

DAS MAGAZIN ZUM KONGRESS

HSK TRENND



| | | | |

DIE ZUKUNFT DES GESUNDHEITSWESENS BEGINNT HIER



**KÜNSTLICHE INTELLIGENZ WIRD
UNSERE MEDIZIN VERÄNDERN ...**

Prof. Dr. Karl Max Einhüpl

S. 06



**NEW WORK - EIN LÖSUNGSWEG
IN DER MEDIZIN?**

Dr. Iris Hauth

S. 16



INNOVATION VILLAGE

Healthcare-Start-ups pitchten ihre Ideen
beim Hauptstadtkongress 2024

S. 20

LIEBE LESERIN, LIEBER LESER!

Mit dem aktuellen Kongressmagazin HSK TREND möchten wir Ihnen einige Impulse und Gedanken mitgeben, die Grundlage für das Programm des Hauptstadtkongresses Medizin und Gesundheit 2024 sind. Der Hauptstadtkongress vom 26. bis 28. Juni im hub27 verfolgt das Ziel, eine solide Grundlage für Meinungsbildung, für fachlichen Austausch und – letztendlich auch – für alle wichtigen Entscheidungen zu sein, die gerade jetzt für unser Gesundheitswesen anstehen. Und es werden wichtige Weichenstellungen sein, die nachhaltig wirken müssen.

Die Zeit drängt, um den Entscheidern Planungssicherheit zu geben. Die aktuelle Situation zeigt jedoch, dass der große Durchbruch bei den Gesundheitsreformen wohl noch auf sich warten lässt. Bundesregierung und Länder haben sich im gesundheitspolitischen Klein-Klein verhakt. Das gilt insbesondere für die große Klinikreform, die als „Revolution“ angekündigt worden war. Parteiübergreifend pochen die Länder auf ihre Rechte. Rechtsgutachten bestätigen die Länder in ihrer Sorge, dass der Bund mit seinen Reformvorhaben in die Planungshoheit der Länder eingreift. Verhakt hat man sich offenbar auch bei der Reform im ambulanten Bereich, wo zumindest auf den ersten Blick die Unterschiede zwischen Opposition und Ampel nicht so groß sind, wenn es darum geht, die Ambulantisierung zu fördern und die hausärztliche Versorgung über Bonus- und Anreizsysteme zu stärken. Das alles will bezahlt werden. Allerdings: Konkrete Pläne für eine nachhaltige Finanzreform der GKV und der Pflege sind nicht erkennbar. Obwohl bekannt ist, dass gerade in der Pflegeversicherung Milliardenlöcher ins Haus stehen. Lichtblicke hingegen erkennt man bei der Digitalgesetzgebung und beim Thema medizinische Forschung. Alles in allem werden die nächsten Wochen darüber entscheiden, welche gesetzlichen Regelungen noch in dieser Legislaturperiode beschlossen werden. Die nächsten Wahlen stehen bereits vor der Tür. Der Hauptstadtkongress bietet eine ideale Diskussionsplattform und ist nah am Puls der Zeit – mit seinen über 100 Veranstaltungen und mehr als 460 Speakern. Wir nehmen für uns,

für den Kongress, in Anspruch, alle maßgeblichen Entscheider des deutschen Gesundheitswesens unter dem Dach des Kongresses zu versammeln, um mit ihnen in den inhaltlichen Austausch zu gehen. Kein Kongress adressiert gleichermaßen Politik, Gesundheitswirtschaft, Medizin und Pflege, Kostenträger, Wissenschaft und Berufsverbände in gleicher Weise wie der Hauptstadtkongress.

Um den oben erwähnten Puls der Zeit noch schneller schlagen zu lassen, bieten wir in diesem Jahr eine besondere Neuerung innerhalb des hub27: Wir freuen uns, Ihnen unser „Innovation Village“ präsentieren zu können. Im hinteren Teil des Ausstellungsforums finden Sie spannende und junge Unternehmen, die ihre innovativen Ideen präsentieren und Blicke freigeben auf ein modernes und zukunftsfähiges Gesundheitswesen. Lassen Sie sich von den Ideen und den Innovatoren begeistern. Ein Besuch lohnt sich definitiv!

Genießen Sie darüber hinaus die Flächen, die wir für Sie zum Verweilen, Austauschen und zum Kraftschöpfen geschaffen haben. Damit haben wir nicht zuletzt auch dem Wunsch der Teilnehmerinnen und Teilnehmer in den vergangenen Jahren Rechnung getragen.

Zudem möchten wir Sie einladen, ebenso die oberen beiden Stockwerke des hub27 zu erkunden: Hier gibt es viele wichtige Programmhilights und Side-Side Events, die allemal einen Besuch wert sind!

Wir wollen nicht versäumen, an dieser Stelle den vielen Akteuren der Programmkommissionen und ihren wissenschaftlichen Leitern, ebenso wie den Partnern, Sponsoren und Ausstellern herzlich für ihre Arbeit zu danken. Ohne sie wäre dieses stimmige und facettenreiche Programm des HSK 2024 nicht zustande gekommen.

Ihnen als Leserinnen und Lesern des HSK TREND wünschen wir viel Freude und Inspiration und insgesamt eine gute Einstimmung auf den Hauptstadtkongress 2024!

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

Guido Pscholkowski
Kongressleiter
guido.pscholkowski@wiso-consulting.de



| | |
|--|----|
| Editorial | 02 |
| Sponsoren und Partner | 04 |
| Vorwort Prof. Dr. Karl Max Einhäupl | 06 |
| Dr. Matthias Bracht Den Umbruch aktiv gestalten | 08 |
| Wolfgang van den Bergh Man müsste sich zusammensetzen | 10 |
| Vera Lux Personalbemessung in der Pflege: Es tut sich was! | 12 |
| Prof. Dr. Dr. h.c. mult. Jens Scholz Auf das Zusammenspiel kommt es an | 14 |
| Dr. Iris Hauth New Work – ein Lösungsweg in der Medizin? | 16 |
| Innovation Village 2024 | 20 |
| Das System droht, dysfunktional zu werden | 22 |
| Gesundheitsausgaben sind pro Kopf gestiegen | 26 |
| So will Lauterbach den Krankenhaussektor umbauen | 28 |
| Seltene Erkrankungen bei Klinikreform nicht berücksichtigt | 30 |
| Rechtswidrige Subventionen? | 32 |
| Vorhaltepauschale nur mit Samstagssprechstunde? | 36 |
| Verordnung zur Bemessung stationären Pflegepersonals | 38 |
| Zusammenbruch der hausärztlichen Versorgung | 40 |
| Konstante Pflegebeiträge durch Steuern belasten Haushalt | 42 |
| Primärversorgungszentren: Politische Kehrtwende | 44 |
| KI – auch in der Versorgung | 46 |
| IT-Standards? | 50 |
| Apotheker wollen keine Telepharmazie | 52 |
| Zahlen, Daten, Fakten – Hauptstadtkongress 2024 | 56 |
| Impressum | 59 |

SPONSOREN UND PARTNER

HAUPTSPONSOREN



PARTNER

Ansell Healthcare Europe NV | Bosch Healthcare Solutions GmbH | bpa – Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste e.V. | Bundesverband Pflegemanagement e.V. | Bundesvertretung der Medizinstudierenden in Deutschland e.V. (bvmd) | DAK-Gesundheit & HanseMercur Versicherungsgruppe | Deutsch-Chinesische Gesellschaft für Medizin (DCGM) e.V. | Deutsch-Chinesische Gesellschaft für Pflege (DCGP) e.V. | Georg Thieme Verlag KG | ID Information und Dokumentation im Gesundheitswesen GmbH & Co. KGaA | InterSystems GmbH | Intuitive Surgical Deutschland GmbH | KPMG AG Wirtschaftsprüfungsgesellschaft | Paul Hartmann AG | PVS Holding GmbH | Takeda Pharma Vertrieb GmbH & Co. KG | Verband der Ersatzkassen (vdek) e.V. | WMC HEALTHCARE GmbH

VIP-PARTNER



MEDIENPARTNER



We pioneer breakthroughs in healthcare.

For everyone. Everywhere. Sustainably.

siemens-healthineers.de/hsk

Siemens Healthineers auf dem Hauptstadtkongress 2024

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.

Unsere Expert*innen nehmen an vier Diskussionsrunden teil und freuen sich einen Impulsbeitrag zu folgenden Themen zu geben:

➔ **Besuchen Sie uns auf unserem Messestand Nr. 63.**
Wir freuen uns auf Sie!

Mittwoch, 26. Juni 2024, 14:00–15:30 Uhr | Beta 8

Innovationen in Therapie und Diagnostik: Telematik, Robotik, Chat-GPT und Co.

Stefan Kätzmeier, Leitung Diagnostic Imaging, Central Western Europe bei Siemens Healthineers

Mittwoch, 26. Juni 2024, 16:30–18:00 Uhr | Alpha 5

Innovative digitale Systeme optimieren Prozesse: Erfolgsmodelle aus der Praxis

Andreas Lange, CTO, Klinik IT eG

Freitag, 28. Juni 2024, 09:00–10:30 Uhr | Alpha 3

Nachhaltigkeit und Spitzenmedizin – (K)ein Widerspruch!? – Investition in die Zukunft

Cornelia Baltes, Leitung Marketing, Sales & Communications und Leitung Key Account Management, Central Western Europe bei Siemens Healthineers

Freitag, 28. Juni 2024, 11:00–12:30 Uhr | Alpha 5

Roboter und KI gegen Personalmangel – Vision oder Realität?

Peter Aulbach, Leitung Innovation Center Erlangen bei Siemens Healthineers

ICH ERINNERE MICH NICHT an eine Zeit, in der Fragen des Gesundheitssystems so intensiv und so kontrovers diskutiert wurden wie heute. Es scheint, als hätten wir die GRENZEN DER FINANZIERBARKEIT ÜBERSCHRITTEN, und dies ist erst der Anfang. Die steigende Zahl insolventer Krankenhäuser, die Defizite der Krankenkassen und der schier aussichtslose Kampf um öffentliche Gelder aller Gesellschaftsbereiche lassen eine LÖSUNG DURCH MEHR

Das Ziel einer strikteren Aufgabenteilung und damit einhergehenden Spezialisierung gilt aber nicht nur institutionell, sondern auch für die medizinischen Tätigkeiten aller Berufsgruppen. Um dabei die Patienten nicht zu „verlieren“, bedarf es einer Stärkung der Rolle des Hausarztes, der die Patienten leitet und führt und bei dem Informationen zusammenlaufen. Dies muss sich in der Ausbildung, den Strukturen der Niederlassung und der Bezahlung

Fortschritt versagen, die nicht das Zweibis Dreifache investieren können. Wenn es heute noch im Wesentlichen um Abrechnungssysteme, um Patientenverwaltung oder um Ablauforganisation geht, werden zukünftig die MEDIZINISCHEN ANWENDUNGEN von künstlicher Intelligenz das Feld dominieren, und es wird einen weiten Bereich geben, in dem Fachkräftemangel der limitierende Faktor wird. Schon heute haben es die Krankenhäuser schwer, im

W O R W O R T

GELD eher unwahrscheinlich erscheinen. Die Abkehr von einem solidarisch finanzierten Gesundheitssystem wird deshalb nur durch – mitunter dramatische – strukturelle Eingriffe abzuwenden sein.

Niemand zweifelt, auch angesichts der OECD-Vergleichszahlen, an der Notwendigkeit einer REFORM DES KRANKENHAUS-SYSTEMS. Gleiches gilt für den Druck hin zu einer AMBULANTISIERUNG der Gesundheitsleistungen. Ein klares Ziel, gäbe es hier nicht weitere bisher ungelöste strukturelle Hindernisse. Es sind

die FÖDERAL GEPRÄGTEN POLITISCHEN ENTSCHEIDUNGSBEFUGNISSE,

die mitunter gravierenden Unterschiede zwischen METROPOLER UND EHER LÄNDLICHER VERSORGUNG und

die durchaus nachvollziehbaren PARTIKULARINTERESSEN aller Beteiligten,

die eine homogene landesweite Strukturentwicklung behindern.

Zwar ist die Notwendigkeit einer Reduzierung von Krankenhäusern Konsens, aber die konkrete Ausgestaltung der neuen Strukturen noch weitgehend unscharf. Da anstehende Reformen zwingend sind, stellt sich die Frage nach Übergangslösungen, um in gefährdeten Regionen einen Kollaps zu vermeiden, und gleichzeitig dürfen diese Übergangslösungen nicht zur Dauerlösung werden, die schließlich die Reform unterlaufen.

niederschlagen. Darüber hinaus muss es eine Stärkung der nicht ärztlichen medizinischen Berufe, gegebenenfalls neue Berufe, geben, um den wachsenden Bedarf medizinischer Betreuung zu gewährleisten.

Auch erleben wir eine ZEIT UNGEAHTER DURCHBRÜCHE biomedizinischer und technischer Innovationen. Das Versprechen PERSONALISIERTER MEDIZIN erfährt durch eine auf einen einzelnen Patienten zugeschnittene hochkomplexe Therapie seine Einlösung. CAR-T-Zell-Therapie, mRNA-Impfung oder Gentherapien seien nur einige Beispiele, ebenso wie die noch in den Kinderschuhen steckende Entwicklung von Organoiden. Diesen Innovationen ist gemeinsam, dass sie außergewöhnlich kostenintensiv sind und zukünftig auch bleiben werden.

KÜNSTLICHE INTELLIGENZ wird unsere Medizin in ähnlicher Weise verändern wie die Dampfmaschine die Industrialisierung. ChatGPT hat die rasante Entwicklung der Möglichkeiten künstlicher Intelligenz für jeden erfahrbar gemacht. Ihr Potenzial in der Medizin wird maßgeblich vom Zugang zu Daten abhängen. Dies erfordert ein stetiges Ringen, um die Balance zwischen Bereitstellung von Daten und Datenschutz zu gewährleisten, und ebenso einen neuen Typus medizinischen Personals, der darauf vorbereitet ist, dieses Potenzial verantwortungsvoll zu nutzen. Aber anders als von vielen vorausgesagt, wird künstliche Intelligenz nicht Geld sparen, sondern Geld kosten. Die Quote von 2 % vom Umsatz für IT im Krankenhaus, wie sie an vielen Einrichtungen noch üblich ist, wird jenen den

Wettbewerb um Informatiker und Informatikerinnen gegen die Industrie oder freie Wirtschaft erfolgreich zu sein.

Dies sind nur wenige Beispiele für Herausforderungen im Gesundheitswesen, auf die wir Antworten finden müssen, UM UNSERE SPITZENPOSITION im weltweiten Vergleich nicht zu verlieren. Der Hauptstadtkongress ist das Forum, in dessen Rahmen Managerinnen und Manager aller Altersgruppen mit Politik und Akteuren der Gesundheitswirtschaft um Lösungen ringen. Wir haben keine Zeit zu verlieren.

GESTALTEN SIE MIT, UND SEIEN SIE HERZLICH WILLKOMMEN!

„ KÜNSTLICHE INTELLIGENZ WIRD UNSERE MEDIZIN IN ÄHNLICHER WEISE VERÄNDERN WIE DIE DAMPFMASCHINE DIE INDUSTRIALISIERUNG. “

PROF. DR. KARL MAX EINHÄUPL
Kongresspräsident Hauptstadtkongress

DEN UMBRUCH AKTIV GESTALTEN



DR. MATTHIAS BRACHT

Wissenschaftlicher Leiter
Gesundheitsmanagementkongress

WIR ALLE NEHMEN SEIT JAHREN DEN ZUNEHMENDEN VERÄNDERUNGSDRUCK IM DEUTSCHEN GESUNDHEITS- SYSTEM WAHR.

Da sind die sich wandelnden Erwartungshaltungen und Bedürfnisse unserer Patientinnen und Patienten – sie sind scheinbar informierter und anspruchsvoller geworden. Gleichzeitig wird der seit Jahrzehnten beschworene demografische Wandel immer spürbarer. Während die Menschen, die medizinische Hilfe in Anspruch nehmen müssen, immer älter und damit auch multimorbider werden, nimmt die Zahl derjenigen gerade massiv ab, die für die Versorgung auf der Expertenseite zur Verfügung stehen. Ansätze, diesem Mangel an Köpfen durch höhere Produktivität und Arbeitsleistung der Beschäftigten zu begegnen, stehen veränderte Lebensentwürfe der nachwachsenden Generationen gegenüber. Weiterhin reduziert der deutliche Rückgang der stationären Fallzahlen durch die fort-

schreitende Ambulantisierung, die durch den medizinischen Fortschritt und neue Behandlungsmethoden erst jetzt richtig an Fahrt aufnehmen wird, die Auslastung der Kliniken und verschärft damit die äußerst angespannte finanzielle Situation und die wirtschaftliche Unsicherheit im stationären Sektor. Wir brauchen also dringende Veränderungen und eine Neuausrichtung des Systems. Ganz sicher keine neue Erkenntnis, aber aktueller denn je: Erhalt des Status quo ist keine aussichtsreiche Perspektive, weder für Patienten noch für die Leistungserbringer.

