hat das Gremium ein Gutachten zu diesem Thema herausgegeben und ist zu dem Ergebnis gekommen, dass das Gesundheitssystem schlecht auf Krisen vorbereitet sei. Im Gutachten ist Resilienz definiert als „kontinuierlicher Prozess, in dem Angehörige von Heilberufen, Entscheidungsträger oder Organisationen die Funktionsweise eines komplexen, adaptiven Gesundheitssystems vor, während oder nach dem Eintreten negativer Ereignisse anpassen".

EINE REPRÄSENTATIVE KOHORTE IST NÖTIG

Eine wichtige Botschaft der Sachverständigen: „Wir brauchen Monitoring und Surveillance, damit wir nicht so lange im Nebel stochern wie in der Coronapandemie", berichtete Greiner. Notwendig sei eine Scharnierstelle, bei der insbesondere die Daten zusammenliefen. Eine Chance könne dabei das im Koalitionsvertrag vorgesehene Bundesinstitut für öffentliche Gesundheit sein.

„Wir brauchen, was wir immer brauchen: eine repräsentative Kohorte", nannte er ein weiteres Ergebnis. Der Aufbau einer solchen Kohorte könnte es ermöglichen, während eines Akutereignisses wie einer Pandemie oder einer Hitzewelle zeitnah belastbare Erkenntnisse zu gewinnen. Die Daten aus der Kohorte müssten für wissenschaftliche Fragestellungen oder die Planung von Präventionsmaßnahmen zugänglich gemacht werden.

(Ilse Schlingensiepen)

> „Jeder von uns, der im Gesundheitswesen in irgendeiner Verantwortung steht, muss sich an der Bewegung beteiligen."

INTERVIEW

DIE ARBEITSGEMEINSCHAFT DER KOMMUNALEN GROSSKRANKENHÄUSER (AKG) HAT SICH ZUM ZIEL GESETZT, IN RICHTUNG EINES GESAMTGESELLSCHAFTLICH GETRAGENEN UND GESTEUERTEN STRUKTURWANDELS GEHEN ZU WOLLEN. INWIEWEIT BEGEGNEN SICH DIESES ZIEL UND DIE ANGELAUFENE KRANKENHAUSREFORM?
Aus unserer Überzeugung passt das sehr gut zusammen. Die Vorschläge der Regierungskommission gehen genau in diese Richtung. Sie wollen die Versorgung so strukturieren, dass nicht jeder alles macht.

...SONDERN STATTDESSEN WAS ANSTOSSEN?
Dass sich über die Zuweisung von Versorgungsrollen, Versorgungsfähigkeiten und Versorgungszuständigkeiten bedarfsgerechte Strukturen herausbilden, wie wir sie tatsächlich brauchen. Nicht mehr und nicht weniger. Das ist, so glaube ich, absolut notwendig, um in diesem Umfeld von Fachkräftemangel und zunehmender Innovation in der Medizin Versorgung für alle zukunftssicher anbieten zu können.

DIE REFORM MISST JA DEN MAXIMALVERSORGERN VERANTWORTUNG FÜR DIE DARUNTER LIEGENDEN VERSORGUNGSSTUFEN ZU. GIBT ES DAFÜR EIGENTLICH SCHON PRAXISBEISPIELE?
Ja, aber ich fange mal eine Stufe darüber an. Erst einmal ist die angesprochene koordinierende Rolle im regionalen Kontext auf jeden Fall sinnvoll und notwendig. Und das bezieht sich sowohl auf die stationäre Versorgung als auch auf die Schnittstelle ambulant und stationär.

WARUM AUF JEDEN FALL SINNVOLL?
Wenn jeder seine Versorgungsrolle wahrnehmen soll, und zwar gut wahrnehmen soll, dann muss er auch im Gesamtsystem diejenigen Patienten zugesteuert bekommen, für die er die besten Voraussetzungen vorhält und er somit für sie zuständig sein kann. Das dient ja allen. Und dabei ist mir vorweg eines ganz, ganz wichtig: Jede Versorgungsrolle ist wichtig und versorgungsrelevant.

ZIEHT DAS JEMAND IN ZWEIFEL?
Das geht in der Diskussion immer so ein bisschen in die falsche Richtung. Weil es eben heißt, nur die Maximalmedizin sei die wichtige und notwendige. Das ist inhaltlich aber völlig falsch. Wir brauchen natürlich auch die Grund- und Regelversorgung. Es ergibt keinen Sinn, wenn Maximalversorger Grund- und Regelversorgung machen. Trotzdem ist sie sinnvoll und notwendig für unsere Gesellschaft. Dasselbe gilt für die ambulante Versorgung.

WER SOLL DIE KOORDINIERUNGSROLLE DENN AUSFÜLLEN? NUR DIE MAXIMALVERSORGER ODER WÄRE ES SINNVOLL, FÜR ALLE BEREICHE DER VERSORGUNG BEHANDLUNGSPFADE ANZULEGEN?
Wir sind davon überzeugt, dass es ein System von Leistungsgruppen braucht. Das ist ja auch der Vorschlag der Regierungskommission. Und diese Leistungsgruppen brauchen eine Verbindung zum Versorgungslevel, und sie müssen tatsächlich die Versorgung differenzieren. Sonst ergibt das keinen Sinn. Das ist die erste Grobsteuerung, weil dann schon mal klar ist, wer was macht. Das heißt, man braucht eine ausreichende Anzahl an Leistungsgruppen. Da reicht der Differenzierungsgrad, wie er in Nordrhein-Westfalen vorgesehen ist, keineswegs aus.

SIE SPRECHEN VON WEITGEHEND DIFFERENZIERTEN LEISTUNGSGRUPPEN. WENN ICH ES RICHTIG VERSTEHE, WOLLEN DIE LÄNDER DAS SO NICHT. WIE KOMMT DAS BEI IHNEN AN, WAS DIE LÄNDER IN DEN REFORMPROZESS HINEINRUFEN?
Ich kann da noch keine Linie entdecken. Dass die Länder sich so zurückhalten, diesen Weg zu unterstützen, halte ich aus inhaltlichen Gründen für falsch. Wir brauchen eine stärkere Strukturierung von Versorgungsrollen. Das heißt: Nicht jeder macht alles. Oder wollen wir, dass jedes Land sein System macht und aus dem Bauch heraus entscheidet, wo man ein Krankenhaus braucht und was es macht? So war es schließlich in der Vergangenheit. Und das Ergebnis ist kein gutes, das stellen wir ja gerade fest. Um es ganz hart zu sagen: Wenn es den Ländern in der Vergangenheit gelungen wäre, eine bedarfsgerechte Krankenhausplanung in ihrer Verantwortung umzusetzen, dann hätten wir jetzt nicht einen solchen Handlungsdruck.

DR. MATTHIAS BRACHT
Geschäftsführer Medizin,
Klinikum Region Hannover GmbH

UND WIE SIND NUN DIE KONKRETEN ERFAHRUNGEN MIT DER STEUERUNGSFUNKTION?
In der Coronapandemie ist es gelungen, solche Steuerungsfunktionen auch im stationären Sektor von Leitkliniken wahrzunehmen. Das ist geradezu ein Paradebeispiel dafür. Es gibt viele Beispiele, wo Intensivpatienten koordiniert und weitergeleitet wurden. Ihre Frage ging aber in Richtung der ambulanten Strukturen. Da gibt es auch Beispiele, wo telemedizinisch das Know-how eines Krankenhauses genutzt wird. Wir haben in Hannover ein radiologisches MVZ an einem Krankenhaus, das natürlich mit der stationären radiologischen Versorgung verflochten ist. Solche Modelle gibt es, aber es gibt viel zu wenige davon. Das muss man an dieser Stelle festhalten.

UND WAS KOMMT NACH DER GROBSTEUERUNG?
Für die nächste Stufe der Steuerung ist es sinnvoll, wenn die ein Versorger einnimmt, der alle Versorgungebenen abbilden kann und alle kennt. Das hat ja mit inhaltlicher Zuweisung und Priorisierung zu tun. Diese Frage muss man regional beantworten. Es sollte immer die höchste in einer Region vorhandene Versorgungstufe sein. Das kann ein Maximalversorger, in der Fläche vielleicht auch mal ein Schwerpunktversorger sein. Und es kann eine Universitätsklinik sein.

STICHWORT TAGESBEHANDLUNG: UNS WÜRDE INTERESSIEREN, WIE VIELE DER BISLANG STATIONÄREN BEHANDLUNGEN KÖNNTEN ÜBERHAUPT ALS TAGESBEHANDLUNG LAUFEN? UND DROHT AUS DEM PROJEKT EIN BÜROKRATIEMONSTER ZU WERDEN?
Ich finde, am Beispiel der Tagesbehandlungen lässt sich gut aufzeigen, dass wir in Deutschland gute inhaltliche Ziele durch eine bürokratische und interessengeleitete Umsetzungspolitik wirkungslos werden lassen. Wir als AKG haben gesagt, und dazu stehe ich weiterhin, dass wir die Idee gut finden. Sie kann ein Game Changer sein. Wir lösen uns damit von der Vorstellung, dass im Krankenhaus immer alles mit einer Übernachtung passieren muss. In unseren heutigen Strukturen und unserer heutigen Kultur ist mir nicht bekannt, dass Tagesbehandlungen schon durchgeführt würden. Man muss sich auf den Weg machen.

UND WAS GENAU PASSIERT DANN IN DEUTSCHLAND MIT EINER SOLCHEN IDEE?
Sie wird sofort heruntergebrochen auf Interessenslagen und auf vorhandene Strukturen. Sofort ist die Sichtweise da: Wie muss ich eine solche Idee aus meiner Rolle im System befördern, verhindern, verändern? Wir fragen zuerst: Was müssen wir alles in der Dokumentation absichern? Typisch deutsch! Anstatt die Idee als Vision anzunehmen und zu sagen, ja, jetzt schauen wir mal, mit welchen Schritten wir uns ihr nähern können.

WIE SIEHT ES DENN MIT DER SEKTORGLEICHEN VERGÜTUNG AUS? DA WIRD WOHL DAS BUNDESGESUNDHEITSMINISTERIUM EINE RECHTSVERORDNUNG ERLASSEN MÜSSEN. RECHNEN SIE DENN DAMIT, DASS DAS ÜBERHAUPT SCHNELL GEHEN KANN?
Na ja, es gibt ja zumindest das Ziel, dies schnell umzusetzen. Erfahrungsgemäß dauert es dann länger. Es stellt sich aber die Frage, ob das alleine reicht. Andersherum formuliert: Was müssen wir tun, um wirklich in eine stärkere ambulante Medizin zu kommen?

WAS MÜSSEN WIR TUN?
Das Vergütungssystem ist immer auch ein Anreizsystem, etwas zu tun – oder eben nicht. Darin steckt auch die Erklärung, warum wir im Vergleich zu anderen Ländern so viel stationär machen. Wir lassen zu, dass wir in unserem ambulanten Vergütungssystem sehr starke Reglementierungen haben und das ambulante System quasi selbst entscheidet, was es macht und was es weiterschickt.

WELCHE FOLGEN HAT DAS?
Es landet viel im Krankenhaus. Und neben dem, was aus medizinischen Gründen richtigerweise dort landet, landet auch das, was für das ambulante System nicht passt, nicht lukrativ ist, nicht abgebildet werden kann. Das passiert, wenn man Lösungen immer nur aus den bestehenden Strukturen heraus denkt und nicht vom Versorgungsbedarf her. Die Tagesbehandlung ist ein Beispiel dafür. Sie wäre inhaltlich aus der Versorgungssicht total sinnvoll. Sie scheitert an unseren Strukturen und Interessenlagen.

IST DIE VERGÜTUNG JETZT NICHT DAS ENTSCHEIDENDE VEHIKEL, UM BEI DER AMBULANTISIERUNG VORANZUKOMMEN?
Sie ist ein wichtiger, ein notwendiger Ansatz. Aber sie reicht alleine nicht. Ich versuche mal, das deutlich zu machen: Wenn wir jetzt mehr Behandlungen für die ambulante Leistungserbringung lukrativ oder interessant machen, dann ist ja die Frage: Wer reagiert auf diesen Anreiz und baut Versorgungsstrukturen aus? Und führt das zu einer verstärkten Doppelvorhaltung? Das ist aber das, was wir aus meiner Sicht verhindern müssen, weil wir für Doppelvorhaltungen keine Ressourcen mehr haben – personell und finanziell. Wir müssen also inhaltlich gucken, welche Behandlungen sind – platt gesagt - ambulant überall möglich, und welche Behandlungen benötigen besonderes Know-how oder eine besondere technische Ausstattung, die man auch für die stationäre Versorgung benötigt und weshalb man die Behandlung auch nur dort anbietet Dabei ist mir egal, wer die Behandlung vornimmt, ob es das Krankenhaus ist oder ein Niedergelassener am Krankenhaus. Die Frage ist, ob eine solche Entwicklung allein ein Vergütungssystem treiben kann. Auf jeden Fall dürfen die Anreize nicht dafür sorgen, dass es einfach mehr Geld gibt und dadurch noch mehr doppelte Vorhaltestrukturen entstehen. Wir brauchen nicht die fünfte niedergelassene Röntgenpraxis, wenn die auf Kosten der Personalausstattung der Röntgenabteilung des Krankenhauses geht.

ALSO BRAUCHEN WIR EINEN FESTEN KATALOG AN LEISTUNGEN, DIE WIRKLICH NUR NOCH AMBULANT ERBRACHT WERDEN DÜRFEN?
Vom Grundsatz her ist es richtig, stärker Druck dabei zu machen, dass das, was medizinisch geht, auch ambulant behandelt wird. Aber dabei darf man nicht vergessen, dass ambulante Behandlung nicht gleich ambulante Behandlung ist. Es gibt einfache und es gibt komplexe, schwierige ambulante Behandlungen. Und letztere schicken die Niedergelassenen ins Krankenhaus. Wenn wir wollen, dass die komplexen, schwierigen und pflegebedürftigen Behandlungsfälle ambulant versorgt werden, brauchen wir eine Differenzierung in der Vergütung zwischen den schwierigen und leichteren Fällen.

DIE VERZAHNUNG DER SEKTOREN BENÖTIGT INFRASTRUKTUR, DIE AUCH DIGITAL SEIN MUSS. WIE WEIT SEHEN SIE UNS DA?
Schlimm, kann man nur sagen, das ist ein Trauerspiel in Deutschland. Wenn ich sehe, welche Möglichkeiten wir uns allein durch die Diskussion um den Datenschutz nehmen oder über die Festlegung von verbindlichen Standards – ja, da kommt man schon ins Grübeln. Wenn wir den Patienten die Entscheidung überlassen würden, was mit ihren Daten passiert, glaube ich, werden die allermeisten bereit sein, ihre Daten stärker und einfacher für ihre Behandler verfügbar zu machen, als es sich der Gesetzgeber im Moment vorstellen kann.

WIR DANKEN FÜR DAS GESPRÄCH!

ANZEIGE

22. EUROPÄISCHER GESUNDHEITSKONGRESS MÜNCHEN | 26.–27.10.2023

Gestalten Sie die **Zukunft der Gesundheit** mit uns!

· Namhafte Referentinnen und Referenten
· Spannende Podiumsdiskussionen und Vorträge zu allen wichtigen Themen

Veranstaltungsort: **Hilton Munich Park in München**

Buchen Sie bis zum **31. Juli 2023** Ihr Ticket zum **Frühbuchertarif**

Information und Anmeldung:
www.gesundheitskongress.de

Europäischer Gesundheitskongress München
c/o welcome Gesellschaft für Eventmarketing und Kommunikation mbH
Telefon: +49 2234 953 22 -89
E-Mail: info@gesundheitskongress.de

LAND DER GESUNDHEIT

Thought Leadership zur **Zukunft des Gesundheitswesens**

Wie kann ein Gesundheitssystem der Zukunft aussehen, in dem alle Menschen in Deutschland die bestmögliche Versorgung erhalten? Dazu teilen Fachleute aus dem Gesundheitswesen, Patienten:innen- und Ärzteorganisationen, Verbände, aber auch die Wissenschafts- und Forschungs-Community sowie Start-ups ihre Ideen und Initiativen.

Gesundheitssystem **Prävention** **Digital Health** **Fortschritt**

Mehr auf
www.landdergesundheit.de

Wir freuen uns auf Ihren Besuch **am Stand 51**

Pfizer

NETZWERK STATT STÜCKWERK – SPITZENMEDIZIN IN DIE FLÄCHE BRINGEN

> Der demografische Wandel ist die größte Herausforderung der Zukunft.

PROF. DR. DR. H.C. MULT. JENS SCHOLZ, MBA

Wissenschaftlicher Leiter des Forums Spitzenmedizin des Hauptstadtkongresses für Medizin und Gesundheit

Vorstandsvorsitzender des Universitätsklinikums Schleswig-Holstein

UNIVERSITÄTSKLINIKA sind in Deutschland Institutionen der Länder. Daher sind wir natürlich auch für alle Patientinnen und Patienten in den Ländern da, egal, ob sie in der Großstadt, im abgelegenen Bergdorf oder auf der Hallig leben. Das heißt aber nicht, dass alle Patienten in der Universitätsmedizin behandelt werden müssen. Bei besonders schweren oder komplexen Erkrankungen sind wir für diese Patienten aber oftmals die beste Wahl. Und auch jenseits der Maximalversorgung kann die Universitätsmedizin bei der Koordination der Patientenversorgung in der Region durch Weitergabe von Wissen und durch telemedizinische Unterstützung vieles leisten, um Spitzenversorgung in die Fläche zu bringen.

Die derzeit diskutierte Krankenhausreform muss daher insbesondere auch genutzt werden, um zukunftsfähige Strukturen zu schaffen, denn der stationäre Sektor in Deutschland ist vielen Fehlentwicklungen ausgesetzt. Erstens haben wir in den meisten Ländern bislang keine echte Krankenhausplanung. Durch fehlende und uneinheitliche Planungsvorgaben ist vielerorts eine inhomogene und dysfunktionale Versorgungsstruktur gewachsen. Das vorgehaltene Leistungsangebot orientiert sich – auch aufgrund wirtschaftlicher Erwägungen – nicht immer am tatsächlichen Versorgungsbedarf. Zweitens scheiden mehr Menschen aus dem Arbeitsmarkt aus, als neue hinzukommen. Der demografische Wandel ist demzufolge die größte Herausforderung der Zukunft. Zudem führt eine alternde Bevölkerung auch zu einem höheren Versorgungsbedarf. Drittens führen die vielen kleinteiligen Krankenhausstrukturen zu einem ineffizienten Einsatz von Personal. Im internationalen Vergleich haben wir heute nicht zu wenige Ärztinnen, Ärzte und Pflegekräfte. Das Personal ist aber nicht optimal im Sinne der Patientenversorgung verteilt. Daher kommen wir um eine Konzentration der Krankenhausstrukturen nicht herum. Viertens haben wir Defizite in der Krankenhausfinanzierung. Jedes Krankenhaus wird für jede Leistung gleich vergütet – unabhängig davon, welche besonderen Leistungen vorgehalten werden, zum Beispiel für eine 24/7-Versorgung. Da für die Behandlung von komplexen und oftmals auch seltenen Fällen in der Universitätsmedizin eine umfassende Vorhaltung an Fachwissen und medizin-technischer Infrastruktur notwendig ist, ergibt sich für die Universitätsklinika meist ein Defizit. Fünftens heben wir das vorhandene Potenzial bei der Ambulantisierung, Telemedizin und Digitalisierung noch nicht.

Wir brauchen deutlich mehr Koordination und Abstimmung, um in der (über) regionalen Versorgung Spitzenmedizin zu vermitteln. Hierfür sind die Universitätsklinika mit ihrem umfangreichen Leistungsangebot – sowohl stationär als auch ambulant – und ihrem besonderen Expertenwissen prädestiniert. Dies erkennt auch die Regierungskommission an und fordert daher zu Recht, diese Rolle gesetzlich zu verankern und entsprechend zu finanzieren. Ein Level III*U* ist daher zwingend und zukunftsweisend. Netzwerk statt Stückwerk ist dafür unsere Losung. Eine bedarfsgerechte und zukunftsfähige Krankenhausstruktur beinhaltet eine gestufte Versorgung mit klar definierten Versorgungsaufträgen. Es geht dabei nicht darum, die Patientenversorgung allein auf die Universitätsmedizin und Maximalversorger zu konzentrieren, sondern ein strukturiertes und effizientes System für die zukünftige Patientenversorgung auf den Weg zu bringen.

Dass die Länder eigene Anstrengungen unternehmen – wie Nordrhein-Westfalen oder Niedersachsen – zeigt, dass auch sie die Notwendigkeit einer Reform sehen. Die aktuellen Entwicklungen in Nordrhein-Westfalen belegen, dass die Zukunft in der Versorgung im Netzwerk liegt. Die Universitätsklinika in Nordrhein-Westfalen können sich derzeit vor Kooperationsanfragen anderer Häuser kaum retten. Aktuell bestehen dort schon über 600 Kooperationen und Netzwerke zwischen Universitätsklinika und anderen Krankenhäusern – und die Zahl steigt. Der Zweck ist klar: mithilfe der Universitätsmedizin über Kooperationen die Kriterien für bestimmte Leistungsgruppen erfüllen und so den Versorgungsauftrag gewährleisten. Nordrhein-Westfalen zeigt, dass man Netzwerk statt Stückwerk braucht. Aber auch im Netzwerk muss am Ende einer die Versorgung in der Region steuern. Naturgemäß fällt diese Rolle den Universitätsklinika zu beziehungsweise, wo solch eine nicht vorhanden ist, auch anderen Maximalversorgern. Im Netzwerk muss jeder seine klar zugewiesene Rolle erfüllen, für die er qualifiziert ist.