Angesichts der vielen Versuche der vergangenen Jahrzehnte, durch Reformen und Reformen der Reformen die Rahmenbedingungen zeitgemäß und bedarfsgerecht zu entwickeln, und angesichts des häufigen Scheiterns und Zerreibens dieser Reformen im Gesetzgebungsprozess zwischen Bund, Land und der Selbstverwaltung, könnte mancher von uns so etwas wie Resignation empfinden und sich nur auf den Ruf nach mehr Geld zur Refinanzierung der nicht mehr bedarfsgerechten und personell nicht mehr besetzbaren Strukturen reduzieren lassen.

GROSSE CHANCE, TRANS- FORMATIONSPROZESS AKTIV MITZUGESTALTEN

Dabei hat sich aus meiner Sicht durch das Zusammenkommen der vielen Einflussfaktoren eine Gelegenheit entwickelt, die man vielleicht einmal historisch nennen wird. Man begegnet kaum noch jemandem, der ernsthaft den Handlungsdruck verneinen würde. Die Gesellschaft hat eine gewisse Reife entwickelt, auch bis vor wenigen Jahren als unzumutbar empfundene Veränderungen mitzumachen oder zumindest zu tolerieren. Dazu kommen die sehr eindeutigen Signale von der Bundesebene: Es gibt keine Bereitschaft und auch keine erkennbaren Spielräume, mehr Geld in das bestehende System zu geben. Mit dem aktuellen Bundesgesundheitsminister ist jemand angetreten, der konsequent die Ziele einer bedarfs- und qualitätsorientierten, konzentrierten Angebotsstruktur verfolgt.

Aus meiner Sicht ergibt sich daraus eine riesige Chance für uns, sich aktiv und gestaltend in den laufenden Veränderungsprozess mit einzubringen, eigene Vorstellungen und kreative Ansätze mit in den Diskurs zu bringen. Ich bin der festen Überzeugung, wir, die Akteure in der Gesundheitswirtschaft, müssen ins Handeln kommen, müssen Vorschläge machen und mit konkreten Umsetzungen beweisen, wie Versorgung besser und bedarfsgerechter werden kann. Dazu gehört es, Leistungen und Vorhaltungen zu konzentrieren, Netzwerke zu etablieren und mit Leben zu füllen und damit Überversorgung abzubauen. Wir können so Qualifizierungsmög-

lichkeiten schaffen, die es für Nachwuchskräfte hoch attraktiv machen, sich hierhin zu orientieren und die sich bietenden Karriere- und Entwicklungsmöglichkeiten voll auszukosten. Größere, vernetzte und konzentrierte Einheiten bieten bessere Möglichkeiten, Dienstplanung ausfallsicherer zu machen oder auch Dienstplanmodelle zu entwickeln, die den aktuellen Ansprüchen auch genügen können.

WER DEN VERÄNDERUNGSPRO- ZESS AKTIV GESTALTET, KANN MIT DAFÜR SORGEN, DASS HOCH ATTRAKTIVE MODERNE ARBEITS- PLÄTZE ENTSTEHEN –

Arbeitsplätze in zeitgemäßer Infrastruktur, in denen es möglich ist, die sich rasant entwickelnde Digitalisierung mit allen Möglichkeiten intelligenter Systeme in den Behandlungsprozess einzubauen und für die Unterstützung und Qualitätsverbesserung zu nutzen. Verbindet man diesen Ansatz mit telemedizinischen Angeboten, so ergeben sich ganz neue Möglichkeiten, um bedarfsgerechte Versorgungsformen – auch in der Fläche – zu entwickeln. Wir werden unter dem zunehmenden Fachkräftemangel die Versorgung der Bevölkerung in Zukunft nur ausreichend sicherstellen können, wenn wir die Vorhaltung der Versorgungsstrukturen strikt am Versorgungsbedarf ausrichten und alle technischen und digitalen Innovationen konsequent nutzen. Dafür müssen wir durchgreifende Veränderungen vornehmen und alte Regelwerke, Grundsätze und auch Versprechungen über Bord werfen: Die ganze Breite und Tiefe der medizinisch möglichen Versorgung für jeden vor der Haustür anzubieten, ist schlichtweg nicht möglich und auch nicht sinnvoll. Was aber möglich sein muss – und möglich sein wird – ist, den Zugang für alle zur optimalen Versorgung zu organisieren. Das bedeutet auch erweiterte Rettungsmittel im Notfall (auch per Hubschrauber), längere Anfahrtszeiten für planbare Behandlungen und die Umstellung auf rein digitale Lösungen in der Peripherie. Gerade Letzteres benötigt aber auch eine Anpassung der formalen Regelwerke. Ohne Anpassung des Strahlenschutzes keine Remotesteuerung für CT-Untersuchungen. Ohne Anpassung der Strukturanforderungen keine digitale intensivmedizinische Behandlungssteuerung durch Zentren. Ohne pragmatische Anpassung und Differenzierung der ärztlichen Weiterbildungsverordnung an neue Strukturen und digitale Möglichkeiten keine attraktiven Weiterbildungsmöglichkeiten. Und nicht zu vergessen: Ohne schnellen und konsequenten Ausbau von ambulanten – auch nicht ärztlichen – Versorgungsstrukturen in der Fläche wird die Verlagerung von Leistungen aus dem stationären Bereich nicht gelingen können.

DER UMBAU DER VERSORGUNGS- LANDSCHAFT ERFORDERT KREATIVITÄT, MUTIGES HANDELN UND KONSEQUENTE VERNETZUNG

der Akteure – auch über Träger- und Sektorengrenzen hinweg. Krankenhausreformen alleine sichern keine Versorgung. Stattdessen erfordern unsichere Zeiten immer neue Lösungen und Kooperationen. Deshalb sollten wir uns beim diesjährigen Hauptstadtkongress in Berlin mit konkreten Vorschlägen und konkretem Handeln als glaubwürdige Partnerinnen und Partner der politischen Entscheidungsträger präsentieren. Der Beitrag der Akteure in der Gesundheitswirtschaft mit ihrer Expertise, Kreativität, Fantasie und ihrem umsetzungsorientierten Handeln wird dringender gebraucht denn je.

**ICH BIN
DER FESTEN
ÜBER-
ZEUGUNG,
WIR, DIE
AKTEURE
IN DER
GESUND-
HEITS-
WIRTSCHAFT,
MÜSSEN INS
HANDELN
KOMMEN.**



DIE
AUFGABEN-
LISTE WIRD
IMMER
LÄNGER.

MAN MÜSSTE SICH

ZUSAMMEN SETZEN

„MEIN TRAUM WÄRE EINE GEMEINSAME REFORM ALLER BETEILIGTEN OHNE STREITIGKEITEN. MAN MÜSSTE SICH ZUSAMMENSETZEN UND SICH FRAGEN: WAS MACHEN WIR AM BESTEN – IN EINEM SCHWIERIGEN FÖDERALEN SYSTEM –, UM DIE VERSORGUNG AUCH IN ZUKUNFT SICHERZUSTELLEN.“

Die Gesundheitspolitik der vergangenen Jahrzehnte hat gezeigt, dass solche Träume leider oft an den Beharrungskraften im System scheitern, spätestens dann, wenn es konkret wird. Selbst ein „großer“ Kompromiss, wie der, der zwischen Horst Seehofer (CSU), Rudolf Dreßler (SPD) und Dieter Thomae (FDP) vor dem Gesundheitsstrukturgesetz 1992 in Lahnstein geschmiedet worden war, verpuffte auch wegen der zaghaften Versuche, Versorgung neu zu organisieren. Große Strukturreformen helfen hingegen, den Menschen wieder Vertrauen in eine sichergestellte Versorgung zu geben. Das obige Zitat stammt von Professor Michael Hallek aus einem Interview in der Ärzte Zeitung nach Vorstellung des aktuel-

len Gutachtens des Sachverständigenrates Gesundheit und Pflege. Hallek, seit Februar 2023 Chef der Gesundheitsweisen, kennt als Direktor des Centrums für Integrierte Onkologie CIO Aachen Bonn Köln Düsseldorf (seit 2007) die gesundheitspolitischen Baustellen nur zu gut: fehlende Vernetzung zwischen den Kliniken, unüberwindbare Mauern zwischen ambulanten und stationären Einrichtungen und überforderte Erstattungssysteme in einem hoch innovativen Indikationsbereich. Das alles in einen strukturierten Reformprozess zu bringen, dazu braucht es mehr als den oben erwähnten Schulterschluss aller Beteiligten. Hallek sowie seine Kolleginnen und Kollegen beleuchten in ihrem Gutachten das Thema Fachkräfte im Gesundheitswesen – eine zunehmend kostbare und wertvolle Ressource. Der Bedarf steigt, das Angebot ist knapp. Doch wer definiert Bedarfe im deutschen Gesundheitswesen, das sich selbst oft wegen seiner evidenzbasierten Entscheidungen lobt? Voraussetzung für seriöse Planungen sind

valide Zahlen. Und diese weisen hier erhebliche Lücken auf. Trotzdem formulieren die Sachverständigen die steile These, es gebe genug Fachkräfte, sie müssten nur an der richtigen Stelle eingesetzt werden. Die eher verhaltene Aufregung darüber war recht schnell verflogen. Schade eigentlich, denn die Bundesagentur für Arbeit stuft trotz steigender Zahlen Ärzte, medizinische Fachangestellte und Pflegekräfte als „Engpassberufe“ ein. Darüber zu streiten, ob ausreichend auch genug ist, lässt sich oft schwer am grünen Tisch entscheiden. Diejenigen, die ihren Job in der Klinik, in der Praxis oder im Pflegeheim machen, berichten über eklatante Unwuchten. Zum Beispiel, wenn es um die medizinische und pflegerische Versorgung von Kindern in Kliniken geht, die eben keine kleinen Erwachsenen sind. Hier hat der Erkenntnisgewinn der Politik Jahre gebraucht, bis klar war, dass das klassische Fallpauschalenkonzept als Passepartout hier nicht taugt. Wobei wir mittendrin bei den großen Re-

formbaustellen sind. Die Staus werden immer länger, obwohl die Zeit drängt. Beispiel Klinikreform: Am Nikolaustag 2022 (!) noch als große Revolution angekündigt, gab es erst Mitte Mai 2024 den Segen des Bundeskabinetts. Vermutlich in letzter Minute. Denn alles, was in diesen Wochen nicht durchs Kabinett geht, wird es schwer haben, noch in dieser Legislaturperiode beschlossen und umgesetzt zu werden. Bevorstehende Wahlen sorgen in der Regel dafür, politisches Handeln an Parteiideologien auszurichten. Für Kompromisse (siehe Hallek-Zitat) oder gar „Revolutionen“ bleibt da wenig Spielraum. Zurück zur Klinikreform. Es geht um nichts Geringeres als um eine neue Form der Finanzierung und um die Bildung von Leistungsgruppen zur Verbesserung der Versorgungsqualität. Nicht alle 1.700 Kliniken sollen alles machen – es geht um Mindestmengen und Personalbemessung. Die Länder sehen darin einen Eingriff in ihre Planungshoheit – einige prüfen daher den Gang vors Bundesverfassungsgericht.

Um ambulante und stationäre Versorgung enger zu verzahnen, will das BMG Level-I/-Kliniken etablieren. Die Idee: In den neuen ambulant-stationären Versorgungseinrichtungen sollen internistische und chirurgische Abteilungen vorgehalten werden. Operationen von Frakturen oder Blinddarm gehören zum Standardrepertoire, die komplexe Darm-OP soll in einer darauf spezialisierten Klinik erfolgen. Sogar die Pflege wollte der Minister in diesen Häusern aufwerten. Ambulantisierung ist das große Thema – auch im Gesundheitsversorgungsstärkungsgesetz (GVSG), in dem zunächst die Blaupause für ein Primärarztssystem angedacht war. Mit einem festen Bonus sollten Patienten dazu motiviert werden, stets zuerst den Hausarzt aufzusuchen. Im Kabinettsentwurf ist vom Muss-Bonus für Patienten nicht mehr die Rede. Wird damit eine Chance vertan, die „tiefsitzenden strukturellen Probleme im Gesundheitswesen tatsächlich anzugehen“, wie es der Hausärzteverband beklagt? Auch der Sachverständigenrat hatte ein Einschreibesystem vorgeschlagen, wengleich er ein striktes Primärarztssystem ablehnt. Erleichterungen erwarten Hausärzte, die chronisch kranke Patienten nicht jedes Quartal empfangen müssen. Hier sind Vorhalte- und Versorgungspauschalen vorgesehen. In Fachgesellschaften wird das mit Blick auf Zielwertkontrollen eher kritisch diskutiert.

Schließlich sollen die Budgets bei Hausärzten fallen (Lahnstein lässt grüßen ...). Nur bei den Hausärzten?, fragt der Spitzenverband der Fachärztinnen und Fachärzte (SpiFa) und fordert dazu auf, die Organfächer nicht zu vernachlässigen. Zusätzlich Öl ins Feuer gegossen hatte die Regierungskommission für eine moderne und bedarfsgerechte Versorgung mit der Diskussion über die Abschaffung der „doppelten Facharztschiene“. Der SpiFa sagt: Nein! Ergo: Die Aufgabenliste wird immer länger und reicht von der nachhaltigen Sicherung der Finanzen bei den Kassen, die davor warnen, wenn „munter weitere Lasten auf die Kassen“ verlagert werden (Ulrike Elsner in der ÄZ), bis hin zur strategischen Neuausrichtung der medizinischen Forschung im Medizinforschungsgesetz. Widerstand regt sich auch hier, weniger von den Betroffenen als vielmehr von den Ländern, die sich u.a. gegen eine Bundesethik-Kommission wenden. Etwa aus Rücksicht auf die Landes-Ethikkommissionen? Wer nicht den Kopf in den Sand stecken will, sondern sich am politischen Meinungsbildungsprozess beteiligen möchte, kann die Expertinnen und Experten live und aus nächster Nähe erleben, wenn der HSK an drei Tagen im Juni zum Brennpunkt gesundheitspolitischer Diskussionen wird. Getreu dem Hallek-Wunsch: „Man müsste sich zusammensetzen und sich fragen: Was machen wir am besten (...), um die Versorgung auch in Zukunft sicherzustellen?“ Sie sind herzlich eingeladen!

IM JULI 2023 ist das Personalbemessungsinstrument (PeBeM) für die Langzeitpflege in Kraft getreten. Damit ist der Weg frei für eine kompetenzbasierte Aufgabenzuordnung anstatt der bisherigen Fachkraftquote. Die Zuweisung des jeweiligen Qualifikationsniveaus (QN) hängt zukünftig von der Komplexität der Anforderung und der mit der Aufgabenwahrnehmung verbundenen Verantwortung zusammen. Ziele des PeBeM sind eine verbesserte personelle Ausstattung, um der Berufsfucht entgegenzuwirken, Personal in den Beruf zurückzuholen und neues dafür zu gewinnen, zudem eine bundesweit einheitliche Struktur der Personalbemessung und ein Bemessungssystem, das ohne zusätzlichen administrativen Aufwand auskommt.

Ein Jahr später soll nun auch in der Akutpflege ein entsprechendes Personalbemessungsinstrument, die Pflegepersonalregelung (PPR) 2.0, in Kraft treten. Im Vorfeld gab es kontroverse Diskussionen und viele Bedenken gegen die PPR 2.0, deren Einführung am Ende sogar noch zu scheitern drohte. Dabei war die Einführung eines Pflegepersonalbemessungsinstruments in der Pflege im Krankenhaus eine wesentliche Maßnahme aus der Konzentrierten Aktion Pflege (KAP), die 2018 ins Leben gerufen wurde, um die Arbeitsbedingungen in der beruflichen Pflege deutlich zu verbessern. Seitdem kämpfen die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG), der Deutsche Pflegerat (DPR) und die Gewerkschaft ver.di für ein Personalbemessungsinstrument, um die Arbeitsbedingungen der Pflege im Krankenhaus zu verbessern. Dies sei unter anderem ein wichtiges Signal für die Pflegekräfte selbst und für den Nachwuchs in der Pflege.

NEUE GRUNDSÄTZE DER PERSONALBEMESSUNG: EIN „MEILENSTEIN“?

Letztlich hat der Bundesrat in seiner Sitzung am 26.04.2024 der Verordnung über die Grundsätze der Personalbemessung in der stationären Krankenpflege (Pflegepersonalbemessungsverordnung – PPBV) zum 01.07.2024, mit einigen Maßgabeänderungen, zugestimmt. Die Pflegeverbände begrüßen diese Entscheidung, denn die Forderungen nach einem Pflegepersonalbemessungssystem gibt es schon sehr lange. Nun sei ein wichtiges Etappenziel, ein „historischer Meilenstein“, erreicht, kommentierte der Deutsche Pflegerat.

Ein weiterer Meilenstein ist die Umsetzung – hierbei sind Kliniken und das Pflegemanagement in vielfältiger Weise gefordert. Zum einen ist das Zeitfenster bis zur Einführung am 01.07.2024 kurz, zum anderen müssen die technischen und personellen Voraussetzungen geschaffen werden.