Wichtiges Instrument bei der Versorgung in der Peripherie ist die Kooperation und telemedizinische Vernetzung kleinerer Häuser mit der Universitätsmedizin. So können wir das Know-how in die Fläche bringen. Auch darauf richtet die Regierungskommission einen Fokus in ihrer Empfehlung.

Das Universitätsklinikum Schleswig-Holstein macht das in vielen Bereichen bereits, denn alle technischen Voraussetzungen sind auf dem Markt. Hier einige Stichwörter: Austausch radiologischer Bilddaten, virtuelle Diabetesambulanz für Kinder und Jugendliche, Trauma-, Schlaganfall- und Herzinsuffizienznetzwerke.

Die Beispiele an anderen Universitätsklinika quer durch die Republik sind zahlreich. In Nordrhein-Westfalen ist das „Virtuelle Krankenhaus" getrieben durch die Pandemie früher an den Start gegangen, als es ursprünglich geplant war. Dort haben die beiden Unikliniken in Aachen und Münster telemedizinisch andere Krankenhäuser in der Fläche bei der Intensivversorgung von COVID-19-Patienten unterstützt. An den rund 140 angeschlossenen Kliniken konnten so schon weit über 3.000 Televisiten durchgeführt werden. Dadurch konnten Patienten wohnortnah – aber eben auch auf Spitzenniveau – versorgt werden.

Damit wir solche Strukturen auch dauerhaft etablieren können, brauchen wir Investitionen, vor allem in die digitale Infrastruktur unserer Krankenhäuser. Wenn klar ist, wie eine reformierte Krankenhausstruktur aussieht, brauchen wir eine Investitionsoffensive für Digitalisierung und Vernetzung, an der eventuell auch der Bund seinen Anteil hat und bei der nicht wie üblich das Geld mit der Gießkanne verteilt wird. Heben wir also das Potenzial der Digitalisierung, der Telemedizin, insbesondere zwischen Uniklinika und kleineren Krankenhäusern!

Sana - Gesundheit aus einer Hand

Über die Sana Kliniken AG

Die Sana Kliniken AG ist führender integrierter Gesundheitsdienstleister im deutschsprachigen Raum. Die ganzheitliche Gesundheitsversorgung erstreckt sich von Präventionsangeboten über die ambulante und stationäre Versorgung bis hin zu Nachsorge, Rehabilitation und Versorgung mit Heil- und Hilfsmitteln. Neben B2B-Services in Einkauf und Logistik bietet Sana Beratung, Implementierung und Instandhaltung in den Bereichen Medizintechnik und Medizinprodukte sowie Managementleistungen für externe Kliniken an. 2022 erwirtschafteten die rund 34.500 Beschäftigten einen Umsatz von drei Milliarden Euro.

Zur Sana Kliniken AG zählen mehr als 120 Gesundheitseinrichtungen, darunter Medizinische Versorgungszentren (MVZ) und 44 Krankenhäuser, in denen jährlich rund zwei Millionen Patientinnen und Patienten behandelt werden, sowie mehr als 50 Sanitätshäuser. Eigentümer der 1976 gegründeten Sana Kliniken AG sind 24 private Krankenversicherungen. Sitz der Unternehmenszentrale ist Ismaning bei München.

Wo können wir Sie unterstützen?

Besuchen Sie uns am Stand Nr. 39 gegenüber der Arena – wir freuen uns auf Sie!

PANEL DISCUSSION
VOM KHZG ZUM DIGITALEN KRANKENHAUS

1. Tag: Mittwoch, 14.06.2023
14:00 – 15:30 Uhr
Hauptstadtforum Gesundheitspolitik

STATEMENTS & DISKUSSION

Stefanie Kemp
Sana Kliniken AG

Dr. Markus Müschenich
Eternity.Health

Yoel Har-Even
Sheba Medical Center/Israel

Stanislas Niox-Chateai
Doctolib

BESUCHEN SIE UNS ZU UNSEREN REFERENTENVERANSTALTUNGEN
AM STAND NR. 39,
GEGENÜBER DER ARENA

- **Mittwoch, 14. Juni:**
  13.00 – 13:30 Uhr:
  „Praxisbericht: Virtuelle Realität in der pflegerischen OP-Ausbildung“
  Sana Digital by Sana change it! GmbH

  13:30 – 14:00 Uhr:
  „Technologiepartnerschaften in Zeiten sich verändernder Märkte“
  Sana Klinik Service GmbH

- **Donnerstag, 15. Juni:**
  10:30 – 11:30 Uhr:
  „Sana präsentiert: LiKe – die Lieferketten-App“
  Sana Einkauf & Logistik GmbH

  13:00 – 13:45 Uhr:
  „Potentiale heben bei mehr Komfort“
  Sana Wahlleistungen & Sana Immobilien Service GmbH

  16:00 – 16:30 Uhr:
  „Geräteparkanalyse im Bereich der bildgebenden Verfahren“
  Sana Klinik Service GmbH

VERA LUX | MANAGEMENTBERATERIN PFLEGE UND HEALTH CARE
WISSENSCHAFTLICHE LEITERIN DES PFLEGEMANAGEMENTKONGRESSES
DES HAUPTSTADTKONGRESSES 2023

MEHR AUTONOMIE FÜR DIE PFLEGE

Das Bild der Pflege in der Öffentlichkeit ist geprägt von einzelnen Tätigkeiten, die zunächst banal erscheinen – wie zum Beispiel Essen anreichen oder Körperpflege. Dabei ist Pflege mehr, denn es geht nicht um die Aneinanderreihung von einzelnen Tätigkeiten, sondern diese sind im Kontext zur Gesamtsituation der Patienten zu bewerten. Bei kranken Menschen oder hilfebedürftigen Personen geht es um das Verstehen des Ganzen mit all seinen Facetten, Nuancen und Schattierungen, um das Erfassen des Problemzusammenhangs.
Und weil das so ist, wird oft die Frage gestellt, warum Pflege studiert und akademisch ausgebildet werden sollte. Vielen erschließt sich die Notwendigkeit nicht, und so hält sich das tradierte Bild der Pflege und die Einschätzung „Pflegen kann jeder" über die Jahre hinweg hartnäckig, in der Gesellschaft, in der Politik und sogar unter den Gesundheitsprofessionen. Dies gilt in Österreich ebenso wie in Deutschland aufgrund der im Pflegeberuf geringen Verantwortungs- und Handlungsautonomie. In vielen anderen Ländern der Welt ist das anders. Und so ist man immer wieder verwundert, wenn Ärzte berichten, während ihrer Auslandsaufenthalte Pflegende in einer anderen, erweiterten, verantwortungsvollen professionellen Rolle erlebt und geschätzt zu haben. Kaum zurück in Deutschland spürt man davon wenig, im Gegenteil. Die noch immer ausgeprägte Hierarchie im Krankenhaus pflegt nach wie vor das traditionelle Bild von „Arzt ordnet an, Pflege übt aus".
Dabei sieht der Alltag in der Praxis längst anders aus. Pflege übernimmt viele Aufgaben, die primär dem Arzt vorbehalten sind und die er im Rahmen seines Delegationsrechts an die Pflege delegieren kann. Hierzu gehören beispielsweise Blutentnahmen, subkutane und intramuskuläre Injektionen, Verbandswechsel, Infusionen, Chemotherapie anhängen, Inhalationen und Schmerzmittel verabreichen. Dies ist jedoch nicht so ohne Weiteres möglich. Bei der Delegation ärztlicher Tätigkeiten sind Grundsätze zu beachten. So dürfen nicht ärztlichem Personal nur solche Verrichtungen übertragen werden, die dessen theoretischen und praktischen Kenntnissen entsprechen, zudem müssen diejenigen sowohl formelle (Abschluss) als auch materielle(erlernte) Qualifikationen vorweisen können. Darüber hinaus sind Freiwilligkeit und Bereitschaft, Dokumentation, Remonstrationsrecht und -pflicht, Gefährdungsrisiko sowie Hinweise aus Gesetzen und Rechtsprechungen zu berücksichtigen.
Viele Einrichtungen haben zur Übernahme von ärztlichen Tätigkeiten eine Dienstvereinbarung (DV) mit der Personalvertretung geschlossen. In einer DV sind entsprechend den genannten Grundsätzen und weiterer interner Regelungen die Rahmenbedingungen festgelegt, unter denen eine Delegation von ausgewählten Tätigkeiten an Gesundheitsfachberufe ermöglicht wird, zum Beispiel Geltungsbereich, Umfang der Delegation, Medikamentenliste (Positivliste), Positivliste Chemotherapeutika, Schulungen und Befähigungsnachweis, Freiwilligkeit, Arbeits- und Gesundheitsschutz, Haftung/Rechtsbeistand, Dokumentation sowie Meldepflicht von Zwischenfällen und Verstößen.
Die Umsetzung der Delegation ärztlicher Tätigkeiten ist für alle Beteiligten mit einem hohen bürokratischen Aufwand verbunden, denn jede neue Pflegefachperson muss vor der Übernahme der Tätigkeiten das Schulungskonzept in der Theorie und Praxis durchlaufen, die entsprechende Dokumentation muss erfolgen und ein Befähigungsnachweis ausgestellt werden. In einer großen Klinik mit etwa 200 Neueinstellungen pro Jahr kann man erahnen, wie hoch der Aufwand für alle Beteiligten ist. Wenn auch die Übernahme ärztlicher Tätigkeiten über eine Nebenabrede im Arbeitsvertrag geregelt ist, so kann diese Nebenabrede jederzeit von der Pflegefachperson aufgekündigt werden. Geregelte Abläufe und Prozesse können damit unterlaufen und zu Unmut und Konflikten zwischen den Professionen führen, denn eine reibungslose Zusammenarbeit setzt stabile Prozesse, Klarheit bei den Kompetenzen und Verantwortlichkeiten sowie eine verbindliche Aufgabenverteilung voraus.
Als Anlass für die Delegation von ärztlichen Tätigkeiten wird häufig die Entlastung der Ärzte genannt. Pflegende aber arbeiten selbst am Limit und sind wenig begeistert, wenn sie ärztliche Tätigkeiten noch zusätzlich zu ihren Aufgaben und ohne personellen Ausgleich übernehmen sollen. Konflikte sind also vorprogrammiert, wenn die Delegation ärztlicher Tätigkeiten auf Kosten der pflegerischen Versorgung und nicht primär zur Verbesserung der Prozesse und Abläufe und damit zum Wohl der Patienten geschieht. Die generelle Bereitschaft der Pflegenden ist gegeben, aber unter einem anderen Fokus und unter anderen Bedingungen.

ANERKENNUNG VON PFLEGE ALS HEILBERUF WICHTIG

Noch zielführender als die Delegation wäre die Anerkennung als Heilberuf und der damit verbundenen Heilkundeübertragung auf die Pflege. Aber genau an diesem Punkt kommen wir seit Jahren keinen Schritt voran. Zwar wurde die Möglichkeit der Erprobung über Modellversuche mit dem Pflege-Weiterentwicklungsgesetz von 2008 über § 63 Abs. 3c SGB V geschaffen, aber bisher kaum genutzt, wie eine Bestandsaufnahme der Fachkommission nach § 53 PflBG aufzeigt.
Mit dem Pflegeberufegesetz (PflBG) vom 17.07.2017 wurden mit § 14 Abs. 4 zwar neue Möglichkeiten geschaffen, um über die Ausbildungsinhalte hinaus Ausbildungsangebote für erweiterte Kompetenzen für heilkundliche Aufgaben aufzubauen. Dazu wurden ein Grundlagenmodul sowie acht Wahlmodule entwickelt. Aber auch hier sind bisher kaum Modellvorhaben auf den Weg gebracht worden, denn ungeklärt bleibt die Finanzierung dieser Ausbildungsinhalte, und letztlich fehlen die Rollenprofile im beruflichen Alltag. Solange die Pflege nicht als Heilberuf anerkannt und selbständig Heilkunde ausüben darf, bleibt es bei den tradierten Rollen mit geringer Autonomie. Ich kann mich nicht des Eindrucks erwehren, dass das letztlich auch so gewollt ist, denn es geht immer auch um Macht (Medizin) und Geld (Kostenträger).
Die demografische Entwicklung stellt uns in den nächsten Jahren vor Herausforderungen, die es in dem Ausmaß bisher noch nicht gab. Ohne enge Zusammenarbeit der Disziplinen und Umverteilung von Verantwortung und Aufgaben sind diese nicht zu meistern. Auch junge Ärztinnen und Ärzte sehen die Zukunft in einer interprofessionellen und teamorientierten Patientenversorgung. Alte Denkstrukturen müssen abgelegt, Hierarchien abgebaut und interprofessionelle Aus- und Weiterbildung gefördert werden. Wichtig dabei ist zu wissen, welche Kompetenzen Gesundheitsfachberufe haben und eine klare Abstimmung der Aufgabenverteilung.
Für die Pflegenden dagegen steht mehr Autonomie durch die Anerkennung als Heilberuf und die Übertragung von Heilkunde im Vordergrund. Dazu gehört auch die Verankerung im Leistungsrecht als Leistungserbringer, denn warum müssen Pflegefachpersonen in Deutschland noch immer einer ärztlichen Verordnung hinterherlaufen, um ein Pflegebett oder Lagerungsmittel zu verschreiben, Pflaster und Verbandsmaterial anzuordnen, Inkontinenzmaterial zu verschreiben oder ein Schmerzmittel bereitzustellen? Die Sicherstellung der Versorgung von hilfe- und pflegebedürftigen Menschen im Hinblick auf die enormen demografischen Herausforderungen sollte für die Politik Auftrag und Antrieb genug sein, hierfür nun endlich die rechtlichen Rahmenbedingungen zu schaffen. Für Modellprojekte jedenfalls ist keine Zeit mehr. Die Pflegekatastrophe rollt mit großer Geschwindigkeit auf uns zu. Jeder von uns wird früher oder später in der Familie oder auch selbst betroffen sein.

„ARZT ORDNET AN, PFLEGE ÜBT AUS."

ÄRZTEFORUM | Hauptstadtkongress 2023 | 14.-16.06.2023
Veranstaltungen zum Themenkomplex Digitalisierung im Gesundheitswesen

16.06.2023 | 14:00-15:30 Uhr
UPDATE TELEMEDIZIN: MÖGLICHKEITEN UND GRENZEN

INPUT
Dr. Amin-Farid Aly | Bundesärztekammer

STATEMENTS & DISKUSSION
Dr. Thomas M. Helms | Deutsche Stiftung für chronisch Kranke
Marcus Zenkel | SVA Alexander Betriebs GmbH
Dr. Robert Deisz | Philips GmbH Market DACH

VORSITZ | **Prof. Dr. Ralf Kuhlen** | HELIOS Health GmbH |
Rebekka Höhl | Springer Medizin Verlag

15.06 | 11:30-13:00 Uhr
VIRTUELLE KLINIKEN: POTENZIAL ZUR VERBESSERUNG DER FLÄCHENDECKENDEN VERSORGUNG

KURZVORTRAG
Nadja Pecquet | Virtuelles Krankenhaus NRW gGmbH

STATEMENTS & DISKUSSION
Prof. Dr. Johannes Weßling | Clemenshospital
Nora Blum, MSc | Selfapy GmbH
Patrick Lang | dermanostic GmbH – Hautarzt per App
Georg Woditsch, MHBA | Alexianer GmbH
Bernhard Backes | Schön Klinik

VORSITZ | **Laura Wamprecht** | MindDoc – Schön Klinik MVZ GmbH
Dr. Iris Hauth | Alexianer St. Joseph Berlin-Weißensee GmbH

16.06 | 11:00-12:30 Uhr
DIGITALE ANWENDUNGEN: GESUNDHEITS-APPS AUF REZEPT

IMPULSVORTRAG
Prof. Dr. Karl Broich | Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte

STATEMENTS & DISKUSSION
Charlotte Zamzow, MBA | KPMG AG Wirtschaftsprüfungsgesellschaft
Christian Angern | Sympatient GmbH
Dr. Hanne Horvath | HelloBetter – GET.ON Institut für Online Gesundheitstrainings GmbH

VORSITZ | **Dr. Iris Hauth** | Alexianer St. Joseph-Krankenhaus Berlin-Weißensee GmbH | **Dr. Axel Meeßen** | Medizinischer Dienst Berlin-Brandenburg

DR. IRIS HAUTH
Wissenschaftliche Leiterin
des Ärzteforums des Hauptstadtkongresses

Ärztliche Direktorin
des Alexianer St. Joseph-Krankenhauses
Berlin-Weißensee

INTEGRATION VON E-MENTAL-HEALTH IN DIE VERSORGUNG: DIE ZUKUNFT IST DIE INTEGRIERTE DIGITALE KLINIK

Die Digitalisierung im deutschen Gesundheitssystem verlief in der Vergangenheit eher schleppend, hat aber durch Pandemie, politische Entscheidungen und wissenschaftlichen Input zunehmend Fahrt aufgenommen. Insbesondere ist zu bemerken, dass auch das Fachgebiet Psychiatrie und Psychotherapie zunehmend von digitalen Angeboten profitiert.
Das Digitale-Versorgung-Gesetz (Dezember 2019) und die Digitale-Gesundheitsanwendungen-Verordnung (DiGAV) haben den politischen und rechtlichen Rahmen für digitale Gesundheitsanwendungen neu definiert. Kurz darauf machte die COVID-19-Pandemie zunehmend deutlich, dass telemedizinische Angebote in vielen Fachgebieten eine echte Bereicherung der Versorgung sein können. Unter diesen Gegebenheiten erfährt Deutschland aktuell einen echten Innovationsschub. Im Bereich der psychischen Erkrankungen ist der Handlungsdruck durch die steigende Prävalenz dabei besonders groß. Das Potenzial für Telemedizin und mit digitalen Anwendungen unterstützte Psychotherapie wird im Rahmen der jüngsten Entwicklungen zunehmend deutlich. Das deutsche Gesundheitssystem steht dennoch auch weiterhin vor Herausforderungen bei der Implementierung digitaler Aspekte. Die Psychotherapie ist hiervon keinesfalls ausgenommen. Neben rechtlichen Barrieren sowie technischen Hindernissen, die die flächendeckende Nutzung digitaler Angebote erschweren, fehlt es oft schlichtweg an Ressourcen und Personal, um neuartige Versorgungsansätze eta-blieren zu können. Weiterhin werden auch seitens der Selbstverwaltung Widerstände deutlich, was sich etwa bei der Limitation der Abrechnungsmöglichkeiten bemerkbar macht.
Natürlich müssen neuartige Ansätze grundsätzlich in besonderem Maße auf Qualität und Sicherheit überprüft werden. Hierzu bedarf es sowohl klinischer Studien als auch Erfahrungswerten in der Versorgung. Es gibt wachsende Evidenz dafür, dass digitale Lösungen den Zugang zur Versorgung verbessern, Kosten senken und die Qualität der Behandlung erhöhen können. Gleichzeitig stellt auch die Patientenzufriedenheit einen relevanten Indikator dar. Bei digital gestützten Angeboten ist diese durch hohe Flexibilität und Zugänglichkeit meist sehr hoch.
Bei der Versorgung psychisch erkrankter Menschen hat sich der Begriff „Blended Care" etabliert. Dieser Ansatz wird auch als „verzahnte Psychotherapie" bezeichnet. Charakteristisch ist, dass hierbei die traditionelle „Face-to-Face-Psychotherapie" mit digitalen Interventionen kombiniert wird. Dieses integrative Verfahren hat sich als hochwirksam bei der Behandlung vieler psychischer Störungen erwiesen. Rein selbsthilfeorientierte Ansätze ohne psychotherapeutische Begleitung haben dagegen nur eine begrenzte Wirksamkeit. Zu Blended-Care-Ansätze in der Psychotherapie gibt es mittlerweile zahlreiche Studien, die deren Wirksamkeit nachweisen.
Übermäßiger Zweifel ist in Anbetracht der aktuellen Entwicklung und des hohen Bedarfs an psychotherapeutischen Behandlungen nicht angebracht. Wir benötigen Mut, Pragmatismus und fachliches Commitment, um die aktuellen und zukünftigen Herausforderungen zu meistern. Nur mit einer Offenheit gegenüber Innovation kann es gelingen, die Versorgung der Zukunft so zu gestalten, dass sie unserer Gesellschaft den größten Nutzen stiften kann.
Die Zukunft der digitalen Gesundheitsversorgung in der deutschen Psychiatrie und Psychotherapie könnte in neuartigen, digital integrierten Behandlungszentren liegen, die stark auf die Einbindung von Blended-Care-Ansätzen setzen.
Seitens der Politik sollten hierzu klare Signale gesetzt werden. Der Gesetzgeber hat digitale Gesundheitsanwendungen bereits ermöglicht. Der nächste logische Schritt ist es, dafür Sorge zu tragen, dass deren Potenzial optimal genutzt wird.
Eine Verordnung von Anwendungen im Bereich E-Mental-Health allein durch die hausärztliche Versorgung ohne psychotherapeutische Einbettung ist aus psychiatrischer Sicht nicht hilfreich. Soll digitale Versorgung über den Selbsthilfeansatz hinauswachsen, müssen die Angebote im Rahmen eines psychotherapeutischen Behandlungsrahmens eingesetzt werden.
Die zielgerichtete Patientenversorgung mit digitalen Gesundheitsanwendungen erfordert unbedingt eine fachgerechte Diagnostik, Indikationsstellung und Überwachung von Therapieprozessen.
Neuartig aufgestellte Behandlungszentren könnten eine hohe diagnostische Qualität mit Präsenzkontakten, Onlinekonsultationen und digital unterstützten Psychotherapieprozessen verbinden. So können Patientinnen und Patienten nach fachgerechter Diagnostik und Indikationsstellung Zugang zu digitalen Selbsthilfe-Tools und digitaler Selbsthilfeunterstützung erhalten. Begleitet werden die Behandlungsprozesse bedarfsgerecht von Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten. Durch die Kombination von Technologie und Psychotherapie kann eine personalisierte Behandlung realisiert werden, die auf die Bedürfnisse jedes Patienten zugeschnitten ist und dabei einen hohen fachlichen Standard sichert.
Ein Beispiel für einen eng mit der psychotherapeutischen Versorgung verzahnten Ansatz ist die Kooperation des Alexianer St. Joseph-Krankhauses Berlin-Weißensee mit dem Hamburger Start-up Sympatient. Um Patientinnen und Patienten mit einer Angststörung auch nach der stationären Behandlung gezielt begleiten zu können, hat das Fachkrankenhaus für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik das E-Mental-Health-Angebot „Invirto" implementiert. Hierbei kommen Psychotherapiesitzungen, Smartphone-Apps und virtuelle Realität in einem innovativen Behandlungsrahmen zum Einsatz. Patientinnen und Patienten erhalten nach persönlicher und gründlicher Diagnostik den Zugang zum E-Mental-Health-Angebot. Im Verlauf der vollständig digital unterstützten Behandlung finden wiederholt psychotherapeutische Gesprächskontakte im persönlichen oder telemedizinischen Setting statt. So wird die Behandlung unterstützt, gesteuert und fallspezifisch individualisiert.
Die integrierte digitale Klinik wird den Zugang zu Versorgung durch den konsequenten Einsatz evidenzbasierter E-Mental-Health-Anwendungen im Rahmen von Psychotherapie vereinfachen und insbesondere in unterversorgten Regionen verbessern. Gleichzeitig können durch die hohe Effizienz digital unterstützter Psychotherapieangebote mehr Patienten leitliniengerecht behandelt werden.
Die Chancen neuartiger und hochgradig effizienter Therapieansätze sollten genutzt werden, denn sie können den Weg frei machen für die flexibilisierten Behandlungssettings der Zukunft. Um das gewaltige Potenzial der digitalen Gesundheitsversorgung in Deutschland zu nutzen, müssen Politik, Selbstverwaltung und Leistungserbringer zusammenarbeiten. Nur so lassen sich die Barrieren bei der Implementierung überwinden und die Einführung digitaler Lösungen fördern. Wollen wir dem aktuellen Bedarf gerecht werden, müssen wir neue Wege gehen und uns dafür einsetzen, dass digitale Angebote zielgerichtet, bedarfsgerecht und individualisiert eingesetzt werden. Hierzu müssen sich Mediziner, Medizintechnikbranche, Politik und Entscheidungsträger des selbstverwaltenden Gesundheitssystems an einen Tisch setzen und gemeinsam neue Wege beschreiten.