VERA LUX
Wissenschaftliche Leiterin Pflegemanagementkongress

„DER PFLEGEBEDARF MUSS ALSO ADÄQUAT ERMITTELT UND DOKUMENTIERT WERDEN.“

Für den, der sich bis dato noch nicht auf den Weg gemacht hat, wird es eng.

Was ist zu tun? Die PPR 2.0 ist eine Weiterentwicklung der PPR 1.0. Alle Pflegekräfte müssen darin geschult werden, um entweder das System neu kennenzulernen bzw. die Anpassungen von der PPR 1.0 auf die PPR 2.0 zu kennen und zu verstehen. Denn nur dann, wenn Pflegefachkräfte die Systematik verstanden haben, können sie eine entsprechende Pflegeplanung und Pflegedokumentation vornehmen. Da sich der Pflegepersonalbedarf (Personalschlüssel) zukünftig am Pflegebedarf der Patienten

orientiert, ist der Pflegebedarf realistisch zu erfassen. Dazu sind eine sach- und bedarfsgerechte Pflegeplanung und eine Leistungsdokumentation durchzuführen. Erfolgt eine ungenaue oder unzureichende Dokumentation des Pflegebedarfs und der Leistungen, bildet sich dies unmittelbar negativ bei der Pflegepersonalbemessung ab. Der Pflegebedarf muss also adäquat ermittelt und dokumentiert werden, soll der quantitative Personalschlüssel entsprechend dem Pflegebedarf berechnet sein. Nur dann lassen sich die Arbeitsbedingungen und der Arbeitsalltag in der Pflege verbessern.

PERSONALBEMESSUNG IN DER PFLEGE: ES TUT SICH WAS!

Kliniken, die bereits eine digitale Patientenakte und Pflegedokumentation implementiert haben, sind klar im Vorteil. Denn hier können die Informationen unmittelbar aus der elektronischen Pflegedokumentation herausgeleitet werden. Es ist keine zusätzliche parallele Dokumentation erforderlich. Voraussetzung hierfür ist, dass die Softwareanbieter die entsprechenden Anpassungen zeitnah vornehmen. Dies tun sie aber erst dann, wenn Klarheit über die Inhalte besteht und die Verordnung vom Bundesgesundheitsministerium (BMG) auf dem Tisch liegt. Für Kliniken, die bisher noch auf Papier dokumentieren, kann die Einführung der PPR 2.0 gemäß PPBV ein Anlass sein, auch bei der Pflege digital aufzurüsten und lange überfällige Investitionen in eine digitale Pflege- und Leistungsdokumentation zu tätigen. In einem Ordnungsverfahren sollen

Regelungen zum Personalaufbau mit dem Ziel festgelegt werden, die Soll-Besetzung zu erfüllen. Die Ist-Besetzung wird im Rahmen einer Konvergenzphase sukzessive an die Soll-Besetzung angepasst. Inwieweit es zu Sanktionen bei Nichterfüllen der Vorgaben kommt, wird in den noch folgenden Verordnungen seitens des BMG geregelt. Es bleibt abzuwarten, welche Auswirkungen die PPBV für einzelne Kliniken haben wird, wenn sie die Soll-Besetzung trotz aller Bemühungen in der vorgegebenen Zeit nicht erreichen. Gibt es Ausnahmeregelungen und eine Sanktionsbefreiung, oder müssen diese Kliniken ihre Patientenzahlen an den Personalbestand anpassen? Dies würde zu einer Leistungseinschränkung und gegebenenfalls zu Versorgungsengpässen führen.

Die Gewinnung von ausreichend qualifizierten Pflegefachkräften ist und bleibt die größte Herausforderung in den Kliniken. Der Bundesrat hat darauf hingewiesen, dass neben der PPBV schnellstmöglich weitere Maßnahmen notwendig sind wie u.a. Bürokratieabbau und Steuererleichterungen für Pflegekräfte.

Ähnlich ist die Situation in der Langzeitpflege. Neben den Bundesempfehlungen

nach § 113c, Absatz 4 SGB XI hängt die Personalausstattung an den einzelnen Ländern, die bisher sehr unterschiedliche Regelungen haben. Eine länderübergreifende Annäherung wird erst mittel- bis langfristig über eine bundeseinheitliche Pflegeassistentenausbildung erreicht werden können. Hieran arbeitet das BMG derzeit. Dabei ist die Qualifizierung von Pflegehilfskräften auf dem Qualifikationsniveau QN 3 in hohem Umfang notwendig, da hier der größte Personalaufbau erfolgen muss. Darüber hinaus braucht es Personalentwicklungsmaßnahmen für einen veränderten Qualifikationsmix sowie eine Anpassung der Organisationsstrukturen. Auch wenn seitens der bundesgesetzlichen Vorgaben keine Frist gesetzt ist, bis wann der Prozess abgeschlossen sein muss, ist Abwarten die schlechteste Lösung. Alle Maßnahmen sind als klassisches Change und Transformationsmanagement zu verstehen und zeitintensiv. Das (Pflege-) Management ist gefordert, sich intensiv mit dem PeBeM zu befassen und auf den Weg zu machen, um die Voraussetzungen im Bereich der Personal- und Organisationsentwicklung zu schaffen. Beim Hauptstadtkongress werden wir uns mit vielen Experten, die mit der Umsetzung betraut sind, austauschen.

wird in den kommenden Jahren noch richtig Fahrt aufnehmen – der demografische Wandel und seine Folgen. Deshalb geht es in der Diskussion um die Krankenhausreform um Ressourcen und klarere Rollenzuweisungen.

DIE AUSGANGSLAGE IST KLAR: Kaum ein anderes Land steckt je Einwohner so viel

se und den Informationsaustausch zwischen den Leistungserbringern optimieren – und damit für mehr Versorgungskontinuität und -qualität sorgen.

Die Kooperationen von Universitätskliniken mit kleineren, in Zukunft sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtungen über Telemedizin sind dabei eine Win-Win-Be-

Konzentration der Versorgungsangebote fördert die Qualität. Gerade Netzwerkstrukturen werden dazu beitragen, eine flächen-deckende Versorgung auch in ländlichen Gebieten zu ermöglichen.

Universitätskliniken können mehr tun mit Wirkung für alle. Sie können in der Versorgung und Forschung wirken, sie sind zudem Innovationstreiber und wirtschaftlich in den

AUF DAS

ZUSAMMENSPIEL

KOMMT ES AN

Geld in Gesundheit wie Deutschland. Die Lebenserwartung liegt hierzulande aber unter jener in Frankreich, Italien, Spanien oder Portugal. Der Personalmangel ist in erster Linie ein Verteilungsproblem auf zu viele Einrichtungen und doppelte Strukturen. Ein „Weiter so“ in den bisherigen Strukturen wird nicht möglich sein. Auch das vermeintliche Rezept der 2010er Jahre, mit zusätzlichem Geld strukturelle Defizite zu kaschieren, trägt nicht mehr.

UNIVERSITÄTSKLINIKA: MEHRWERT FÜR ALLE. Mit dem KHVVG wird nun erstmals eine unmittelbare Verknüpfung zwischen Krankenhausplanung und Betriebskostenfinanzierung eingeführt. Kommt es zu den beabsichtigten Strukturanpassungen und einer wirklichen Leistungskonzentration, wird das auch zu einer bedarfs„gerechteren“ Finanzierung führen. Mit der vorgesehenen Koordinierungsrolle für Universitätsklinika wird ein wichtiger neuer Baustein zur Förderung regionaler Netzwerkstrukturen eingeführt. Mit der nun gesetzlich verankerten Rolle können zukünftig regionale Patientenpfade implementiert werden.

Die Universitätsklinika bringen ein umfassendes Versorgungsangebot und die notwendige Expertise für Bereiche wie Notfallversorgung, Kardiologie, Onkologie, Pädiatrie, Seltene Erkrankungen sowie Schlaganfall- und Traumaversorgung mit. Versorgungsregionen können von den Ländern zugewiesen werden, vergleichbar mit etablierten Einteilungen aus der Pandemie. Aufgrund der Komplexität der Krankheit und der Spezialisierung der Ärztinnen und Ärzte ist etwa für eine hochwertige Onkologie die effektive Koordination sehr wichtig. Durch Telemedizin ist es zudem möglich, Leistungen auch in ländlichen Regionen zu erbringen. Diese gemeinsam erarbeiteten Patientenpfade werden Versorgungsprozes-

ziehung. Ziel ist, das qualitativ hochwertige Gesundheitssystem mit hohem Durchdringungsgrad, also eine grundlegende Verfügbarkeit für alle Bürgerinnen und Bürger, zu sichern. Dieser Wandel vollzieht sich mit der Reform unter klaren Qualitätsaspekten, einer wirklichen Bedarfsplanung und Wirtschaftlichkeit. Regionale Kapazitäten werden so bestmöglich und entsprechend dem jeweiligen Versorgungsbedarf genutzt. Hierfür sind vermehrt auch Verlegungen zwischen den Versorgungsstufen nötig. UND: DER TRANSFORMATIONSFONDS ist ein 50 Mrd. Euro starkes Instrument. Im Mittelpunkt dieser Förderung müssen ein Abbau vorhandener Kapazitäten und eine trägerübergreifende Konzentration der Krankenhausstandorte sowie die Förderung der Vernetzung stehen. Eine so angelegte

Regionen sehr stark aufgestellt. Der Appell der Krise hat viele Entscheider tiefgehender als zuvor begreifen lassen, dass Universitätsklinika Einrichtungen besonderen Typs mit großem Mehrwert für alle sind, und das Potenzial für die Zukunft gezeigt. Nun wird mit dem KHVVG die koordinierende, steuernde Funktion gefördert, die bestmögliche Strukturen schaffen will.

DIE KRANKENHAUSLANDSCHAFT steht jetzt vor der Mammutaufgabe der grundsätzlichen Neuausrichtung der Versorgungsplanung. In der Weiterentwicklung des Gesundheitssystems spielt die Hochschulmedizin in verschiedener Hinsicht eine entscheidende Rolle: versorgend, forschend und ausbildend – in Zukunft auch koordinierend.

KRISEN

SIND TRANSFORMATIONSBESCHLEUNIGER. Seit der Coronapandemie hat sich die Notwendigkeit einer umfassenden Krankenhausstrukturreform herauskristallisiert. Der Koalitionsvertrag von SPD, Grünen und FDP hat dem Rechnung getragen. Nach langen öffentlichen Debatten und zahlreichen Diskussionen zwischen Bundesgesundheitsministerium, Bundesländern und Regierungsfractionen liegt nun mit dem Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz (KHVVG) ein Gesetzentwurf vor, der den hohen Erwartungen an die Reform gerecht zu werden versucht. Neue zukunfts-feste Strukturen zu schaffen und hierfür Aufgabenverteilung zwischen den Akteuren neu auszuloten, spielt dabei eine entscheidende Rolle.

Vielfach war die Diskussion um die zukünftige Krankenhauslandschaft Deutschlands nicht geprägt von konkurrierenden Konzepten, sondern war zu einem Ringen um Medienpräsenz und politisches Gehör

geworden. Seit dem Vorliegen des Entwurfs zum KHVVG konzentriert sich die Debatte zwangsläufig auf die Sachfragen und auf die gemeinsame Ausgestaltung – denn das Miteinander, die Abstimmung und das Zusammenspiel für die zukünftige Versorgung der Patientinnen und Patienten liegt allen Maßnahmen zugrunde. Alle Krankenhäuser in Deutschland, auch die Universitätsklinika, haben die letzten Jahre den Fachkräftemangel zu spüren bekommen, sind unter finanziellen Druck geraten und haben weniger Patientinnen und Patienten versorgt. In den kommenden Jahren wird deshalb, ebenso wie aufgrund des demografischen Wandels, die Veränderungsbereitschaft und Entscheidungsgeschwindigkeit ausschlaggebend sein, verbunden mit der Frage, welche Rolle die einzelnen Kliniken in Zukunft einnehmen. Damit wird entschieden, ob die Versorgung in den nächsten 10 bis 15 Jahren noch vollumfänglich und hoch qualitativ flächen-deckend erbracht werden kann.

DAS ZIEL DER KRANKENHAUSREFORM ist eindeutig: strukturelle Anpassungen, die zu Leistungskonzentrationen führen, die Qualität der Versorgung steigern und die Versorgung bedarfsgerecht sichern. Das bedeutet eine Schärfung der Versorgungsaufträge sowie einen umfassenden Aufbau von koordinierten Netzwerkstrukturen – und als Konsequenz auch Schließungen von nicht nachhaltig betreibbaren Krankenhausstandorten. Die Universitätsklinika Deutschlands haben den Reformprozess konstruktiv begleitet, weil sie mit ihrer besonderen Rolle großes Interesse an zukunfts-festen Strukturen und einer qualitativ hochwertigen Versorgung haben. Die Coronakrise hat die Systemrelevanz der Universitätsmedizin gezeigt und ist damit zu einem Appell für die Veränderung des Gesundheitssystems geworden. Wie selten zuvor ging es um die Frage von verfügbaren Kapazitäten und darum, diese optimal zu nutzen. Die nächste Herausforderung, die diese Frage mit sich bringt,

DIE CORONAKRISE HAT DIE SYSTEMRELEVANZ DER UNIVERSITÄTSMEDIZIN GEZEIGT UND IST DAMIT ZU EINEM APPELL FÜR DIE VERÄNDERUNG DES GESUNDHEITSSYSTEMS GEWORDEN.

Die demografische Entwicklung führt zu mehr Nachfrage nach Gesundheitsleistungen, gleichzeitig bedroht der schon heute bestehende Fachkräftemangel die medizinische Versorgung in Deutschland. Laut aktuellem Gutachten des Sachverständigenrats Gesundheit und Pflege gibt es im deutschen Gesundheitswesen im internationalen Vergleich relativ viele Beschäftigte pro Einwohner. Allerdings sei die Arbeitsbelastung hoch, da es eine deutlich höhere Anzahl von Patienten pro Einwohner gebe. Anhaltende Personalengpässe, permanenter Zeitdruck und unorganisierte Abläufe führten vermehrt zu Stress und hoher Belastung sowie vielen krankheitsbedingten Fehltagen. Das Gefühl der Überforderung und der Demotivation nehme zu, besonders beim Nachwuchs.

Neben zahlreichen Maßnahmen betont der Sachverständigenrat „die Reduktion der stationären Belegungstage durch verbesserte Koordination und Ambulantisierung“. Mehrfach rät der Sachverständigenrat zu interprofessionellen Versorgungsteams, deren Zusammenarbeit im Team zentral sei. Die Arbeitszufriedenheit muss jedoch nicht nur in neu zu etablierenden Strukturen, sondern auch in bestehenden Krankenhäusern und Praxen erhöht werden. Dies kann nur gelingen, wenn alle beteiligten Berufsgruppen – Ärztinnen und Ärzte, Pflegefachkräfte und medizinisch-technische Angestellte – in den Blick genommen werden.

Maßnahmen, die sich auf einzelne Berufsgruppen beziehen, wie die seit Jahren

diskutierte Delegation und Substitution ärztlicher Tätigkeiten auf Pflegefachkräfte, greifen zu kurz. Dies setzt genügend hochqualifizierte und akademisierte Pflegefachkräfte voraus, die wiederum Aufgaben an weitere Berufsgruppen delegieren.

MEHR SELBSTVERANTWORTUNG DURCH NEW WORK

Um die Arbeit im deutschen Gesundheitswesen wieder attraktiv zu machen, bietet es sich geradezu an, sich an den Erwartungen der jungen Generation zu orientieren. Diese möchte eine Tätigkeit wahrnehmen, die ihren Werten entspricht, und Sinnhaftigkeit im eigenen Arbeitsbereich erleben. Die Work-Life-Balance muss in der Organisation Berücksichtigung finden – ebenso wie die berufliche Weiterentwicklung und

persönliches Wachstum durch Fortbildung und Mentoring. Die junge Generation sucht nach Arbeitgebern, die eine wertschätzende Arbeitskultur fördern. Technologieaffin möchte sie innovative Technologien und Arbeitsmethoden nutzen.

Vor diesem Hintergrund sollten die Prinzipien von New Work im Gesundheitssystem ankommen, das bisher durch starre Hierarchien und ein Gefälle zwischen den ärztlichen und pflegenden sowie den weiteren Gesundheitsfachberufen geprägt war.

New Work, von Prof. Frithjof Bergmann in den USA entwickelt, umfasst für die Medizin mehrere Dimensionen. Das Modell fußt auf den Grundprinzipien: Erleben von Kompetenz, Bedeutsamkeit, Selbstbestim-

mung und Einfluss sowie der Überzeugung, die eigene Arbeit kontrollieren zu können. Prozessen nicht blind ausgeliefert zu sein und in einem angemessenen Rahmen mitentscheiden zu können.