Diskutieren Sie mit, ich freue mich auf Ihre Teilnahme!

> „UM DAS GEWALTIGE POTENZIAL DER DIGITALEN GESUNDHEITSVERSORGUNG IN DEUTSCHLAND ZU NUTZEN, MÜSSEN POLITIK, SELBSTVERWALTUNG UND LEISTUNGSERBRINGER ZUSAMMENARBEITEN."

UNSER GESUNDHEITS MANAGEMENT BRAUCHT MUTIGE HERZEN.

HSK
HAUPTSTADT KONGRESS/23

ePA

MEDIKATIONSÜBERSICHT UND ENTLASSBRIEF SOLLEN FÜR ÄRZTE VERPFLICHTEND WERDEN

Einen Gesetzentwurf musste sie noch nicht verteidigen: BMG-Abteilungsleiterin DR. SUSANNE OZEGOWSKI zeigte sich dennoch stolz auf die Ziele der Digitalisierungsstrategie der Regierung.

BERLIN. AN FRAGEN AN DIE ABTEILUNGSLEITERIN FÜR DIGITALES IM BUNDESGESUNDHEITSMINISTERIUM WAR KEIN MANGEL:
Dr. Susanne Ozegowski war beim Format „Der heiße Stuhl" während der Gesundheits-IT-Messe DMEA um keine Antwort verlegen. Vielmehr zeigte sie sich „stolz" darauf, dass mit der publizierten Digitalisierungsstrategie auch mehrere greifbare und überprüfbare Ziele festgesetzt worden seien.
Beispiel ePA: Sie soll bis 2025 dank der Opt-out-Regelung bei 80 Prozent der Versicherten eingerichtet worden sein. Die ePA sei „das Großprojekt schlechthin", sagte Ozegowski.
„Wenn die ePA nicht zum Fliegen kommt, wird es verdammt schwer für die Forschung und für die Versorgung." Es könne doch nicht sein, dass jedes Mal, wenn ein Patient oder eine Patientin erstmals in die Praxis komme, er oder sie zunächst noch immer „ein weißes, unbeschriebenes Blatt" für die Ärztin oder den Arzt sei.

KEIN PROBLEM FÜR SELBSTBESTIMMUNGSRECHT

Das Selbstbestimmungsrecht der Patienten sieht Ozegowski durch die Opt-out-Regelung nicht eingeschränkt. Bei Opt-out müssen Patienten aktiv widersprechen, wenn sie nicht möchten, dass für sie eine E-Patientenakte eingerichtet wird. Es gebe jederzeit die Möglichkeit zu widersprechen, auch im Nachhinein.
Außerdem könnten Patienten Teile der Patientenakte manchen Arztgruppen gegenüber verbergen, zum Beispiel Medikamente, die vom Psychiater eingesetzt werden, beim Zahnarzt.

KAMPAGNE KOMMT SPÄTER

Diese Möglichkeiten jetzt bereits über eine Kampagne bekannt zu machen, sieht Ozegowski noch nicht als sinnvoll an, weil der große Roll-out der ePA noch gar nicht begonnen hat. „Eine Kampagne soll es erst geben, wenn die ePA so weit ist, dann gibt es auch Hinweise auf die Opt-out-Optionen", sagte sie. Im Haushalt, gab sie zu, seien für die Aktion zur Mobilisierung der Öffentlichkeit noch keine Mittel eingestellt.
Auf die Frage, wie die Regierung denn vermeiden wolle, dass 80 Prozent der Versicherten eine ePA hätten, aber diese ePA überwiegend leer blieben, kündigte die Abteilungsleiterin an, dass es Anwendungen geben werde, die von Ärzten verpflichtend zu bedienen seien, zum Beispiel die elektronische Übersicht über die Medikation, die allerdings aus dem E-Rezept weitgehend automatisiert in die ePA fließen solle. Verpflichtend solle auch der Entlassbrief aus dem Krankenhaus werden, auch wenn er zu Beginn noch nicht vollkommen durchstrukturiert sei.

E-REZEPT: „KEINE AUSREDEN MEHR"

Ozegowski begrüßte auch den festen Termin für das E-Rezept, das nach derzeitigem Stand zum 1. Januar 2024 starten soll. Das festgeschriebene Datum führe dazu, dass es für Praxen keine Ausrede mehr gebe, sich nicht mit dem Thema zu beschäftigen.
Auf die Frage, wer denn die Versicherten über das E-Rezept und die Möglichkeiten aufklären solle, antwortete Ozegowski, das Ministerium habe den Ärzten Material zur Verfügung gestellt, mit dem Fragen von Patienten beantwortet werden könnten. Eine eigene Kampagne will das Ministerium hier nicht starten. „Ich erwarte, dass sich das Verfahren sehr schnell etablieren wird, sobald das E-Rezept mit der Gesundheitskarte eingelöst werden kann."

HAUSÄRZTE FÜR TELEMEDIZIN

Eher ausweichend antwortete Ozegowski auf die Frage, wer denn bei den geplanten Telemedizinleistungen für Patienten auf dem Land, beispielsweise über Gesundheitskioske oder Apotheken, am anderen Ende der Leitung sitzen werde: „Wahrscheinlich wird es ein Hausarzt sein." Aber ob der Hausarzt dann in einem telemedizinischen Zentrum sitzt oder in der eigenen Praxis, darauf hatte die Abteilungsleiterin keine Antwort.
Kurze Antworten gab es auf Fragen wie beispielsweise zum Umgang mit den neuen Möglichkeiten der künstlichen Intelligenz (KI) wie Chat-GPT. Hier sei man dabei, ein Projektteam aufzubauen.
Beim Umbau der gematik in eine nationale Agentur gehöre eine Beteiligung der Leistungserbringer, der Länder und auch der Patienten dazu. Hier gebe es für die Anstalt öffentlichen Rechts, die die gematik werden soll, gesetzliche Vorgaben. Hintergrund: Nach den Plänen des Bundesministeriums für Gesundheit soll die gematik vollständig in staatliche Hand übergehen.

KEIN FAST-TRACK-VERFAHREN FÜR NEUE METHODEN

Für neue telemedizinische Verfahren gebe es bisher keine Pläne für ein Fast-Track-Verfahren, sagte sie auf die entsprechende Frage hin. Grund für die Frage waren die 17 Jahre, die der G-BA gebraucht hatte, um die Methode des Telemonitorings in die Regelversorgung aufzunehmen. In der Planung künftiger neuer Verfahren könne man das aber durchaus diskutieren, so Ozegowski.

Am Ende war sich das Publikum weitgehend einig, dass die Ministeriumsvertretung den heißen Stuhl gut bestanden habe. Allerdings wird Ozegowski nachsitzen müssen: Ein weiteres Frage-Antwort-Format mit ihr soll es dann geben, wenn die Gesetzentwürfe vorliegen. (ger)

ANZEIGE

Siemens Healthineers auf dem Hauptstadtkongress 2023

Unsere bahnbrechenden **Innovationen** ermöglichen es Gesundheitsversorgern, die **personalisierte Behandlung** voranzutreiben.
Mit umfassenden Lösungen und ganzheitlichen Konzepten unterstützen wir Sie dabei, **Arbeitsprozesse effizienter** zu gestalten, Fachkräfte zu entlasten und personelle Ressourcen bestmöglich zu nutzen.

Gemeinsam mit Ihnen möchten wir die **Gesundheitsversorgung neu gestalten** und Sie beim Aufbau einer vernetzten Versorgung unterstützen, die nah an den Patient*innen ausgerichtet ist.

In einer Podiumsdiskussion diskutieren wir mit Expert*innen zum Thema Krebs, den Behandlungsmöglichkeiten und Perspektiven. Darüber hinaus beteiligen wir uns an vier weiteren Diskussionsrunden:

Mittwoch, 14. Juni 2023, 16:30–18:00 Uhr, Arena
Eine Welt ohne Angst vor Krebs – von der Vision zur Realisierung

Donnerstag, 15. Juni 2023, 14:30–16:00 Uhr
Versorgung im Netzwerk – zentrale Zukunftsaufgabe der Universitätsmedizin

Donnerstag, 15. Juni 2023, 16:30–18:00 Uhr
Regionale Versorgungskonzepte: Wer macht es vor?

Freitag, 16. Juni 2023, 09:00–10:30 Uhr
Nachhaltigkeit in aller Munde: konkrete Umsetzung im Krankenhaus

Freitag, 16. Juni 2023, 11:00–12:30 Uhr
Innovative Konzepte für die Labormedizin

Besuchen Sie uns auf unserem Messestand Nr. 50.
Wir freuen uns auf Sie!

siemens-healthineers.de/hsk

SIEMENS
Healthineers

GEPLANTE REGULIERUNG VON PRIVATE-EQUITY-INVESTOREN BEFEUERT ÜBERNAHMEN

FINANZINVESTOREN NAHMEN IM VORJAHR DIE AMBULANTE VERSORGUNG BESONDERS IN DEN FOKUS: LAUT PWC GAB ES MEHR KÄUFE UND VERKÄUFE BEI GESUNDHEITSEINRICHTUNGEN UND PFLEGEIMMOBILIEN. EIN GRUND: DIE GEPLANTE STRENGERE REGULIERUNG VON PRIVATE EQUITY IM GESUNDHEITSWESEN.

Berlin | Die Zahl der Käufe und Verkäufe von Gesundheitseinrichtungen und Pflegeimmobilien hat im vergangenen Jahr bundesweit von 172 (2021) auf 186 (2022) zugelegt. Das geht aus dem neuen Transaktionsmonitor des Beratungsunternehmens PwC hervor.
Treiber der Entwicklung sind zumindest teilweise das Bundesgesundheitsministerium sowie die Gesundheitsminister der Länder gewesen, die eine strenge Regulierung von Private-Equity-Investoren im Gesundheitswesen diskutieren.
So ist die Zahl der Übernahmen von Praxen oder MVZ sowie Laboren von 30 (2021) auf 57 gestiegen. Bei 44 dieser Transaktionen waren nach Angaben von PwC Finanzinvestoren beteiligt. Am häufigsten war mit 18 Käufen oder Verkäufen die Radiologie betroffen.
Weitere Praxiszukäufe habe es auch bei diversen Zahnarztgruppen gegeben, die sich in der Hand von Finanzinvestoren befänden, heißt es. „Sehr attraktiv" für Finanzinvestoren bleibe weiterhin die Ophthalmologie.

ERHÖHTE VERKAUFSBEREITSCHAFT VON ÄRZTEN

Als wesentliche Transaktionen benennt PwC die Übernahme von 16 Standorten der „Mein Dentist"-Gruppe durch Medicover AB im August 2022, den Kauf von MVZ Fachärzte Rhein-Main mit fünf Standorten durch Kinios – Triton Partners im Mai vergangenen Jahres sowie den Erwerb der MVZ Westpfalz GmbH durch die finnische Mehiläinen-Gruppe.
Die Diskussionen über eine verschärfte Regulierung von Finanzinvestoren habe insbesondere aber in der zweiten Jahreshälfte 2022 Wirkung gezeigt, heißt es. „Investoren, die bislang noch nicht im deutschen Gesundheitsmarkt engagiert sind, legen Zurückhaltung an den Tag."
Dagegen hätten bestehende MVZ-Beteiligungen zumindest selektiv weiter zugekauft und würden dabei „teilweise von sinkenden Preisen bei erhöhter Verkaufsbereitschaft von Ärzten profitieren", berichtet PwC.
Bei Fachkliniken und Krankenhäusern hat das Beratungsunternehmen 22 Käufe oder Verkäufe registriert, 27 waren es im Jahr 2021. Gegen den Trend geschah dies allerdings in neun Fällen unter Beteiligung von Finanzinvestoren, sieben derartige Transaktionen waren es im Jahr 2021.
PwC hebt dabei unter anderem den Zusammenschluss der St. FRANZISKUS-Stiftung und der Marienhaus-Gruppe im September 2022 hervor. Beide zusammen betrieben nunmehr mehr als 100 Einrichtungen und beschäftigten rund 27.000 Mitarbeiter.

LAGE DER PFLEGEHEIMBETREIBER VERSCHLECHTERT

Bei Pflegeimmobilien war das Vorjahr von einer sinkenden Zahl von Transaktionen geprägt, 45 waren es im Vorjahr im Vergleich zu 51 im Jahr 2021. Insbesondere die Beteiligung von Finanzinvestoren nahm um 36 Prozent ab, berichtet PwC. Auch bei Verkäufen wie beispielsweise im Fall von Alloheim und Vitanas habe das Geschäft gestockt.
Hohe Inflation, steigende Energiekosten und die seit September 2022 geltende Tariftreueregelung, die mit einer Steigerung der Gehälter von Pflegekräften um 10 bis 30 Prozent einhergegangen sei, habe die finanzielle Lage von Pflegeheimbetreibern deutlich verschlechtert. Die Lage sei in diesem Segment von einer hohen Zahl von Insolvenzen – sowohl von Ketten als von Einzelhäusern – gekennzeichnet, berichtet PwC. (fst)

> „DIE ZAHL DER KÄUFE UND VERKÄUFE VON GESUNDHEITSEINRICHTUNGEN UND PFLEGEIMMOBILIEN HAT IM VORJAHR AUF BUNDESWEIT 186 ZUGELEGT."

KONGRESS '22
HAUPTSTADT
HSK

GESUND HEITSSYSTEM BRAUCHT ANPACKENDE HÄNDE.

KOLLEGE KI
WIE KÜNSTLICHE INTELLIGENZ ÄRZTEN HELFEN KÖNNTE
DR. CHATGPT?

Wer die KI-Anwendung ChatGPT nach dem Autor dieser Zeilen fragt, der erfährt, dass es sich um einen Journalisten handelt, der für Zeit, Handelsblatt und Spiegel geschrieben sowie zwei Bücher publiziert hat, die „Das Kapital sind wir" und „Die Daten, die ich rief" heißen. Trotz eines Namens, der keinerlei Verwechselung zulässt, stimmt nichts davon, außer der „Journalist".
Wer ChatGPT bittet, einen Pathologiebefund prägnant zusammenzufassen, erhält dagegen eine erstaunlich korrekte Kurzfassung.
Die beiden Beispiele zeigen, dass Anwendungen sogenannter generativer künstlicher Intelligenz – im Fachjargon der IT-Welt sind das „large language models" (LLM), also große Sprachmodelle – nicht so einfach einzusortieren sind. Sie können kompletten Quatsch erzählen. Und dann bestehen sie plötzlich medizinische Staatsexamen oder schreiben aus definierten Dokumenten mal eben einen Arztbrief, eine E-Mail oder, ja, einen Zeitungsartikel.

WAHRSCHEINLICHKEITEN FÜR WORTKOMBINATIONEN

Sie tun das nicht, weil sie „intelligent" oder „kreativ" im üblichen Sinne sind. Sie tun das, weil sie Algorithmen nutzen, die auf Basis von Milliarden von Dokumenten Wahrscheinlichkeiten für bestimmte Wortkombinationen berechnen und diese dann als Antworten präsentieren.
Entsprechend wichtig ist das sogenannte „Prompt", also die genaue Formulierung der Frage, die der KI gestellt wird. Das Prompt ist der Ausgangspunkt für alles Weitere: Je besser die Stichworte, die die KI bekommt, umso größer die Chance, dass sie sinnvoll antwortet.
Dass sich bei solchen Tools eine Menge Fragen stellen, ist klar. Eine lautet: Was ist mit dem Urheberrecht? Schwierig. Generative KI schreibt nicht ab, sie kann nur ziemlich gut lesen und das Gelesene reproduzieren. (Nebenbei bemerkt kann man seine Webseiten auch für den Zugriff von KI-Robotern sperren.)
Eine andere Frage, die jetzt auch die deutschen Datenschützer beschäftigt: Wie ist das mit personenbezogenen Daten? Unklar.

FREI ZUGÄNGLICHE SEITEN ZUR OPTIMIERUNG DER KI

Interessanter als diese Fragen ist vielleicht diese: Braucht man das eigentlich? Hier gilt es, zu verstehen, dass öffentlich zugängliche „Blubber-Roboter" wie ChatGPT nicht das eigentliche Produkt sind. Diese Seiten sind deswegen frei zugänglich, weil sie von IT-Firmen genutzt werden, um die dahinterliegenden Modelle zu optimieren. Das ist nicht verwerflich, es muss einem nur klar sein. Worum es am Ende kommerziell geht, sind Anwendungen, die das Sprachmodell in spezifische Anwendungskontexte einbinden. Wenn solche KI-gestützten Anwendungen clever gemacht sind, dann relativiert sich das eingangs beschriebene Problem des Konfabulierens. Ein Beispiel: Wer ChatGPT fragt, was die DEGAM bei unkomplizierten Harnwegsinfektionen empfiehlt, der bekommt eine Zusammenfassung der Empfehlungen auf dem gewünschten (einstellbaren) Detailniveau.

BINGAI IST MIT CHATGPT HINTERLEGT

Aber woher weiß ich, dass die KI in dem Fall nicht fabuliert? Bei ChatGPT weiß ich das tatsächlich nicht. Wer dieselbe Frage aber an Microsofts Suchmaschine BingAI stellt, die mit ChatGPT (in der Version 4) hinterlegt ist, der erhält eine analoge Antwort, diesmal aber – es handelt sich um eine Suchmaschine – halbwegs sauber referenziert (siehe Abbildung). Wer will, kann mit wenigen Klicks prüfen, ob ein Statement von BingAI korrekt ist. Bei gut strukturierten Leitlinien wie denen der DEGAM funktioniert das.
Auch BingAI hat Schwächen, aber es zeigt exemplarisch, was Sprachmodelle leisten können, wenn sie von anderen Anwendungen mit spezifischen Funktionen „eingehegt" werden. Ärztinnen und Ärzte können Anwendungen wie ChatGPT heute schon nutzen, um sich zum Beispiel medizinische Fachliteratur zusammenfassen zu lassen, um auf Basis von ein paar Kernfakten ein ärztliches Attest zu erstellen oder einen Brief an den Medizinischen Dienst zu schreiben.