Nach dem Prinzip der Selbstverantwortung steuern die multiprofessionellen Teams ihre Handlungsprozesse selbst. Die Überwindung der professionsbezogenen Hierarchie ist ein bedeutender Faktor – nicht nur für die Pflegekräfte. Teamarbeit ist einer der Gründe, warum ärztliche Nachwuchskräfte überhaupt in einer Klinik arbeiten möchten. New Work bedeutet: Multiprofessionelle Teams gestalten die Krankenversorgung als System- und Teamleistung und arbeiten synergistisch an einem gemeinsamen Patienten-Outcome. Die Teamleitung wird nicht automatisch mit Ärztinnen und Ärzten besetzt, sondern mit der Person, die je nach Fall am besten geeignet ist. Diese Form von Multiprofessionalität bedeutet auf emotionaler Ebene: Kooperation auf Augenhöhe, wechselseitigen Respekt für den jeweiligen Beitrag der Professionen zur erfolgreichen Behandlung der Patienten und auf fachlicher Ebene ein synergistisches Zusammenwirken. Damit verbundene Resilienz und Selbstfürsorge tragen zur aktiven Systemvorsorge bei.



DR. IRIS HAUTH
Wissenschaftliche Leiterin Ärzteforum

In einigen wenigen Kliniken ist dieser Ansatz bereits umgesetzt. Hier seien die Waldkliniken in Eisenberg und das Projekt „Meine Station“ im Klinikum Aschaffenburg beispielhaft erwähnt.

Dieser grundlegende Wandel in der Zusammenarbeit der verschiedenen Berufsgruppen im Gesundheitssystem könnte allen Beteiligten mehr Partizipation, Autonomie und Sinnstiftung durch die Arbeit bringen. Für langjährige Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter sowie vor allem für junge Menschen könnte die Arbeit im Gesundheitssystem wieder attraktiv werden. New Work kann also eine wichtige und wirksame Maßnahme gegen den Fachkräftemangel sein.

FACHKRÄFTEMANGEL:

NEW

WORK

EIN LÖSUNGSWEG IN DER MEDIZIN?

„TEAMARBEIT IST EINER DER GRÜNDE, WARUM ÄRZTLICHE NACHWUCHSKRÄFTE ÜBERHAUPT IN EINER KLINIK ARBEITEN MÖCHTEN.“

Digitale Einkaufs- und Prozessoptimierung im Krankenhaus

Nutzen Sie die Chancen einer starken Gemeinschaft.

Kommen Sie mit unseren Ansprechpartnern vor Ort ins Gespräch und informieren Sie sich über die vielseitigen Dienstleistungsbereiche der Prospitalia sowie der Vivecti Group.

Sie finden uns in folgenden Programmpunkten:

Gesundheitsmanagementkongress

26.06.2024, 14:00 – 15:30 Uhr
„Nachhaltigkeit: Schon alles gemanagt?
Noch ein Jahr bis zur Berichtspflicht“
mit Jens-Patrick Schulz, Leitung Senior
Consulting Prospitalia GmbH

Gesundheitsmanagementkongress

27.06.2024, 09:00 – 10:30 Uhr
„Einkauf und Beschaffung: Ist die Versorgung noch gesichert?“
mit Bünyamin Saatci, Geschäftsführer
Prospitalia GmbH

Hauptstadtforum Gesundheitspolitik

27.06.2024, 14:30 – 16:00 Uhr
„Arzneimittelversorgung im Fokus –
Deutschland wieder auf dem Weg zur
Apotheke der Welt?“
mit Thomas Schuler, Leitung Pharma und
Labor Prospitalia GmbH

Forum Spitzenmedizin

27.06.2024, 14:30 – 16:00 Uhr
„Fördert die Reform der Krankenhausfinanzierung die Spitzenmedizin?“
mit Dr. Benjamin Behar, CEO Vivecti Group



Gemeinsam mehr erreichen

INNOVATION VILLAGE 2024

IM INNOVATION VILLAGE PRÄSENTIEREN HEALTHCARE-START-UPS IHRE ZUKUNFTSWEISENDEN ENTWICKLUNGEN.

Technische Innovationen und die Digitalisierung im Gesundheitswesen sind von entscheidender Bedeutung, um auf die aktuellen und zukünftigen Herausforderungen zu reagieren. Innovationen bieten die Möglichkeit, die Effizienz zu steigern, Kosten zu senken, knappe Ressourcen zu sparen und die Patientenversorgung zu verbessern. Durch den Einsatz von Big Data und künstlicher Intelligenz können beispielsweise Diagnosen präziser und Behandlungen personalisierter gestaltet werden. Telemedizin ermöglicht es Patienten, unabhängig von ihrem Standort Zugang zu qualitativ hochwertiger medizinischer Versorgung zu erhalten. Zudem kann die Digitalisierung dazu beitragen, die administrative Last für das medizinische Personal zu verringern, sodass mehr Zeit für die direkte Patientenbetreuung bleibt. Beim Hauptstadtkongress 2024 wollen wir den Innovationen einen besonderen Platz bereitstellen, um sich zu präsentieren und einen weiteren Schritt in die Versorgung zu machen.

KOMMEN SIE INS INNOVATION VILLAGE UND ÜBERZEUGEN SIE SICH SELBST!

AM 27. JUNI 2024 ZWISCHEN 10.30-11.30 UHR

findet der HSK INNOVATION PITCH in der Arena des Hauptstadtkongresses statt. Die Gewinner des Pre-Pitches vom 29. Mai 2024 werden dort live pitchten. Seien Sie dabei!

IFOHRA

vereint Gesundheitswesen und Industrie, um innovative und humanzentrierte Effizienzlösungen im Gesundheitsmarkt umzusetzen. Als Spin-off des Medical Valley entwickelt IFOHRA langfristige 5G- und Digitalisierungsstrategien für klinische Prozesse in Zusammenarbeit mit Partnern wie der Ostbayerischen Technischen Hochschule Amberg-Weiden und MSE-Solution PointOut.

www.ifohra.de

JYMMIN

kombiniert Musik und Rehabilitation, um die körperliche Genesung mit einem musikgestützten neuronalen Feedback zu optimieren. Das Training mit Musikfeedback zeigt verbesserte motorische Fähigkeiten und muskuläre Koordination. Kliniken, die dieses Training einsetzen, profitieren von einer effektiveren Rehabilitation und höherer Patienten- und Mitarbeiterzufriedenheit!

www.jymmin.com

SQIOR

Seit April 2022 setzt sich Sqior für die Digitalisierung deutscher Krankenhäuser ein und verbessert täglich die Arbeitsabläufe der Nutzerinnen und Nutzer. Die auf Smartphones basierenden digitalen Assistenten erzielen bedeutende Effizienzsteigerungen im OP- und Belegungsmanagement, indem sie vorhandene Daten zusammenführen, kritische Prozesse automatisieren und transparent an Klinikern und Kliniker kommunizieren.

www.sqior.com

GET2GERMANY

ist eine Plattform, die ausländische Ärzte mit deutschen Kliniken, Praxen und anderen Dienstleistern verbindet. Sie automatisiert und personalisiert die Zusammenführung von relevanten Informationen, Stellenanzeigen und Kursangeboten, um Ärzten einen schnellen Überblick zu bieten und die notwendigen Prozesse zu objektivieren und zu vereinfachen.

www.get2germany.com

NEMLIA

ist eine Technologie, die von Pflegekräften für Pflegekräfte entwickelt wurde. Und sie ist so gestaltet, dass sie Pflegekräften via Smartphone oder Tablet schnell einen Überblick über die Bedürfnisse der zu Pflegenden geben kann. Herzstück der Technologie ist die Nemlia-APP, die alle sensorisch gesammelten Informationen zusammenführt und in Echtzeit überträgt. Sie lässt sich nahtlos in bestehende Arbeitsprozesse integrieren und gibt Pflegekräften die Entlastung sinnbildlich in die Hand – für eine individuelle, schnelle und adäquate Reaktion!

www.nemlia.de

AMMEVA

stellt Muttermilchpulver und Fortifier aus gespendeter Muttermilch her, speziell für Frühgeborene her, die oft nicht ausreichend von der eigenen Mutter mit Milch versorgt werden können. Gespendete Muttermilch wird deutschlandweit gesammelt und in einem speziellen Trocknungsprozess verarbeitet, um sie haltbar zu machen. Die Produkte werden an Kliniken mit Frühgeborenenstationen geliefert, um die Ernährung der Säuglinge zu unterstützen.

www.ammeva.de

DUDOXX

läutet mit fortschrittlicher KI-LLM-Technologie und Spracherkennung ein neues Zeitalter der Dokumentation ein. Gesprochene Worte werden mühelos in schriftliche Berichte überführt, analysiert und strukturiert. Wichtig: Dies ist keine Diktiersoftware, sondern eine KI-LLM- und Metadatenextraktionssoftware.

www.dudoxx.com

SOULFI

entwickelt eine internationale Onlineplattform zur sofortigen Stabilisierung von psychosomatischen Symptomen durch Videoinhalte. Alltägliche psychische Probleme können in wenigen Minuten bearbeitet werden, indem innovative Funktionen aus Mental Health, Telemonitoring und Motion Tracking über Wearable Devices, Smartphones und Smartwatches vereint werden.

www.soulfi.com

BIOPEAK

ist führend in der kontinuierlichen und nicht-invasiven Überwachung von Patienten mit eigenen Wearables. Mit nur einem Wearable werden 13 Vitalparameter parallel überwacht, basierend auf reflektierender PPG-Technologie. Diese Innovation ermöglicht eine kontinuierliche Datenerfassung, egal, ob stationär oder ambulant.

www.biopeak.de

FENJAX

revolutioniert den Krankenhausbetrieb mit einer fortschrittlichen Digitalisierungs- und Automatisierungsplattform, die Echtzeit-lokalisierung für Geräte und Material ermöglicht. Ziel ist es, Krankenhäuser effizienter, reaktionsschneller und patientenorientierter zu machen. Fenjax entsteht im Rahmen des EXIST-Forschungstransfers „dirK“ am Institut für Regelungstechnik der RWTH Aachen University.

www.fenjax.com

ROTABLE

Ärztliche Rotations- und Einsatzplanung auf Knopfdruck: Die cloudbasierte Software von Rotable automatisiert erstmals klinik-interne und -übergreifende Rotationen und Einsätze. Sie schafft Effizienzen, entlastet Oberärztinnen und Oberärzte und steigert die Qualität der klinik-internen Aus- und Weiterbildung. Auf der Suche nach einer Alternative zur aufwändigen ärztlichen Rotationsplanung in Excel? Rotable bietet die passende Lösung.

www.rotable.de

MYSCRIBE

bietet eine intuitive und ästhetische App für die effiziente Dokumentation im Gesundheitswesen. Sie vereint alle Patientinformationen an einem Ort und ermöglicht die Erstellung des ersten KI-generierten Arztbriefs Deutschlands. Die App fördert die Interoperabilität zwischen verschiedenen Programmen, was Krankenhäusern eine effizientere und zukunftsfähige Lösung bietet.

www.myscribe.de

SEIT GUT EINEM JAHR IST DER ONKOLOGE MICHAEL HALLEK VORSITZENDER DES SACHVERSTÄNDIGENRATS GESUNDHEIT UND PFLEGE. IM INTERVIEW SPRICHT ER ÜBER DEN VERÄNDERUNGSDRUCK IM GESUNDHEITSWESEN – UND WARUM DIE ZEIT KNAPP WIRD, PERSONAL BEI DER STANGE ZU HALTEN.

Von Bernhard Walker und Anno Fricke

Herr Professor Hallek, in seinem aktuellen Gutachten „Fachkräfte im Gesundheitswesen. Nachhaltiger Einsatz einer knappen Ressource“ erwähnt der Sachverständigenrat eingangs, dass die Datenbasis zur Personalsituation im Gesundheitswesen vergleichsweise schlecht sei. Das überrascht, weil wir im allgemeinen Diskurs eher meinen zu wissen, wie die Lage ist. Wie valide sind denn Ihre Ergebnisse? Sind die Daten doch so gut, dass man diese Ergebnisse so klar feststellen kann?
Man muss immer prüfen, wie Daten erhoben wurden, um beurteilen zu können, wie valide daraus gezogene Schlüsse sind. Deswegen gelten Schlussfolgerungen meist mit gewissen Einschränkungen. Es ist aber klar, dass es in bestimmten Regionen Schwierigkeiten gibt, den Bedarf an Personal im Gesundheitswesen zu decken. Das Gutachten beschreibt diesen Sachverhalt. Es gibt regional unterschiedliche Bedarfe und

handelten Fall in Deutschland niedrig. Bei diesem Vergleich liegen wir am unteren Ende der Fahnenstange. Anders ausgedrückt: Wir haben relativ viel Personal zur Verfügung, aber wir behandeln zumindest im stationären Bereich sehr viel mehr Fälle als andere Länder. Und dadurch haben wir im Ergebnis eine höhere Belastung des Personals.

Und wo fehlen die Daten genau?
Uns fehlen beispielsweise genaue Daten zu regionalen Bedarfen. Es fehlen deshalb belastbare Prognosen, wie sich die Lage tatsächlich entwickeln wird. Auch fehlen für bestimmte Berufsgruppen verlässliche Zahlen, allen voran zu den Medizinischen Fachangestellten. Hier bekommen wir Zahlen aus den Ärztekammern, aber die sind nicht vollständig. Ende der Fahnenstange. Anders ausgedrückt: Wir haben relativ viel Personal zur Verfügung, aber wir behandeln zumindest im stationären Bereich sehr viel mehr Fälle als andere Länder.

Versorgungsauftrag zu tun haben. Oft sind dies soziale Aufgaben, oder die der häuslichen Pflege. Und das ist ein ganz großes Problem. Diese Situation generiert viele Fälle, auch in den Universitätskliniken, wo die Notaufnahmen immer offen sind. Oft können wir die Patienten nicht entlassen, weil wir sie in eine Situation zurückbrächten, die für ihren Gesundheitszustand nicht förderlich wäre. Es gibt sehr häufig Engpässe, adäquate Versorgungseinrichtungen für sie zu finden. Diese Situation wird auch im Gutachten thematisiert.

Sie denken an Reha, Tagespflege ...
Ja, und auch an die hausärztliche Betreuung. Ich denke an die gesamte dezentrale oder periphere Versorgung, die man stützen oder neu denken muss, um die Patienten aus dem Krankenhaus fernzuhalten, wenn sie dort nicht unbedingt sein müssen. Krankenhäuser sind ja auch nicht unbedingt Sehnsuchtsorte für Patienten, im Gutachten thematisiert.

Haben Sie in dem Zusammenhang mit der Deutschen Krankenhausgesellschaft gesprochen? Die sagen ja, die Krankenhäuser müssten die Versorgung übernehmen, weil es sonst keine gäbe.

Wir haben mit Verantwortlichen aus Krankenhäusern und Vertretern der Ärzteschaft gesprochen, und zwar mit vielen. Und auch aus Gesprächen mit Politikern weiß ich, dass Krankenhäuser in manchen Regionen Deutschlands eine Art Basis-Versorgung übernehmen, wenn es dort keine sehr ausdifferenzierte kassenärztliche Versorgung gibt. Mit diesen Strukturen muss man vor Ort behutsam umgehen und langsam umsteuern. Wenn man also dort eine Notfallversorgung mit einer starken ambulanten Struktur aufbauen würde, bräuchte man nicht zwingend eine stationäre Rund-um-die-Uhr-Versorgung eines Krankenhauses. Die Krankenhausreform ist aber nicht Gegenstand unseres Gutachtens. Unsere Aufgabe war vor allem, Ideen einzubringen, wie man unser Gesundheitssystem in Zukunft klüger und Ressourcen-schonend gestalten kann, bei erhaltener oder besserer Qualität.

Sie haben im Gutachten den Einsatz von Intersektoralen Gesundheitszentren vorgeschlagen. Schwebt Ihnen dabei das Modell vor, das

Physiotherapeuten, die in einem Gebäude tätig sind, oft eine Apotheke ganz in der Nähe. Diese Strukturen ersetzen bisweilen das dort früher stehende Krankenhaus. Mit derartigen Strukturen könnte man die Versorgung in dünn besiedelten Gebieten verbessern. In Großstädten sind die Probleme anderes gelagert.

Intersektorales Zentrum ist ja ein anderes Etikett als Krankenhaus. Wie begegnen Sie Kommunal- oder Landespolitikern, für die das Verschwinden eines Krankenhauses ein lokalpolitisches Problem darstellt?
Der spezialisierte Versorgungsauftrag für größere Operationen zum Beispiel ist wahrscheinlich gut untergebracht in einer Klinik in zumutbarer Entfernung und mit ausreichender Expertise. Eine Notfall-Versorgung wird es weiter, auch heimatnah, geben. Es muss deutlicher erklärt werden, dass es nicht um eine Verschlechterung der Versorgung geht, sondern darum, die Bürger heimatnah zu versorgen. Und dies in Strukturen, die mehr ambulante Behandlung erlauben und weniger stationäre Aufnahmen erfordern. Da, wo es nötig ist, muss natürlich eine stationäre Struktur existieren.