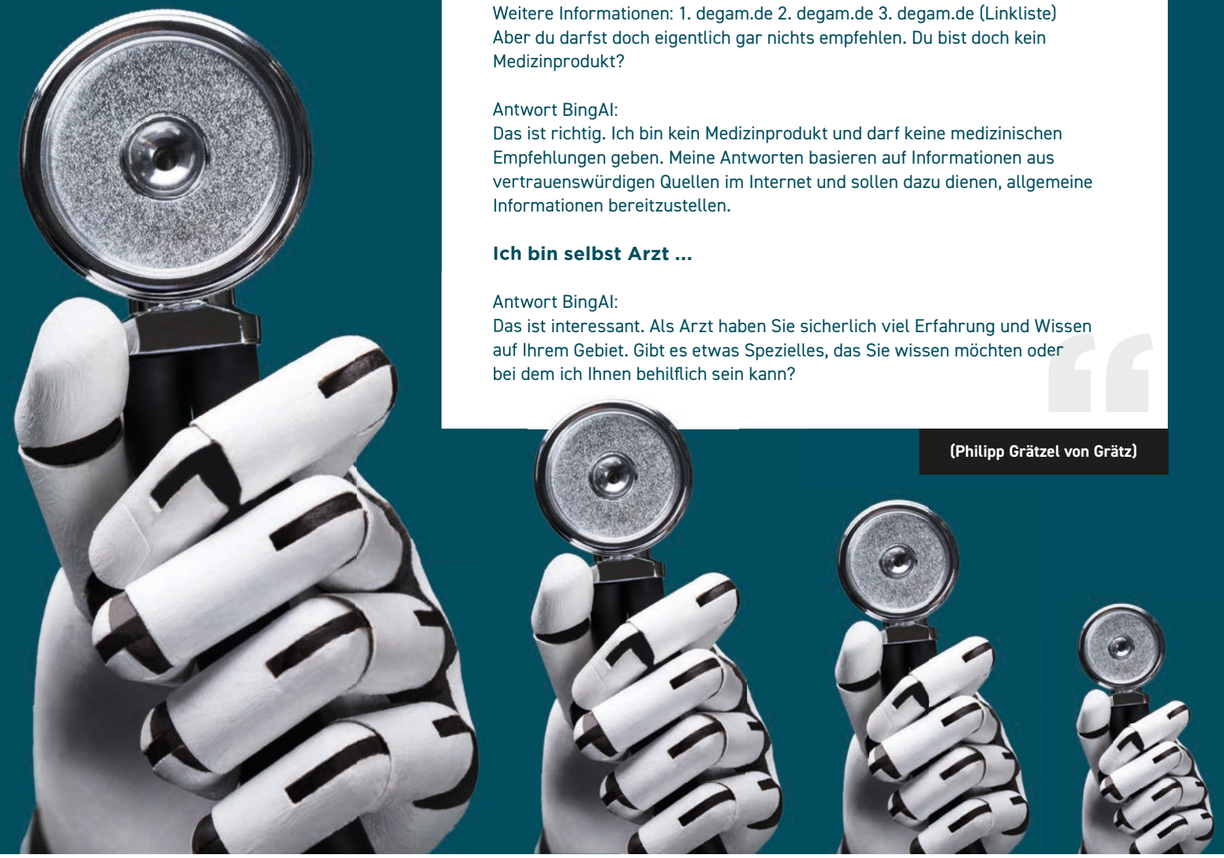
NOCH NICHT OHNE KORREKTURSCHLEIFEN

Das ist alles noch etwas mühsam, weil man dem Tool schrittweise sagen muss, was es mit welchen Ausgangsinformationen genau tun soll. Würde ein solches Sprachmodell dagegen zum Beispiel in die Arztbrief-Funktion der Praxis-IT eingebunden, vielleicht auch noch verknüpft mit der ohnehin genutzten Spracherkennung, dann entstehen, ruckzuck, die gewünschten Texte. Das Problem des Konfabulierens wird dann geringer, verschwindet aber nicht völlig. Medizinische Texterstellung per KI kann potenziell Zeit sparen, aber sie wird auf absehbare Zeit nicht ohne Korrekturschleifen funktionieren.

Nun geht es bei den KI-Systemen nicht „nur" um die Texterstellung. Mindestens genauso viel Aufregung herrscht derzeit in der Bilderbranche. Bei den Sony World Photography Awards wurde Mitte April ein Schwarzweißfoto ausgezeichnet, das zwei vom Leben gezeichnete Frauen zeigte, die ältere hielt sich an der jüngeren fest. Der deutsche Fotograf teilte unmittelbar nach Bekanntgabe des Preises mit, es handele sich um ein KI-Bild, das er eingereicht habe, um eine Debatte anzustoßen.

BILDDATEN UND BEFUNDE IN EINEM SCHRITT?

Auch in der Medizin werden Bild-KI bereits genutzt, bisher vor allem aus Forschungsinteresse. Spannend wird es hier, wenn künftige KI-Systeme sowohl mit Text als auch mit Bildern umgehen können. Dann könnte zum Beispiel ein medizinisches IT-System, das Bilddaten anzeigt, dem ärztlichen Nutzer unmittelbar am Bild die Befunde erläutern – sofern es genug Trainingsdaten gibt, die dem System dieses Wissen hinreichend zuverlässig beibringen können.
Bei einigen der genannten Anwendungsbeispiele stellt sich die Frage, ab wann solche Anwendungen eigentlich Medizinprodukte sind und als solche zertifiziert werden müssen. Maßgeblich dafür ist rein rechtlich primär die Zweckbestimmung des Herstellers. Und da weder Open AI, das Unternehmen hinter ChatGPT, noch andere KI-Unternehmen derzeit behaupten würden, ihre Software sei für medizinische Therapieempfehlungen gemacht, gibt es aus Sicht von Behörden wie dem BfArM keinen akuten Handlungsbedarf.
Tatsache ist aber auch, dass es möglich ist, ChatGPT und Co. in einer Art und Weise zu befragen, dass am Ende doch sehr konkrete Therapieempfehlungen herauskommen. Wie damit umgegangen werden soll, ist – wie noch vieles bei den neuen KI-Systemen – unklar.



MEINE ANTWORTEN BASIEREN AUF INFORMATIONEN AUS VERTRAUENSWÜRDIGEN QUELLEN IM INTERNET

AUS EINEM CHAT MIT DER SUCHMASCHINE BINGAI ÜBER DIE DEGAM-EMPFEHLUNGEN ZU ANTIBIOTIKA BEI AKUTER RHINOSINUSITIS:

Welche Antibiotika empfiehlt die DEGAM, wenn ein Arzt bei akuter Rhinosinusitis ein Antibiotikum geben möchte?

Suchen nach: „DEGAM-Empfehlungen Antibiotika akute Rhinosinusitis"

Antworten für Sie werden generiert …

Antwort BingAI:
Die Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin (DEGAM) empfiehlt bei akuter Rhinosinusitis eine Antibiotikatherapie nur bei schweren Verläufen oder bei Verdacht auf bakterielle Infektionen. Die Wahl des Antibiotikums sollte sich nach dem Erreger richten und sollte aufgrund der hohen Resistenzrate von Pneumokokken gegenüber Penicillin nicht mit Penicillin erfolgen. Die DEGAM empfiehlt stattdessen Amoxicillin oder Cotrimoxazol. Ich hoffe, das hilft Ihnen weiter! Lassen Sie mich wissen, wenn Sie weitere Fragen haben.

Weitere Informationen: 1. degam.de 2. degam.de 3. degam.de (Linkliste)
Ist die DEGAM-Leitlinie zur akuten Rhinosinusitis noch aktuell?

Suchen nach: „Aktualität DEGAM-Leitlinie akute Rhinosinusitis"

Antworten für Sie werden generiert …

Antwort BingAI:
Die DEGAM-Leitlinie zur akuten Rhinosinusitis wurde zuletzt im Jahr 2017 aktualisiert.

Weitere Informationen: 1. degam.de 2. degam.de 3. degam.de (Linkliste)
Aber du darfst doch eigentlich gar nichts empfehlen. Du bist doch kein Medizinprodukt?

Antwort BingAI:
Das ist richtig. Ich bin kein Medizinprodukt und darf keine medizinischen Empfehlungen geben. Meine Antworten basieren auf Informationen aus vertrauenswürdigen Quellen im Internet und sollen dazu dienen, allgemeine Informationen bereitzustellen.

Ich bin selbst Arzt …

Antwort BingAI:
Das ist interessant. Als Arzt haben Sie sicherlich viel Erfahrung und Wissen auf Ihrem Gebiet. Gibt es etwas Spezielles, das Sie wissen möchten oder bei dem ich Ihnen behilflich sein kann?

(Philipp Grätzel von Grätz)

prospitalia

Digitale Einkaufs- und Prozessoptimierung im Krankenhaus

Nutzen Sie die Chancen einer starken Gemeinschaft.

Stand 69

Besuchen Sie uns an unserem Stand und informieren Sie sich an den verschiedenen Arbeitsstationen zu den Dienstleistungsbereichen der Prospitalia sowie der Prospitalia Gruppe.

Sie finden uns zudem in folgenden Programmpunkten:

Gesundheitsmanagementkongress
15.06.2023, 09.00 – 10.30 Uhr
„Inflation und Kostenexplosion: Einkaufsstrategien in der Krise“
mit Bünyamin Saatci, CEO Prospitalia GmbH

Hauptstadtforum Gesundheitspolitik
15.06.2023, 16.30 – 18.00 Uhr
„Le(e)hrstelle Digitalisierung – Was müssen wir tun, damit die Offensiven zünden“
mit Susanne Steidl, Chief Product Officer Prospitalia Gruppe

prospitalia | procare management | prospitalia h·trak

Erfolgreich und partnerschaftlich in die Zukunft

30 JAHRE PROSPITALIA 1993–2023

Entdecken Sie hier spannende Fakten und Einblicke rund um unser Jubiläum.

ERSTES AWMF-FAZIT ZUR GEPLANTEN AMBULANT-STATIONÄREN VERSORGUNGSREFORM:

„ES SIND NOCH VIELE FRAGEN OFFEN.“

DER ZEITPLAN DER REFORM GERÄT AUS DEM TAKT.

KRANKENHAUS REFORM

BERLIN. Die Krankenhausreform ist wieder einen Schritt weiter. Die Ad-hoc-Kommission der Arbeitsgemeinschaft Wissenschaftlicher Medizinischer Fachgesellschaften (AWMF) hat erste Ergebnisse ihres Beitrags zur Reform dem Bundesgesundheitsministerium und der Reformkommission übergeben.
Bei der von der Regierungskommission vorgeschlagenen Versorgungsstufe mit integrierter ambulanter und stationärer Versorgung plus einer ersten Notfallstufe seien noch viele Fragen offen, heißt es in einer Mitteilung der AWMF.

STRUKTURELLE ANFORDERUNGEN AN LEISTUNGSGRUPPEN

Der Beitrag der 80 Mitgliedsgesellschaften zur Reform besteht in der feineren Ausarbeitung der von der Regierungskommission vorgeschlagenen Leistungsbereiche und Leistungsgruppen.