Also ein Krankenhaus?
Ob das immer ein Krankenhaus sein muss,

künftig jeder gut versorgt wird. Das einschneidende Erlebnis war die Corona-Pandemie. Danach sind viele Pflegefachkräfte nicht mehr zurückgekehrt. Auch deshalb hat die Mehrzahl der Krankenhäuser nicht mehr die Fallzahlen wie vor der Pandemie erreicht. Das liegt oft auch an nicht mehr betreibbaren Stationen, die wegen Personalmangel geschlossen wurden, auch an großen Krankenhäusern. Daran merkt man, dass sich das System verändert und dysfunktional zu werden droht. Zusammenbrechen wäre ein zu starkes Wort, weil es immer noch sehr, sehr viele leistungsbereite Menschen im Gesundheitswesen gibt, die sich gerne um Patienten kümmern. Aber die Entwicklungen laufen schnell ab und sie sollten gestoppt werden.

Wie?
Mein Traum wäre eine gemeinsame Reform aller Beteiligten ohne politische Streitereien. Man müsste sich zusammensetzen und sich fragen: Was machen wir am besten – in einem schwierigen föderalen System, um die Versorgung auch in Zukunft sicherzustellen.

Sie haben gesagt, dass die Teilzeitquote sehr hoch ist. Deshalb haben wir trotz vieler Köpfe weniger zur Verfügung stehende Arbeitszeit. Eigentlich liegt Teilzeit doch im Trend. Stichwort work life balance. Arbeitgeber werben damit. Nehmen Sie es mit dem Zeitgeist auf?

OBERSTER GESUNDHEITSWEISER HALLEK: DAS SYSTEM DROHT DYSFUNKTIONAL ZU WERDEN

Engpass-Situationen und dies in unterschiedlichen Berufsgruppen. Und diese werden von der Bundesärztekammer, dem Pflegerat und anderen auch so bestätigt.

Welche Unterschiede?

Es gibt internationale Vergleiche beispielsweise der OECD zur Gesamtzahl der Beschäftigten im Gesundheitswesen in einzelnen Staaten. In Deutschland erhebt die Bundesanstalt für Arbeit solche Zahlen. Und wenn man die Zahl der Beschäftigten ins Verhältnis zur Bevölkerungsgröße setzt, ergeben sich überraschende Ergebnisse. Wir können nicht sagen, dass es ausschließlich ein Mengenproblem gibt, was die Fachkräfte im deutschen Gesundheitswesen angeht.

Das heißt, es gibt auch qualitative Probleme ...

Korrekt. Es gibt dazu auch Daten aus dem Krankenhausreport 2023, die ich nachvollziehen kann, weil ich sie auch so erlebe. Im internationalen Vergleich ist die Zahl der Pflegekräfte und auch der Ärzte pro be-

Und dadurch haben wir im Ergebnis eine höhere Belastung des Personals.

Sie sagen, wir haben zu viele Fälle. Was bedeutet das genau?

Wir nehmen in den stationären Bereich viele Patienten auf, die ambulant oder die kürzer behandelt werden könnten. Das kann ich auch aus meinem eigenen Alltag schildern. Viele Patienten stellen sich nur deshalb in den Notaufnahmen vor, weil sie immer offen ist oder weil sie da hingebacht werden. Oft besteht eigentlich keine Indikation für eine Behandlung in einem großen Krankenhaus.

Die Notaufnahmen könnten diese Patienten wieder wegschicken.

Das ist oft aus Versorgungsgründen schwierig. Menschen wohnen beispielsweise im fünften Stock, kommen aber die Treppe nicht mehr hoch. Sie werden dann erstmal aufgenommen, um sie nicht einfach nach Hause zu schicken. Wir übernehmen damit im Krankenhaus Aufgaben, die nicht unbedingt mit unserem eigentlichen

Hat diese Übergangssituationen angenommen?

Aus meiner Erfahrung kann ich das sicher sagen. Die Zahlen sind ungenau, sprechen aber dafür, dass diese Fälle zunehmen. Im Krankenhaus haben wir oft Probleme, Patienten selbst von der Intensivstation weiter zu verlegen, wenn sie einen Rehabilitationsplatz brauchen, aber nicht bekommen. Das kann eine Woche dauern und länger, im Gutachten thematisiert.

Da wäre ja die Notfallreform mit ihren steuernden Elementen ein probates Mittel, um an dieser Stelle gegenzuhalten.

Ja, richtig. Man schätzt, dass ungefähr die Hälfte der Fälle in der Notaufnahme nicht dringlich sind. Wir wollen keine Mauern um die Notaufnahmen errichten, sondern adäquat versorgen. Ein Leitsystem, wie es für die Notfallreform gedacht ist, könnte dazu führen, dass der Bedarf an stationären Aufnahmen verringert würde, ohne dass jemand schlechter versorgt würde.

die Kassenärztliche Bundesvereinigung mit der Universität Bayreuth entworfen hat?

Das ist ein Denkmodell, wie es im Gespräch mit dem KBV-Vorsitzenden in unseren Anhörungen diskutiert worden ist. Wir denken hier auch hausarztzentriert. Man kann sich gut vorstellen, dass die vor Ort tätigen Ärzte gemeinsam mit den anderen Berufsgruppen regionale Versorgungszentren schaffen, welche die Primärversorgung sicherstellen. Diese können auch Betten für Kurzlieger oder sogar ambulante OP-Zentren vorhalten. Und dass wir darüber eine Struktur schaffen, die für den Bürger eine deutlich bessere und positiv erlebte, heimatnahe Versorgung erlaubt.

Gibt es dafür Vorbilder?

Der Sachverständigenrat hat sich dafür Beispiele in Dänemark angesehen. Ich selbst habe gewisse Kenntnisse von Strukturen in anderen Ländern wie Frankreich. In Dörfern oder in Kleinstädten sehen Sie oft die Kombination aus Allgemeinarzt, einigen Krankenschwestern, und eventuell

sei einmal dahingestellt. Wir haben auch über Langzeitpflege zu reden. Und wenn Sie dort eine vernünftige Versorgung anbieten, mit einem gut eingebundenen Hausarzt, ist das für viele Menschen der richtige Ort. Dafür wird man auch Personal benötigen. Es geht nicht darum, Personal einzusparen. Es geht darum, die knappe Ressource Personal vor Ort einzusetzen und damit zu verhindern, dass zu viele Menschen in größere Krankenhäuser müssen, um dort für mehrere Wochen stationär aufgenommen zu werden. Und das, obwohl sie eigentlich ambulant und wohnortnah versorgt werden könnten.

Wir diskutieren dies seit vielen Jahren. Wie viel Zeit bleibt denn noch, etwas zu ändern, bevor der Frust aufseiten der Gesundheitsberufler so groß wird, dass sie den Beruf verlassen?

Eigentlich haben wir keine Zeit mehr. Die Zahlen, die ich kenne, sprechen dafür, dass wir schnell handeln müssen, um der Bevölkerung das Gefühl zu geben, dass auch

Nein. Wir beschreiben nur Sachverhalte ohne Wertung. Wir stellen fest, dass es in anderen Ländern den Wunsch und auch die Möglichkeit gibt, dass auch Pflegekräfte im Gesundheitswesen Vollzeit arbeiten. Das kann auch an anderen Gehältern liegen. Wenn wir den Trend bei uns verändern wollten, dann bräuchten wir ein Drittel mehr Personal. Das ist nicht wenig. Oder wir schaffen flexible Arbeitszeitlösungen, um Teilzeitkräfte langfristig noch im Beruf zu halten. Was andere europäische Länder besser machen, zum Beispiel Frankreich und die skandinavischen Länder, ist die Kinderbetreuung. In Krankenhäusern können Eltern ihre Tag-Dienste bis zum Ende ableisten und holen dann ihre Kinder ab. Das geht nicht, wenn der Kindergarten schließt, während die Schicht noch läuft, wie es hierzulande immer wieder vor-

Sie schlagen kein strenges Primärarztmodell vor. Warum nicht?

Wir sind im Gutachten von den realen Voraussetzungen in Deutschland ausgegan-

Umsetzungsrevolution im Gesundheitswesen **EIGENINITIATIVE** IST DER SCHLÜSSEL ZUM ERFOLG!



Anmeldung:
www.gesundheitskongress.de

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

Bei Fragen stehen wir Ihnen zur Verfügung unter info@gesundheitskongress.de und Telefon +49 2234 953 22-29

Europäischer
Gesundheitskongress
München
c/o welcome Gesellschaft
für Eventmarketing und
Kommunikation mbH

- Gesundheitspolitik
- Krankenhaus
- Arztpraxen der Zukunft
- Rehabilitation
- Krankenversicherung
- Gesundheitsversorgung
- Europäisches Pflegeforum
- Innovative Notfallmedizin
- Digitalisierung
- Forschung

gen. Was kann man durchsetzen und was nicht? Durch eine Vorgabe zu erzwingen, dass man immer erst zum Primärarzt geht und nur dann nach einer Überweisung des Primär- oder Hausarztes den Facharzt sieht: Das wollten wir nicht. Aber es gibt viele Patienten, die mehrere Ärzte wegen derselben Beschwerden aufsuchen oder die zwei Hausärzte parallel haben. Das ist gar nicht so selten. Deshalb wollen wir ein Einschreibesystem für eine primärärztliche Versorgung mit finanziellen Anreizen.

Sie sagen, ein strenges Primärarztsystem nach dem Beispiel der Niederlande sei nicht durchsetzbar. Hält der Rat es denn für wünschenswert – ungeachtet der Frage, ob es sich verwirklichen ließe?

Nein. Das deutsche Gesundheitswesen hat einen sehr niedrighschwelligigen Zugang. Es kann Mühe machen, einen Termin beim Facharzt zu bekommen – aber man bekommt ihn dann doch relativ schnell in vielen Fällen. Das ist in anderen Ländern deutlich schwieriger. Eine Pflicht, immer den Primärarzt aufzusuchen, kann auch ein Monopol schaffen, in dem ein Patient an einen bestimmten Arzt gebunden ist. Und nicht sagen kann: Ich bin unzufrieden und möchte einen anderen Arzt aufsuchen. Diese Möglichkeit zur Wahl sollte man nicht gänzlich vernachlässigen. Auch in Dänemark mit seinem strengen Primärarztsystem gibt es die Möglichkeit, davon abzuweichen. Aber etwa 90 Prozent der Bürger machen davon keinen Gebrauch.

An den medizinischen Fakultäten an den Universitäten in Deutschland studieren überwiegend Studentinnen. Was folgt daraus für die künftige Versorgung?

Nach wie vor machen Frauen mehr CareArbeit in den Familien als die Männer. Damit wird für Ärztinnen die stationäre Versorgung attraktiver, weil dort die Arbeitszeiten planbarer sind und weil sie dort nicht die volle administrative und ökonomische Verantwortung haben wie in einer eigenen Praxis. Auch gibt es einen starken Trend zur Arbeit im MVZ und zur Teilzeitarbeit. Damit muss das Gesundheitswesen umgehen lernen. Denn das wird sich nicht mehr ändern, der Anteil der Kolleginnen wird ja eher größer. Wir brauchen somit verlässlich planbare stationäre und ambulante Strukturen und kreative Arbeitszeitmodelle. Jedenfalls sollten wir uns vor Fehldeutungen hüten.

Welche sind das?

Das wäre der Eindruck, jüngere Kolleginnen und Kollegen seien weniger engagiert. Das ist keineswegs so. Ich begegne täglich vielen hochmotivierten und extrem tüchtigen Frauen und Männern in der Klinik,

die sehr viel leisten und wissen. Sie wollen eben nur Familie und Beruf vereinen können, wofür es neue attraktive Arbeitszeitmodelle braucht.

Hat die Einzelpraxis eine Zukunft?

Sie wird seltener werden. Sie ist aus Sicht der Jüngeren zu riskant und mit zu viel schlecht planbarer Arbeitszeitbelastung verbunden. Das beobachte ich auch meiner Klinik. Der Trend, dass man sofort nach dem Ende der Facharztweiterbildung in die Praxis geht, ist sehr stark zurückgegangen.

Warum will der Rat die Weiterbildung quotieren? Wie genau soll das ablaufen?

Erstens gibt es mancherorts eine Landarztquote bei der Zulassung zum Studium. Wir empfehlen, auch über eine Steuerung der Weiterbildungen oder Zulassungen nachzudenken; denn die selbstverwaltete Ärzteschaft beansprucht für sich auch einen Sicherstellungsauftrag. Folglich sollte sie sich auch darum kümmern, wie die einzelnen spezialfachärztlichen Praxen regional verteilt werden im Sinne einer Sicherstellung der Versorgung. Sonst müssten andere Kräfte dies regeln. Wir wollen dabei so wenig wie möglich staatliche Regulierung, aber engagiertes Gestalten der Selbstverwaltung.

Der Präsident der Bundesärztekammer Klaus Reinhardt meint, dass dies Kästchendenken sei.

Wer mich kennt, weiß, dass dies nicht meine Art zu denken ist. Ich nehme auch an, dass er das nicht so und jedenfalls nicht persönlich gemeint hat.

Rechnen Sie damit, dass die Notfallreform bald gelingt?

Die Not gerade der kleineren Krankenhäuser ist so groß, dass durch den Ernst der Lage manches in Bewegung gerät. Ich setze auch auf die Entschlossenheit des BMG, das die Reform durchzusetzen versucht. Es geht um integrierte Leitstellen und eine Abstimmung der unterschiedlichen Versorgungsebenen, damit nicht weiter so viele Menschen auch dann in die Notaufnahme der Kliniken kommen, wenn sie es in ihrer konkreten medizinischen Situation gar nicht benötigen.

Wie weit sind Reformmodelle wie Portalpraxen, Kliniken mit Tresen und ähnliches gediehen?

Das funktioniert mancherorts sehr gut. Aber noch sind das zaghafte erste Versuche, die bei Weitem noch kein flächendeckender Standard sind. Rechtlich stehen sie aber auf sicheren Füßen, sodass ich mir mehr davon wünsche.

Kommt die Klinikreform? Oder ist sie jetzt schon gescheitert?

Das Gesundheitswesen ist kompliziert und somit ist es auch jede Reform. Aber jeder, der in der Klinik arbeitet, weiß eines ganz sicher: Wir brauchen eine Reform.

Warum hängt sie dann in der Schwebe?

Dafür mag es politische Gründe geben. Die dürfen aber nicht entscheidend sein. Denn so, wie es jetzt ist, darf es keinesfalls bleiben. Ich wünsche mir, dass die Politik besser kommuniziert, dass es nicht um einen Kahlschlag geht – sondern darum, Strukturen zu verbessern, anzupassen: Was bisher eine Klinik war, kann auch als MVZ oder eine andere Einrichtung weiter geführt werden, wenn diese vor Ort gebraucht wird. Dafür lassen sich auch Pflegekräfte gewinnen, die bisher in der Klinik tätig waren – da habe ich keine Zweifel.

Vielen Dank für das Gespräch, Professor Hallek

WENN MAN DIE ZAHL DER BESCHÄFTIGTEN INS VERHÄLTNISS ZUR BEVÖLKERUNGSGRÖSSE SETZT, ERHÄLT MAN ÜBERRASCHENDE ERGEBNISSE.

GESUNDHEITSAUSGABEN SIND 2022 UM 240 EURO PRO KOPF GESTIEGEN

Von Florian Staeck

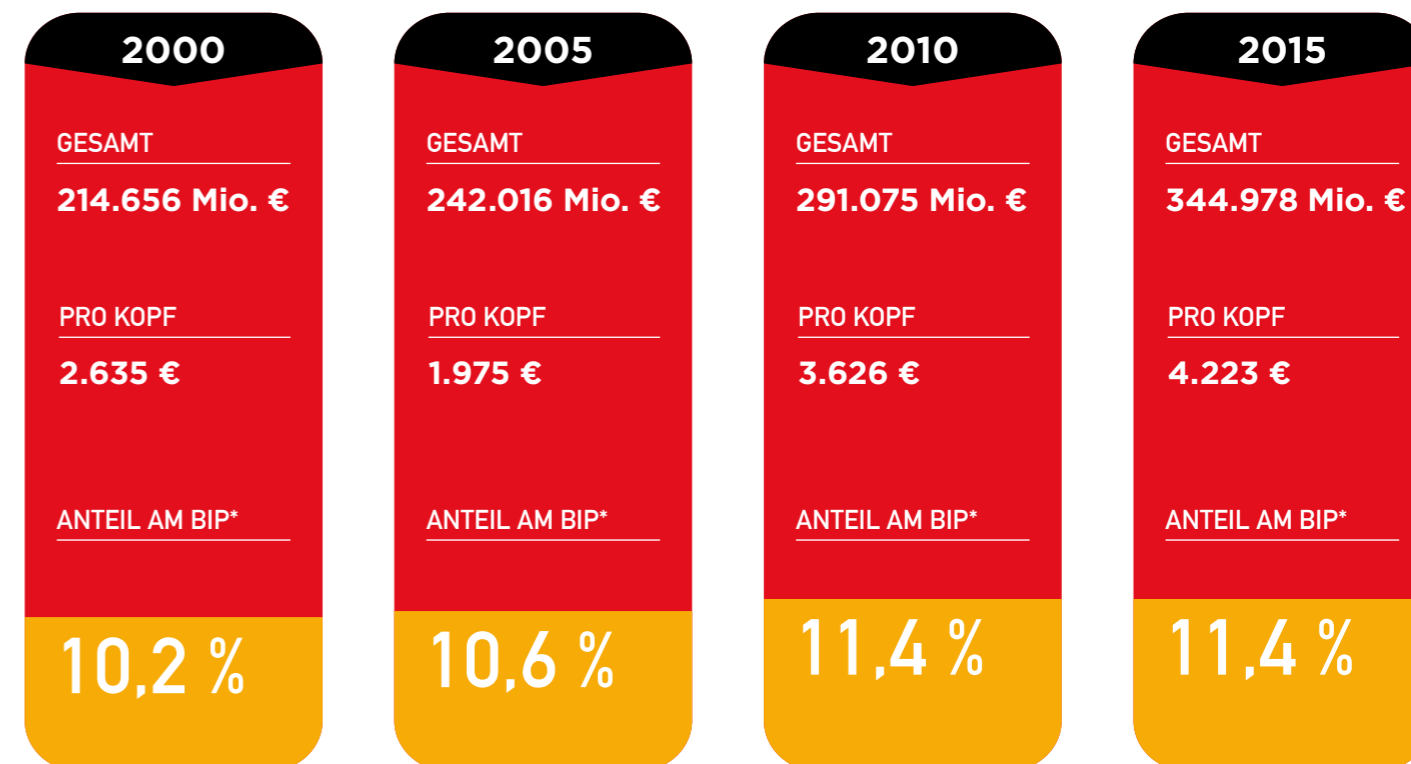
WIESBADEN. Die Gesundheitsausgaben in Deutschland sind im Jahr 2022 auf 497,7 Milliarden Euro gestiegen – das entspricht einer Zunahme von 4,8 Prozent oder 22,6 Milliarden Euro. Das entspricht 5.939 Euro je Einwohner (2021: 5.699 Euro), hat das Statistische Bundesamt mitgeteilt. Der Anteil der Gesundheitsausgaben am Bruttoinlandsprodukt (BIP) ist damit 2022 um 0,3 Prozentpunkt auf 12,8 Prozent zurückgegangen.

Für das Jahr 2023 erwarten die Statistiker nach vorläufigen Zahlen einen geringfügigen Rückgang der Gesundheitsausgaben auf 494,6 Milliarden Euro, das wären drei Milliarden Euro oder 0,6 Prozent weniger als 2022. Hauptursache ist der starke Rückgang der coronabedingten Ausgaben der öffentlichen Haushalte um rund 25 Milliarden Euro. Die Coronapandemie hat auch 2022 massive

Auswirkungen auf die Gesundheitsausgaben der öffentlichen Haushalte gehabt. Die gesamten Gesundheitsausgaben der öffentlichen Haushalte sind um 15,6 Prozent oder 6,5 Milliarden Euro auf 48,3 Milliarden Euro gestiegen. Der Anteil der öffentlichen Haushalte an den Gesundheitsausgaben machte zuletzt 9,7 Prozent aus – im vorpan-demischen Jahr 2019 waren es noch 4,4 Prozent gewesen.

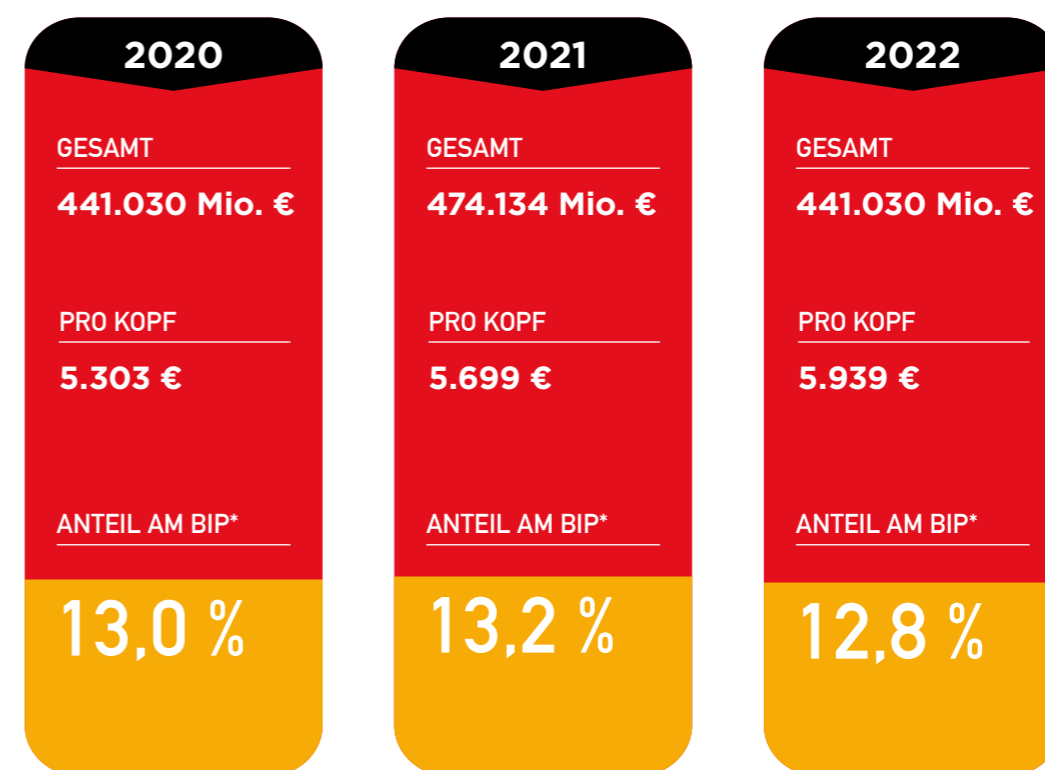
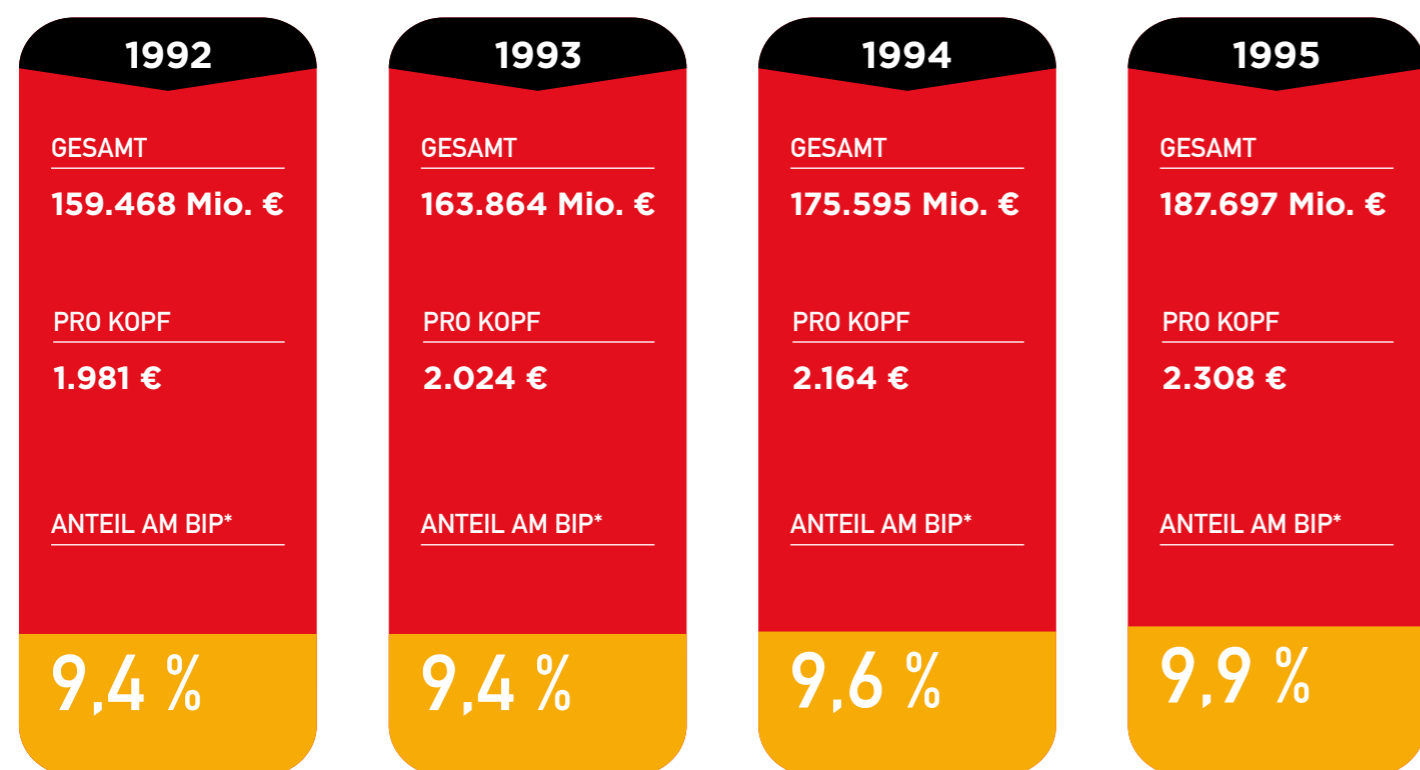
MEHR ALS JEDER ZWEITE EURO ENTFÄLLT AUF DIE GKV
Der mit Abstand größte Ausgabenträger war 2022 mit 53,3 Prozent die gesetzliche Krankenversicherung. Die Ausgaben von 265,4 Milliarden Euro entsprechen einem Anstieg von 4,0 Prozent oder 10,2 Milliarden Euro. Auf die soziale Pflegeversicherung entfielen 57,7 Milliarden Euro oder 11,6 Prozent der

Gesundheitsausgaben – hier beträgt der Anstieg 11,7 Prozent oder 6,0 Milliarden Euro. 7,7 Prozent der Gesundheitsausgaben fielen bei den privaten Krankenversicherern an – die 38,3 Milliarden Euro entsprechen einem Plus von 4,4 Prozent oder 1,6 Milliarden Euro im Vergleich zu 2021. Nochmals gestiegen sind mit 36,1 Milliarden Euro die Gesundheitsausgaben im Zusammenhang mit der Coronapandemie. 2021 waren es noch 30,6 Milliarden Euro. Allein 14,5 Milliarden Euro oder rund 40 Prozent entfielen dabei auf Ausgaben für Tests im Sinne der Coronavirus-Testverordnung oder Tests beispielsweise in Krankenhäusern, Pflegeeinrichtungen oder Praxen. Die Ende Dezember 2020 begonnene Coronaimpf-kampagne schlug 2022 mit Ausgaben von 9,4 Milliarden Euro zu Buche.



DIE GESUNDHEITSAUSGABEN IN DEUTSCHLAND HABEN IM JAHR 2022 FAST DIE MARKE VON EINER HALBEN BILLION EURO ERREICHT.
Je Einwohner haben sich die Ausgaben auf 5.939 Euro addiert. Gesundheitsausgaben in Höhe von 36,1 Milliarden Euro standen im Jahr 2022 im Zusammenhang mit der Coronapandemie. Allein 14,5 Milliarden Euro entfielen auf Ausgaben für Tests, 9,4 Milliarden Euro wurden für die Coronaimpfkampagne aufgewandt.

GESUNDHEITSAUSGABEN



SO HABEN SICH DIE GESUNDHEITSAUSGABEN GESAMT UND JE EINWOHNER SEIT 1992 ENTWICKELT.

Angegeben zudem jeweils der Anteil der Gesundheitsausgaben am *Bruttoinlandsprodukt.

Die Zahlen entstammen der Gesundheitsberichterstattung des Bundes.



SO WILL LAUTERBACH DEN KRANKENHAUSESEKTOR UMBAUEN

ANGEKÜNDIGT IST EINE „REVOLUTION“ – ENDEN KÖNNTE DIE KLINIKREFORM ALS BLOSSER VERSUCH, DIE IN TEILEN MARODEN STRUKTUREN ZUMINDEST EIN WENIG AUF VORDERMANN ZU BRINGEN. WAS GENAU PLANT GESUNDHEITSMINISTER LAUTERBACH? EIN ÜBERBLICK.

BERLIN. Arbeitsentwürfe gab es bereits – seit Kurzem liegt ein offizieller Entwurf für ein „Gesetz zur Verbesserung der Versorgungsqualität im Krankenhaus und zur Reform der Vergütungsstrukturen“, kurz KHVVG, vor. Das Stellungnahmeverfahren durch das Bundesgesundheitsministerium ist eingeleitet. Gesundheitsminister Lauterbach hat angekündigt, den Entwurf am 8. Mai im Kabinett beraten lassen zu wollen. Danach kann das parlamentarische Verfahren starten, in dem weitere Änderungen vorgenommen werden können.

BEITRAGSGELDER FÜR KLINIKREFORM: KRANKENKASSEN ERWÄGEN KLAGE GEGEN BUNDESREGIERUNG
Derweil streiten Bund und Länder weiter munter um die Reform. Die Länder halten die Reform für zustimmungspflichtig im Bundesrat. Mehrere Bundesländer drohen sogar mit Verfassungsklage. Und auch die Krankenkassen prüfen rechtliche Schritte gegen die Pläne von Gesundheitsminister Karl Lauterbach. Doch was genau plant der SPD-Politiker – hier ein Überblick:

LEISTUNGSGRUPPEN
Nicht mehr alle Krankenhäuser sollen alles machen – geplant ist eine Spezialisierung je nach Ausstattung der Kliniken und Erfahrung der Behandlungsteams. Zu diesem Zweck sollen einzelnen Krankenhäusern oder Klinikverbänden Leistungsgruppen zugewiesen werden – Blaupause sollen die „Vorarbeiten“ in NRW für die dortige neue Krankenhausplanung sein. Vorgesehen sind zunächst 65 Leistungsgruppen – angefangen bei Allgemeiner Innerer Medizin über Allgemeine Chirurgie und Endoprothetik bis hin zu Intensivmedizin und Notfallmedizin. In einem vierstufigen Verfahren sollen Bund und Länder – unter Einbindung medizinischer Fachgesellschaften und Selbstverwaltung (G-BA) – Qualitätskriterien für die Leistungsgruppen festlegen und diese weiterentwickeln. Nur bei Erfüllung der Kriterien kann einem Krankenhaus eine Leistungsgruppe zugewiesen werden. In Ausnahmefällen sollen die Länder davon abweichen und eine Leistungsgruppe auch zuweisen können, wenn es die Versorgungslage vor Ort nötig macht. Erste Pflöcke für die Idee, stationäre Behandlung nach

Leistungsgruppen aufzufächern, hat Lauterbach mit dem Krankenhaustransparenzgesetz eingerammt.

VERGÜTUNG
Die Reformpläne sehen vor, das DRG-System um eine Vorhaltefinanzierung zu ergänzen – in einem Verhältnis von 40 Prozent (DRG) zu 60 Prozent (Vorhaltepauschale). „Mit Einführung einer Vorhaltevergütung wird die Vorhaltung von Strukturen in Krankenhäusern künftig weitgehend unabhängig von der Leistungserbringung gesichert und der Anreiz (...) gesenkt, Fallmengen auszuweiten“, heißt es im Entwurf. Dazu soll das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) die rund 1.300 Fallpauschalen absenken und eine Vorhaltevergütung je Land und Leistungsgruppe ermitteln. Die Vorhaltevergütung soll aber nur für die Leistungsgruppen fließen, die den Kliniken von der Landesplanungsbehörde zugewiesen sind und deren Qualitätskriterien und Mindestvorhaltezahlen die Häuser „grundsätzlich“ erfüllen. Vorgesehen ist eine Konvergenzphase, in der die Pauschalen „aufwachsen“ sollen. Ab 2027 soll die

Vorhaltevergütung vollumfänglich greifen.

ERREICHBARKEIT
Wohnortnahe Versorgung soll trotz des Credos der Reform, wonach nicht mehr alles machen sollen, weiter gewährleistet sein. Für die Leistungsgruppen Allgemeine Innere Medizin und Allgemeine Chirurgie soll die Fahrzeit bei maximal 30 Minuten Pkw-Fahrtzeit liegen, für die übrigen Leistungsgruppen bei 40 Minuten. Zur Beurteilung der flächendeckenden Erreichbarkeit soll es – außer den Fahrzeitminuten – auch auf die Anzahl der Einwohner ankommen, die im Fall einer unterbleibenden Zuweisung der Leistungsgruppe von längeren Fahrtzeiten betroffen wären.

ENTBÜROKRATISIERUNG
Um die Kliniken und die dort beschäftigten Ärztinnen, Ärzte und Pflegekräfte von Bürokratie zu entlasten, soll anstelle der Einzelfallprüfungen bei den Krankenhausabrechnungen eine „strukturierte Stichprobenprüfung“ treten. Um für alle Kliniken ein einheitliches Prüfverfahren sicherzustellen, soll dies auch für psychiatrische und psychosomatische Häuser gelten. „Die Änderung des Prüfverfahrens soll zu einer Reduktion des Prüfaufwands bei allen Beteiligten beitragen“, heißt es im Entwurf. Die Prüfungen sollen weiter von den medizinischen Diensten im Auftrag der Kassen vorgenommen werden. Der Umstieg von

der Einzelfallprüfung auf die neue Stichprobenprüfung soll ab 2027 erfolgen. Ferner soll der G-BA in seiner „Berechtigung“ beschränkt werden, außer „stichproben- und anhaltspunktbezogenen auch anlassbezogene Kontrollen für Qualitätsanforderungen (...) vorzusehen“.