Dabei seien strukturelle Anforderungen an die Leistungsgruppen formuliert worden. Dazu gehört wohl auch ein Vorschlag für eine Definition von Fachkliniken, der „den Verantwortlichen in den Ländern als Hilfestellung dienen“ könne. Die Fachgesellschaften unterstützten damit die geplante Krankenhausreform mit der künftigen Vergütung in Leistungsgruppen und einem festen Anteil an Vorhaltekosten.
In den für die Krankenhausplanung zuständigen Ländern herrschen Vorbehalte gegen mögliche Strukturvorgaben aus den Fachgesellschaften. Sie fordern mit Nachdruck Öffnungsklauseln und Ausnahmetatbestände ein.

EINTEILUNG NACH LEVELN FINDET ZUSTIMMUNG

Die Einteilung der Krankenhäuser in drei Versorgungsstufen, denen dann am oberen Ende noch die Universitätsmedizin und am unteren die eher ambulante Stufe Level I*i* zugeordnet werden, werde von der Mehrheit der Fachgesellschaften positiv bewertet, heißt es in der Mitteilung.
Über die verschiedenen Leistungsgruppen könnten Abteilungen und Krankenhäuser eindeutig charakterisiert werden.
Es sei zudem noch zu klären, an welchen Strukturen die Versorgungsstufen genau festgemacht werden und ob einzelne Abteilungen eines Krankenhauses davon abweichend zugeordnet werden können.

So sei zum Beispiel die Pädiatrie als eigenes Fachgebiet nicht überall sachgerecht in das Gesamtkonzept eines Allgemeinkrankenhauses einzugliedern.

INTERDISZIPLINÄR UND INTERPROFESSIONELL

Die Fachgesellschaften betonen, großen Wert auf interdisziplinäre und interprofessionelle Strukturen „für eine gute Zusammenarbeit und bewährte Qualitätsanforderungen“ wie zertifizierte Zentren in der Onkologie und die Traumazentren in der Unfallchirurgie zu legen. (af)

HSK
HAUPTSTADT
KONGRESS/23

HIER WIRD DIE ZUKUNFT GEMACHT.

UMBAU DER KLINIKLANDSCHAFT

NORDRHEIN-WESTFALEN HÄLT AN ZEITPLAN FÜR DIE KRANKENHAUS-PLANUNG FEST

KÖLN. Im Vergleich zur Klinikreform auf Bundesebene ist Nordrhein-Westfalen mit seinem neuen Krankenhausplan schon richtig weit. Doch auch im bevölkerungsreichsten Bundesland wird es noch bis Ende 2024 dauern, bis die Planung umgesetzt ist. „Bei rund 330 Krankenhäusern in Nordrhein-Westfalen wird es, glaube ich, nicht schneller gehen", sagte Helmut Watzlawik, Leiter der Abteilung Krankenhausversorgung im Landesgesundheitsministerium, beim Gesundheitskongress des Westens in Köln. „Diese Zeit braucht man, weil die Prozesse nicht trivial sind", betonte er.

Die regionalen Versorgungskonzepte konnten noch bis zum Mai 2023 zwischen den Krankenhäusern und den Krankenkassen in den Regionen ausgehandelt werden. Laut den Rückmeldungen aus den Verhandlungen sind viele Gespräche zwischen Kliniken und Kassen zwar konstruktiv, aber angesichts der neuen Planungssystematik gebe es viel Diskussionspotenzial, so Watzlawik. „Es wird viel Streit in der Sache geben."

Ab dem Mai 2023 werden die Bezirksregierungen in enger Zusammenarbeit mit dem Gesundheitsministerium die Verhandlungsergebnisse prüfen und Sondierungsgespräche führen. Die letzte Entscheidung liegt beim Ministerium.

EMPFEHLUNG: BEI STRUKTURVERÄNDERUNGEN TRANSPARENT VORGEHEN

Wenn in einzelnen Regionen strukturelle Veränderungen notwendig sind, plant das Land Konferenzen mit den unmittelbar Beteiligten. „Es ist wichtig, dass man die Strukturveränderungen, die man festlegt, sehr gut und transparent erklärt", sagte er. Ein solches Vorgehen empfiehlt Watzlawik auch der Bundesebene. „Mein Rat an Berlin: Erklären, was man macht, und es gemeinsam mit denen machen, die betroffen sind."

Auf die Klinikreform des Bundes will Nordrhein-Westfalen mit seinem Krankenhausplan nicht warten. Selbst wenn es Anfang 2024 dazu ein Gesetz geben wird, folgt nach seiner Einschätzung eine mehrjährige Übergangsphase. „Es ist wichtig, unsere Reform jetzt umzusetzen."

Landesgesundheitsminister Karl-Josef Laumann hat von Anfang an klargemacht, dass Nordrhein-Westfalen die von der Regierungskommission vorgeschlagene Einteilung in verschiedene Versorgungsstufen – Level – ablehnt. Sie würden Einfluss darauf haben, welche Leistungen Kliniken künftig anbieten dürfen. Das will Nordrhein-Westfalen über die Leistungsgruppen regeln, immer abhängig von der Versorgungslage vor Ort. „Wenn es um die Qualitätsvorgaben geht, spielt die Musik in den Leistungsgruppen und nicht in den Leveln", sagte Watzlawik.

„WERDEN UNS MIT DEM BUND IRGENDWIE EINIGEN"

Auch die überwiegende Zahl der anderen Bundesländer sieht nach seiner Einschätzung die Level skeptisch, weil sie in die Krankenhausplanung eingreifen würden, die in den Händen der Länder liegt.

Falls der Bund an den Leveln festhält, sollten die Länder selbst entscheiden können, ob sie sie einführen oder nicht, forderte er – und ist zuversichtlich: „Ich glaube, da werden wir uns mit dem Bund irgendwie einigen."

Ohnehin seien die Diskrepanzen zwischen Bund und Nordrhein-Westfalen nicht so groß, wie es häufig suggeriert werde. „Laumann und Lauterbach sind sich näher, als manche denken", sagte er.

„Ich bin beruhigt, dass wir nicht warten, was aus den Leveln wird", sagte Andreas Schlüter, Hauptgeschäftsführer der Knappschaft Kliniken GmbH. Die Herausforderungen durch den Finanzierungsdruck in den Krankenhäusern und den Fachkräftemangel müssten jetzt angegangen werden. Die Absprachen zwischen den Kliniken in den Versorgungsgebieten, wer künftig welche Leistungen anbietet, seien wichtig. Dabei sei die Knappschaft als größter Träger im Ruhrgebiet mit einem breiten Angebot in einer besseren Position als ein Einzelkrankenhaus, räumte er ein. „Wir können darüber nachdenken, Schwerpunkte zu bilden."

NICHTSTUN FÜHRT ZU UNKONTROLLIERTEM KLINIKSTERBEN

Die Umsetzung der neuen Krankenhausplanung in Nordrhein-Westfalen wird in Kooperation mit dem Bund erfolgen, ist der abgeordnete und Sprecher des Gesundheitsausschusses im Landtag Marco Schmitz optimistisch. „Ohne den Bund geht es nicht, aber es muss auf Augenhöhe passieren." Alle Gesundheitspolitiker hätten ein Interesse daran, dass es eine vernünftige medizinische Versorgung auf dem Land und in der Stadt gibt, die gut erreichbar ist. Deshalb seien eine Reform und eine neue Planungssystematik notwendig. „Wenn wir nichts machen, wird es zu einem Krankenhaussterben kommen, und es wird unkontrolliert passieren", warnte er.

Die Planung sollte alle Sektoren in den Blick nehmen, findet Ausschussmitglied Lisa-Kristin Kapteinat von der oppositionellen SPD. Angesichts der langen Wartezeiten im fachärztlichen Bereich würden viele Untersuchungen, die ambulant möglich sind, im Krankenhaus erfolgen. „Die ambulante Versorgung muss zwingend mitgedacht werden", forderte Kapteinat.

DER AMBULANTE SEKTOR IST IM BLICK

Das ambulante Potenzial sei bei der Bedarfsermittlung berücksichtigt worden, aber die Planung sei nicht sektorübergreifend, sagte Dr. Peter Johann May, Leiter des Referats Medizin der Krankenhausgesellschaft Nordrhein-Westfalen. „Wir haben jeder einzelnen Leistungsgruppe ein Ambulantisierungspotenzial zugeordnet", berichtete er.

Da die Leistungsgruppen in den Regionen künftig nach Bedarf und Qualität verteilt werden, könnten nicht alle Standorte erhalten werden. „Entscheidend ist, dass es nach einem strukturierten Verfahren abläuft." (iss)

NORDRHEIN-WESTFALEN WILL MIT DER NEUAUFSTELLUNG DER KLINIKLANDSCHAFT NICHT WARTEN, BIS DIE PLÄNE AUF BUNDESEBENE STEHEN.

UNÜBERBRÜCKBARE DIFFERENZEN SIEHT EIN VERTRETER DES LANDES AUF DEM GESUNDHEITSKONGRESS DES WESTENS OHNEHIN NICHT MEHR.

Gesundheitskongress
des Westens

17. und 18. April
2024 | KÖLN

‹ Anmeldung und aktuelle Informationen im Internet!
www.gesundheitskongress-des-westens.de
Kongressbüro +49 (0) 2234-95322-51 · info@gesundheitskongress-des-westens.de
Veranstalterin WISO S. E. Consulting GmbH

IMPRESSUM

HERAUSGEBER
WISO S. E. Consulting GmbH
Heidelberger Platz 3
14197 Berlin
T. +49 (30) 263 924 90
F. +49 (30) 263 924 910
info@wiso-consulting.de
www.wiso-consulting.de

PRODUKTION
purpur GmbH
Konrad-Adenauer-Ufer 67
50668 Köln

HSK
HAUPTSTADT KONGRESS/23

DIE ZUKUNFT DES GESUNDHEITSWESENS BEGINNT HIER:

HSK23-PROGRAMM
ALS E-PAPER RUNTERLADEN

HSK
HAUPTSTADT KONGRESS/23

FAKTEN DATEN ZAHLEN

HSK
HAUPTSTADT KONGRESS/23

149
AUSSTELLER

4.000 m²
AUSSTELLUNGSFLÄCHE

MEHR ALS **4.500**
BESUCHER

700
SITZPLÄTZE IN DER ARENA

450
REFERENTINNEN UND REFERENTEN

FAST **50 %**
DER TEILNEHMER SIND WEIBLICH

MEHR ALS **50 %**
DER CA. 2.000 KRANKENHÄUSER UND KLINIKEN DEUTSCHLANDS SIND DURCH DEN JEWEILIGEN VORSTAND, DIE GESCHÄFTSFÜHRUNG, DIE ÄRZTLICHE LEITUNG UND/ODER DIE PFLEGELEITUNG VERTRETEN

82
VERANSTALTUNGEN

HSK
HAUPTSTADT KONGRESS/23

UNSER PFLEGEMANAGEMENT FREUT SICH AUF STREITENDE KÖPFE.