TRANSFORMATIONSFONDS
Bei der Reform steht es terminlich Spitz auf Knopf. Sie besteht aus mehreren Teilen, die so harmonisiert werden müssen, dass sie zum 1. Januar 2025 in Kraft treten kann. Dazu zählen zum Beispiel die Bildung eines 50 Milliarden Euro schweren Transformationsfonds ab 2026 – hälftig finanziert von Bund und Ländern. Bundesseitig sollen die Mittel für den Umbau aus dem Gesundheitsfonds fließen. Die Landesbasisfallwerte – sie sind Grundlage der Vergütung stationärer Leistungen – sollen erhöht werden. Zudem soll nicht nur der volle Tariflohn der Pflegekräfte, sondern auch der des Ärztlichen Dienstes möglich sein.

LEVEL-I-VERSORGUNG
Angelegenheiten der Niedergelassenen und vor allem der Hausärztinnen und Hausärzte sind mit den Reformplänen ebenfalls berührt. So sollen die Länder in struktur- und bevölkerungsschwachen Regionen Einrichtungen bestimmen können, die die medizinische Grundversorgung aufrecht-

erhalten. Dort soll sektorenübergreifende und integrierte Gesundheitsversorgung stattfinden, deren Spektrum außer stationären auch erweiterte ambulante sowie medizinisch-pflegerische Leistungen umfasst. Diese Einrichtungen ordnet der Entwurf dem stationären Sektor zu. In Kreisen niedergelassener Ärzte wird dies goutiert – schließlich würden die ambulant-stationären Einrichtungen nicht aus den Budgets der Niedergelassenen bezahlt. Kritisch wird ein anderer Punkt beäugt: Sobald sich eine sektorenübergreifende Einrichtung in einem Planungsbereich oder Gebiet befindet, in dem für die vertragsärztliche Versorgung Unterversorgung festgestellt ist, sollen die Zulassungsausschüsse die Einrichtungen zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung ermächtigen können.

ZEITPLAN
Der Fahrplan für das Gesetz ist dicht getaktet – eine erste Hürde hat Lauterbach genommen. Der Bundesrat hat am 22. März dem wochenlang hart umkämpften Transparenzgesetz zugestimmt. Kern ist ein virtueller Klinik-Atlas, der Patienten sowie einweisenden Ärzten Auskunft geben soll, welcher Krankenhausstandort welche Leistungsschwerpunkte hat, wie hoch die Facharztquote liegt und wie die Komplikationsrate bei einem bestimmten Eingriff ausfällt.

„Nach wie vor halten wir eine Abschaffung des überkommenen Fallpauschalensystems für den besten Weg, das Krankenhauswesen von Kommerzialisierung und administrativem Overkill zu befreien. Die Ergänzung der DRG um Vorhaltepauschalen ist nur bedingt tauglich. Das Ziel einer Entbürokratisierung wird mit dem Entwurf sogar komplett verfehlt. Offensichtlich ist auch, dass die Vorgaben für eine 24-Stunden-Verfügbarkeit von Fachärztinnen und Fachärzten in einer Leistungsgruppe zu noch mehr Prüfungen des Medizinischen Dienstes und zu noch mehr Bürokratie in den Krankenhäusern führen werden.“

MARBURGER BUND-CHEFIN | DR. SUSANNE JOHNA

REAKTIONEN

„Leistungskonzentration, Spezialisierung über Leistungsgruppen und eine Vorhaltefinanzierung sind die Mittel, die eine strukturelle Veränderung unterstützen werden.“

VUD-GENERALSEKRETÄR | JENS BUSSMANN

„Die angedachte Finanzierung des Klinikumbaus ist etwas, was Beitragszahlerinnen und Beitragszahler über Jahre hinweg massiv belasten würde.“

CHEFIN VERBAND DER ERSATZKASSEN | ULRIKE ELSNER

„Klar scheint: Die Finanzierung des Krankenhausumbaus soll, wie befürchtet, allein zulasten der gesetzlichen Krankenversicherung und damit auf Kosten der Beitragszahlenden gestemmt werden – ohne Einbeziehung des Bundes und der privaten Krankenversicherung.“

VORSTANDSCHEFIN AOK-BUNDESVERBAND | DR. CAROLA REIMANN

DIE ALLIANZ CHRONISCH SELTENER ERKRANKUNGEN begrüßt die Zielsetzungen der Krankenhausreform – befürchtet aber, dass die speziellen Herausforderungen zu wenig beachtet werden. Ihre Forderungen hat sie in einem SIEBEN-PUNKTE-PAPIER zusammengefasst.

SELTENE

ERKRANKUNGEN

WERDEN BEI DER KLINIKREFORM NICHT BERÜCKSICHTIGT

BERLIN. In einem Sieben-Punkte-Papier hat die **Allianz Chronischer Seltener Erkrankungen (ACHSE)** ihre Besorgnisse zu der nun in Teilen als Gesetz oder Referentenentwurf vorliegenden Krankenhausreform artikuliert.

Zentrale Forderungen: Bestehende bewährte Qualitätsanforderungen, die Zentrumsfinanzierung, die Kooperation verschiedener Disziplinen und der sektorübergreifende Versorgungsansatz müssen Bestand haben. Die im Referentenentwurf enthaltenen Leistungsgruppen, die auf 65 reduziert wurden, bildeten die besondere Situation für die Behandlung von Menschen mit seltenen Erkrankungen in keine Weise ab.

01

ZUSAMMENSPIEL AMBULANT – STATIONÄR: Ein erheblicher Teil der Versorgung von Menschen finde ambulant statt, allerdings begleitet von notwendigen Krankenhausaufenthalten. Eine zentrale Rolle spielen dabei auch spezialisierte Hochschulambulanzen sowie die Ambulanzen nicht universitärer Einrichtungen.

Die Forderung von ACHSE: Die Zuschläge nach Paragraph 136c und die an sich richtigen Vorhaltepauschalen müssten auch zur Finanzierung der ambulanten Versorgung gezahlt werden. Nur dann bestehe mit der Krankenhausreform auch die Chance, die sektorenübergreifende Versorgung zu fördern.

02

INTEGRATION DER ZENTRUMSSTRUKTUR ZUR BEHANDLUNG SELTENER ERKRANKUNGEN IN DIE KRANKENHAUSPLANUNG:

Die seit 2010 im Nationalen Aktionsbündnis für Menschen mit Seltene Erkrankungen (NAMSE) entwickelten mehrgliedrigen Zentrumsstrukturen mit differenzierten Qualitätskriterien seien wesentlich aussagefähiger für die Qualität der Versorgung als die Auflistung von Leistungsgruppen in Kombination mit Personalschlüsseln. Bislang sei allerdings unklar, wie diese hochspezialisierte und interdisziplinäre Versorgungsstruktur in die mit der Reform geplante Krankenhausstruktur integriert werden soll. Klärungsbedürftig sei, auf welcher Basis Qualitätssicherung und -prüfung künftig stattfinden werden.

03

GEPLANTE LEISTUNGSGRUPPEN SIND ZU UNDIFFERENZIIERT: Seltene Krankheiten müssen, so ACHSE, in den Vorhaltepauschalen sichtbar gemacht werden; dazu müsse ambulant und stationär der

Orphacode verwendet werden: Die jetzt im Referentenentwurf gelisteten Leistungsgruppen orientierten sich an Strukturen der klassischen medizinischer Fächer. Das werde den seltenen Krankheiten, die oft Querschnittserkrankungen seien und interdisziplinär behandelt werden müssen, nicht gerecht. Diese machten allerdings rund ein Fünftel aller Krankheitsfälle aus. Ebenso wenig zielführend sei allein eine Codierung nach ICD-10, der Seltene Erkrankungen nicht differenziert genug abbilde. Dies könne dazu führen, dass die geplante Vorhaltefinanzierung nicht aufwandsgerecht für die Versorgung bei Seltene Erkrankungen gestaltet werde und damit nicht bedarfsgerecht sei.

Aus diesem Grund müssten Orphacodes für die Berechnung der Vorhaltekosten und für die Qualitätssicherung herangezogen werden.

04

QUALITÄTSTRANSparenZ – MEHR BÜROKRATIE, ABER KEINE INFORMATION FÜR PATIENTEN MIT SELTENEN ERKRANKUNGEN:

ACHSE begrüßt grundsätzlich die Herstellung von mehr Transparenz. Das vor Kurzem verabschiedete Krankenhaus-transparenzgesetz führe zunächst zu mehr Bürokratie, womit den wenigen Experten für Seltene Erkrankungen noch weniger Zeit für die Versorgung bleibe.

Die in dem Transparenz-Atlas enthaltenen Daten und Informationen seien allenfalls für Experten, nicht jedoch für Patienten mit Seltene Krankheiten interpretierbar und aussagefähig.

05

UNKLARHEITEN BEI DER QUALITÄTSSICHERUNG:

Aus dem jetzt bekannten Referentenentwurf sei nicht erkennbar, wie mit den bisher erarbeiteten Standards zur Qualitätssicherung der Versorgung Seltene Erkrankungen verfahren werden soll. Es könne nicht gewollt sein, dass in der Vergangenheit mühsam erarbeitete Qualitätsstandards erneut im Kontext mit den neuen Leistungsgruppen entwickelt werden müssten.

Ausdrücklich weist ACHSE darauf hin:

„Die leidvollen Erfahrungen mit der Neuaufstellung der spezialfachärztlichen Versorgung nach der Neufassung von Paragraph 116c sollten Warnung genug sein, dass schon erarbeitete Standards nicht zur Disposition gestellt werden sollten.“ Aus diesem Grund müssten bestehende Standards genutzt und auf diesen aufgebaut werden.

06

PLANUNG ÜBERREGIONAL UND INTERNATIONAL DENKEN: Seltene Erkrankungen erfordern überregionale Krankenhausplanung; ACHSE habe die Hoffnung gehabt, dass mit der Reform die Krankenhausplanung auch bundesweit gedacht werde. Für Seltene Erkrankungen sei eine bundesweite, wenn nicht sogar internationale Betrachtung notwendig.

Der Kompetenzstreit zwischen Bund und Ländern scheine diese Hoffnung zu zerschlagen. Offen bleibe, welches Gremium oder welche Institution zukünftig die Planung der Versorgung Seltene Erkrankungen auch national steuern und nachhaltig sichern solle.

07

KLÄRUNGSBEDÜRFTIG SEIEN AUSSERDEM FRAGEN WIE:

die Prüfung von Prozess- und Ergebnisqualität unter Berücksichtigung von Patient Reported Outcomes, die Organisation der Weiterbildung von Ärzten im Bereich Seltene Erkrankungen.

eine denkbare Prüfung, ob für Seltene Erkrankungen eine eigene Leistungsgruppe definiert werden kann und

die Sicherstellung, dass in allen Sektoren, die an der Behandlung Seltene Erkrankungen beteiligt sind, nach Orphacodes dokumentiert wird.



Hinsichtlich der Auswirkungen der Krankenhausreform hat ACHSE inzwischen den Kontakt mit dem Patientenbeauftragten der Bundesregierung aufgenommen, so die Geschäftsführerin Mirjam Mann. Für eine vergleichsweise kleine Organisation mit begrenzter Manpower falle es ACHSE allerdings schwer, stets alle Aspekte der hochkomplexen Reform im Blick zu behalten.

RECHTSWIDRIGE SUBVENTIONEN? KBV KÖNNTE KLINIKREFORM IN BRÜSSEL PRÜFEN LASSEN

Von Anno Fricke

BEVORZUGT DIE AKTUELL ZU BERATENDE KLINIKREFORM KRANKENHÄUSER ZUM SCHADEN DER VERTRAGSÄRZTE? Die KBV könnte die Reform nun von der Europäischen Kommission auf ihre Wettbewerbskonformität prüfen lassen. In diese Richtung zielt zumindest ein Rechtsgutachten.

BERLIN. Mit der angesetzten Verbändeanhörung bewegt sich das Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz (KHVVG) wieder einen Verfahrensschritt voran. Im Vorfeld ist die Finanzierung der Reform im Auftrag der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) gutachterlich untersucht worden. Hintergrund ist die Annahme, dass mit der Reform die Möglichkeiten von Krankenhäusern erweitert werden sollen, an der ambulanten Versorgung teilzunehmen.

Der Ansatz des Gutachtens, das von der Stuttgarter Anwaltskanzlei Gleiss Lutz erstellt worden ist, richtet sich in die Richtung der sogenannten „sektorübergreifenden Versorgungseinrichtungen“, die im Gesetzentwurf vorgesehen sind. Die für den Einstieg in die ambulante Versorgung erforderlichen Investitionen könnten dabei aus Steuermitteln finanziert werden, während die Vertragsärzte ihre Investitionen nach wie vor überwiegend selbst tragen müssten. Das Gutachten liegt der Ärzte Zeitung vor, zuerst hatte das Deutsche Ärzteblatt online darüber berichtet.

KBV-VORSTAND: „RECHTSWIDRIGE SUBVENTIONEN“

„Staatliche Subventionen für Tätigkeiten der Krankenhäuser im ambulanten Bereich sind rechtswidrig, weil sie den Wettbewerb der Marktteilnehmer unzulässig beeinflussen“, begründeten die KBV-Vorstände Dr. Andreas Gassen, Dr. Stephan Hofmeister und Dr. Sibylle Steiner ihren Vorstoß auf Anfrage. Eine Krankenhausreform, die diese Aspekte nicht berücksichtige, werde rechtlich angreifbar sein. „Dies wird die Europäische Kommission zu prüfen haben“, kündigte die KBV-Spitze rechtliche Schritte an.

Die Stuttgarter Anwaltskanzlei Gleiss Lutz kommt in ihrer „Gutachterlichen Stellungnahme zu den EU-beihilferechtlichen Vorgaben und Grenzen der Investitionskostenförderung von Plankrankenhäusern“ zum Ergebnis, dass aus europarechtlicher Sicht die mit der Reform geplante weitergehende Öffnung von Krankenhäusern für die ambulante Versorgung „im Hinblick auf die Nutzung von Mitteln aus der Investitionskostenförderung eine beihilferechtlich relevante Begünstigung“ des stationären Sektors darstellen könne. Als mögliche Option der Vertragsärzteschaft sehen die Gutachter, Beschwerde bei der Europäischen Kommission einzulegen.

TRANSFORMATIONSFONDS IM FOKUS

Grund: Die Finanzierung des Umbaus und der Ambulantisierung der stationären Versorgung aus Mitteln der gesetzlichen Krankenkassen und der Länder könnten eine „wettbewerbsverzerrende Quersubventionierung“ darstellen. Im Blick haben die Gutachter dabei konkret den 50 Milliarden Euro schweren Transformationsfonds, aus dem zwischen 2026 und 2035 die Neuausrichtung der Krankenhausversorgung bezahlt werden soll.

VERTRAGSÄRZTLICHE VERSORGUNG IM KRANKENHAUS

Die Gutachter gehen davon aus, dass ein Teil der aktuell 1.262 Plankrankenhäuser nach Inkrafttreten der Reform an der ambulanten Versorgung teilnehmen werde, ohne dafür eigens ein Medizinisches Versorgungszentrum gründen zu müssen. Diese sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtungen könnten dann „regelmäßig und dauerhaft zur Erbringung sämtlicher vertragsärztlicher Leistungen im hausärztlichen Bereich ermächtigt werden, ohne dass ein Sonderbedarf oder ein Sicherstellungsdefizit vorliegen“ müsse, stellen die Gutachter fest.

FORDERUNG NACH GLEICHLANGEN SPIESSEN

Damit bestünde die Gefahr, dass die Krankenhäuser zunehmend mehr ambulant behandelten und sich der Schwerpunkt ihrer Tätigkeit gar von der stationären zur ambulanten Leistungserbringung verschiebe. „Diese Befürchtung wird durch den angedachten ärztlichen Weiterbildungsauftrag unterstützt, der ein erhebliches Interesse dieser Einrichtungen an einem adäquaten stationären und ambulanten Weiterbildungsangebot vermuten lässt“, schreiben die Gutachter. Schließlich sollen diese Einrichtungen eine Weiterbildung aus einer Hand ermöglichen, wie es im Referentenentwurf heißt.

„Der viel und gerne von der Politik postulierte Wettbewerb der gleichlangen Spieße hat nie wirklich stattgefunden und wird mit dem vorliegenden Gesetzesentwurf zur Krankenhausreform noch einmal zulasten des ambulanten Bereichs erschwert“, heißt es dazu von den KBV-Vorständen. Mit dem aktuellen Gesetzesentwurf spitze sich die Situation sogar zu. Der Entwurf verstoße gegen Regelungen zum EU-Beihilferecht, weil er erneut eine finanzielle Förderung ausschließlich der Krankenhäuser vorsehe. Praxen können dagegen eine Förderung der Niederlassung nur dann in Anspruch nehmen, wenn eine Unterversorgung vorliegt oder zu erwarten ist.

SEIEN SIE DABEI



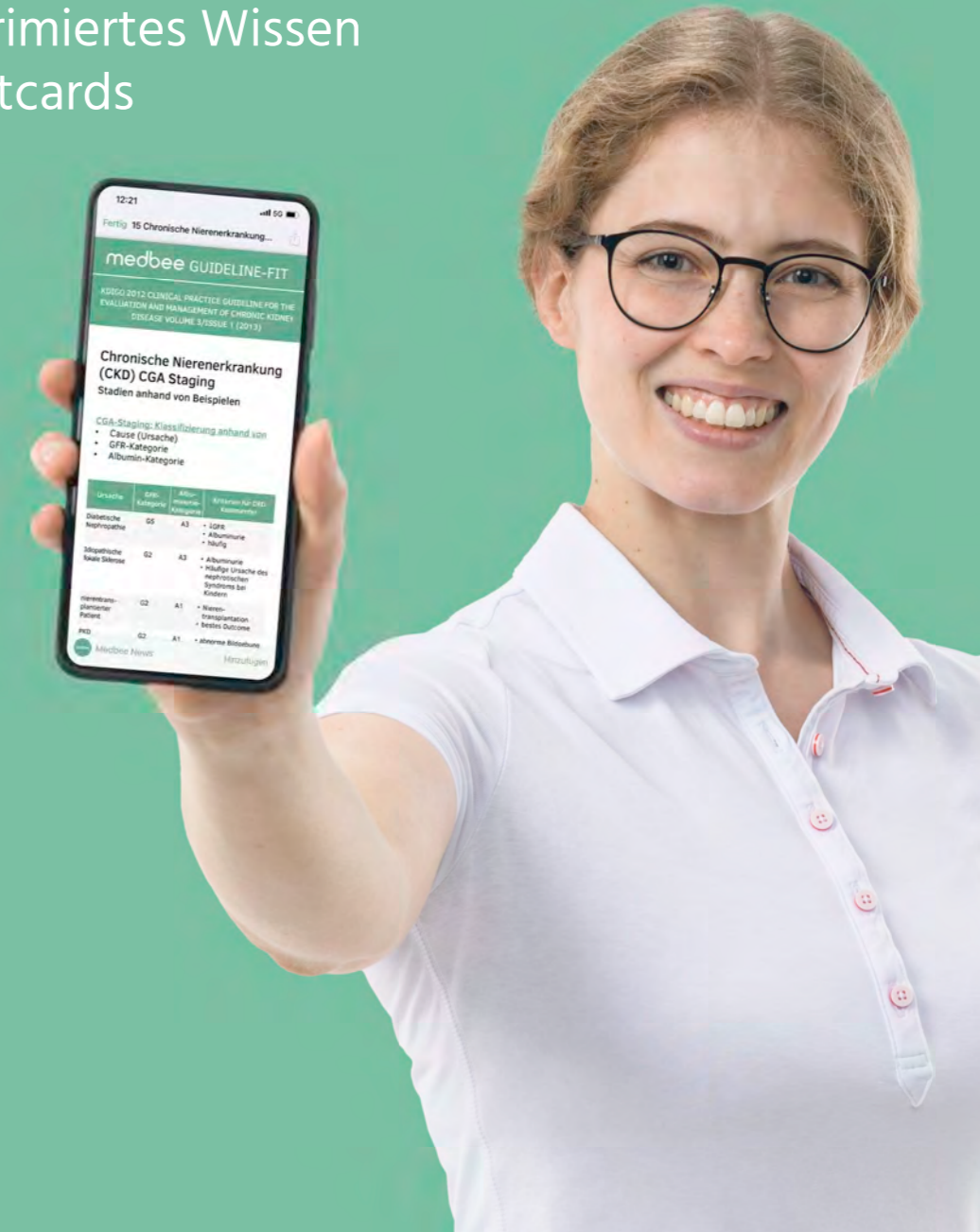
SUPER FRÜHBUCHER RABATT
bei Buchung bis 5. Juli 2024

Die Leitlinien für die Innere Medizin

medbee – Komprimiertes Wissen mit Online-Pocketcards

- ✓ Entscheidungshilfe am Point-of-Care
- ✓ Fachaustausch im professionellen Netzwerk
- ✓ Inhalte der App auch offline verfügbar

Kostenlos



Gesundheitskongress des Westens

14. und 15. Mai 2025 | KÖLN

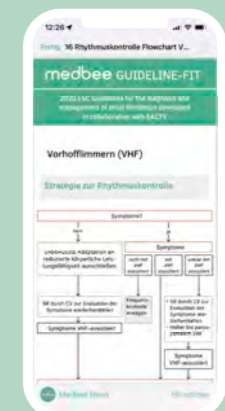


« **Anmeldung und aktuelle Informationen im Internet!**
www.gesundheitskongress-des-westens.de
 Kongressbüro +49 (0) 2234-95322-51 • info@gesundheitskongress-des-westens.de
 Veranstalterin © WISO S. E. Consulting GmbH

Hier registrieren



Jetzt informieren unter:
medbee.org



WIE SIEHT DIE KÜNFTIGE STRUKTUR DES EBM AUS, WENN DIE VORSCHLÄGE AUS DEM ENTWURF ZUM GVSG WIRKLICHKEIT WERDEN SOLLTEN? DIE DEBATTE DES HAUSÄRZTINNEN- UND HAUSÄRZTE-VERBANDS ÜBER CHANCEN UND GEFAHREN FÜR DIE HAUSARZTMEDIZIN WAR ENGAGIERT.

Von Hauke Gerlof

LEIPZIG. Der geleakte Referentenentwurf zum Gesundheitsversorgungsstärkungsgesetz sieht unter anderem jahresbezogene Versorgungspauschalen und eine Vorhaltepauschale für die hausärztliche Versorgung vor. Doch wie hoch werden die Pauschalen sein, wie vertragen sich die neuen Regeln mit der ebenfalls geplanten Entbudgetierung der hausärztlichen Leistungen, und welche Bedingungen müssen Hausarztpraxen erfüllen, damit sie (welchen Teil) der Vorhaltepauschalen erhalten?

Bei der Frühjahrstagung entspann sich nach dem Bericht zur Lage eine kurze, aber engagierte Diskussion über diese im Gesetz noch offen gelassenen Punkte, die in den

vergangenen Tagen auch zu Stellungnahmen der Länder-KVen in Richtung Bundesgesundheitsministerium und Berechnungen des Zentralinstituts für die kassenärztliche Versorgung (Zi) über mögliche desaströse Folgen für die hausärztliche Versorgung geführt hatten.

Muss ein Hausarzt, der eine Vorhaltepauschale bekommen will, zum Beispiel die angeführten Samstagssprechstunden machen? Die Krankenkassen könnten sich dann bequem zurücklehnen, wenn die Entbudgetierung komme, schimpfte ein Delegierter, weil dann viele Praxen die Bedingungen für die Pauschalen gar nicht erfüllen könnten.

WIE HOCH WIRD DIE JAHRESPAUSCHALE SEIN?

Aus Hessen kam der Vorschlag, so vorzugehen, wie bei der dort vor einiger Zeit eingeführten Strukturpauschale. Von den vorgegebenen Kriterien sei eine festgelegte Anzahl zu erfüllen, zum Beispiel fünf von sieben, dann könnte eine Vorhaltepauschale fließen. Die Alternative: Für jedes erfüllte Kriterium gibt es einen bestimmten Anteil der Vorhaltepauschale. Eine Entscheidung darüber steht noch aus.

Befürchtungen wurden auch über die Höhe der vorgesehenen Jahrespauschale laut. Sie soll helfen, Hausarztpraxen zu entlasten, weil nicht mehr in jedem Quartal zwei Arzt-Patienten-Kontakte notwendig wären, um das volle Honorar für eine Betreuung chronisch kranker Patienten zu erhalten. Sie könnte sinnvoll sein bei Schilddrüsenpatienten oder bei Patientinnen und Patienten mit Hypertonie, die gut eingestellt seien.

ZWEIEINHALB QUARTALSPAUSCHALEN IST EINE JAHRESPAUSCHALE?

Wie wäre es beispielsweise, wenn die Jahrespauschale bei einem Kontakt im Jahr so hoch wie zweieinhalb Quartalspauschalen Chronikerzuschlag wäre? Die Notwendigkeit einer gestaffelten Pauschale für Patienten, die eine intensive Betreuung benötigen, wurde in der Diskussion gefordert. Vieles ist einfach noch offen, das wurde in Leipzig klar: „Hausärztliche Versorgung muss einen Preis haben, und der ist im Moment zu niedrig“, betonte der Co-Vorsitzende des Verbands, Dr. Markus Beier. Es müsse zusätzliches Geld in die hausärztliche Versorgung fließen, forderten auch mehrere Delegierte. Beier sagte, er rechne mit harten Verhandlungen mit den Krankenkassen. Und er sehe auch noch die Notwendigkeit, intensiv am GVSG-Entwurf zu arbeiten, um wichtige Details zu korrigieren.

VORHALTEPAUSCHALE NUR MIT SAMSTAGS SPRECHSTUNDE?

PFLEGEZUNO



**BEDARFSGERECHTE PERSONALAUSSTATTUNG
AUF KLINIKSTATIONEN UND BESSERE ARBEITSBEDINGUNGEN
FÜR DIE DORT BESCHÄFTIGTEN PFLEGEKRÄFTE
RÜCKEN EIN STÜCK NÄHER**

LÄNDER STIMMEN VERORDNUNG ZUR BEMESSUNG STATIONÄREN PFLEGEPERSONALS ZU

Berlin. Der Deutsche Pflegerat begrüßt die Verabschiedung der Pflegepersonalbemessungsverordnung (PPBV) durch den Bundesrat als historischen Schritt. „Zum ersten Mal wird ein Personalbemessungssystem eingeführt. Das ist ein Meilenstein für die Attraktivität des Pflegeberufs und für die Sicherung der Versorgung“, so die Pflegeratspräsidentin Christine Vogler in einer Stellungnahme noch am Freitagnachmittag. Die Länderkammer hat bei ihrer heutigen Plenarsitzung der Verordnung mit mehreren Änderungswünschen in Textdetails zugestimmt. Zudem wurde eine Entschließung gefasst, wonach die Bundesregierung um Prüfung gebeten wird, ob sich die neue Personalbemessung nicht auch auf Erwachsenen-Intensivstationen anwenden lässt. Bislang ist vorgesehen, dass „nur“ der Personalbedarf auf Normalstationen für Erwachsene und Kinder sowie auf Intensivstationen für Kinder einem Soll-Ist-Vergleich unterzogen werden.

KANN ZUM 1. JULI IN KRAFT TRETEN
In einem späteren Ordnungsverfahren würden dann Vorgaben zum Personalaufbau gemacht, heißt es, um in der stationären Krankenpflege die vorgeschriebene Belegschaftsstärke zu erreichen. Erst am gestrigen Donnerstag hatten mehrere Länder noch Änderungswünsche angemeldet. Die Forderung Bayerns nach Verschiebung des Geltungsbeginns der Verordnung auf nächstes Jahr, fand jedoch keine Mehrheit. „Sofern die Bundesregierung mit den Maßgabe-Änderungen des Bundesrates einverstanden ist“, heißt es in einer Mitteilung des Gremiums, könne die Verordnung zum 1. Juli 2024 in Kraft treten.

PROFESSOR NICOLA BUHLINGER-GÖPFARTH
Co-Bundesvorsitzende des Hausärztinnen- und Hausärzterverbandes

HAUSÄRZTEVERBAND:
„OHNE REFORM
RISKIEREN WIR DEN
ZUSAMMENBRUCH
DER HAUSÄRZTLICHEN
VERSORGUNG.“

**DIE SORGEN UM DEN ZUSTAND DER HAUSÄRZTLICHEN VERSOR-
GUNG IN DEUTSCHLAND WERDEN BEIM HAUSÄRZTINNEN- UND
HAUSÄRZTEVERBAND AKTUELL EHER GRÖßER ALS KLEINER.
DAS ZEIGTE DER AUFTAKT DER FRÜHJAHRESTAGUNG IN LEIPZIG.
EIN STOPP DER REFORM SEI KEINE OPTION.**

Von Hauke Gerlof

LEIPZIG. Die Rufe des Hausärztinnen- und Hausärzterverbandes nach Reformen im Gesundheitswesen, insbesondere nach einer Stärkung der hausärztlichen Versorgung, werden drängender. Das zeigte sich am Freitag (12. April) zum Auftakt der Frühjahrstagung des Verbands in Leipzig. „An vielen Ecken und Ende wackelt die hausärztliche Versorgung gefährlich. Ohne eine nachhaltige Stärkung werden zukünftig Millionen Menschen ohne eine qualitativ hochwertige hausärztliche Versorgung dastehen – mit massiven Folgen für das gesamte Gesundheitswesen. Das Gesundheitsversorgungsstärkungsgesetz ist eine der letzten Chancen, um das Ruder noch rumzureißen“, sagte Professor Nicola Buhlinger-Göpparth, Co-Bundesvorsitzende des Hausärztinnen- und Hausärzterverbandes, vor den Delegierten des Verbands.

SPIELCHEN IN DER KOALITION
Buhlinger-Göpparth sah auch Lohn der Arbeit des Hausärzterverband im GVSG-Entwurf: Sieben Beschlüsse der Delegiertenversammlung seien in den dritten geleakten Referentenentwurf zum GVSG eingeflossen. Wer jetzt mit dem GVSG in der Koalition Spielchen spiele, zum Beispiel um die Gesundheitskioske zu verhindern, wie die FDP, und dafür die Hausärztinnen und Hausärzte im Regen stehen lasse, müsse mit dem Widerstand des Verbands rechnen, so Buhlinger-Göpparth. Sie appellierte auch an die Selbstverwaltung, sich konstruktiv einzubringen in den Prozess und nicht nur den Eindruck zu vermitteln, den Status quo aufrechtzuerhalten. In dieselbe Kerbe schlug auch ihr Gegenpart an der Spitze des Verbands Dr. Markus Beier. Angesichts der innerärztlichen Diskussion über die Reformvorschläge räumte Beier ein, dass viele Detailfragen noch zu klären seien. „Das darf aber keinesfalls dazu führen, die gesamte Reform zu verschleppen oder sogar scheitern zu lassen. Ohne eine grundlegende Reform riskieren wir den Zusammenbruch der hausärztlichen Versorgung“, so Beier in Leipzig. Er spielte vor allem auf die Möglichkeiten an, Jahresrezepte über das E-Rezept zu erstellen.

DIE AUSWIRKUNGEN DES E-REZEPTS
Wenn die Patientinnen und Patienten sel-
tener in die Praxis kämen und dann in zwei
Jahren die hausärztlich erzielte Punktmen-

ge zurückgehe, dann habe die hausärztliche Versorgung ein Riesenproblem. „Die Strukturreform brauchen wir so oder so“, sagte Beier. Inhaltliche Diskussionen über den besten Weg der Reformen seien richtig und wichtig, aber sie dürften nicht dazu führen, nichts zu tun. Beier prangerte auch die Situation bei Praxisverwaltungssystemen und Telematikinfrastruktur an. Die vielen Probleme, Ausfälle und Folgekosten durch Konsultation von Hotlines brächten Praxen hohe Folgekosten. Diese müssten über eine höhere TI-Pauschale aufgefangen werden, forderte der Co-Vorsitzende.

„DAS KARTELL DER PVS-HERSTELLER“
„Das Kartell der PVS-Hersteller“, so Beier, müsse strenger an die Hand genommen werden. Manche ältere Systeme kämen aktuell absolut an ihre Grenzen: „Man kann nicht aus einem VW-Käfer ein modernes E-Auto machen“, so die Feststellung Beiers. Buhlinger-Göpparth verwies auf die anhaltenden Erfolge der Hausarztzentrierten Versorgung. Nach ihren Angaben seien 9,3 Millionen Patientinnen und Patienten in der HZV eingeschrieben, erstmals mehr als Vollversicherte in der Privaten Krankenversicherung. Allein 2023 hätten Hausärztinnen und Hausärzte 600.000 neue Teilnehmerinnen und Teilnehmer für die HZV gewonnen. Dr. Torben Ostendorf, Vorsitzender des gastgebenden sächsischen Landesverbandes, wies darauf hin, dass die Sicherstellung der hausärztlichen Versorgung für Patientinnen und Patienten „eines der drängendsten politischen Probleme“ ist. „Die Menschen spüren die Folgen der Krise in der hausärztlichen Versorgung tagtäglich und machen sich nachvollziehbarer Weise Sorgen. Das sollten die Verantwortlichen in Berlin keinesfalls unterschätzen“, betonte Ostendorf auch mit Blick auf die anstehenden Wahlen in den östlichen Bundesländern. Beier verwies in seiner Rede auch auf das gemeinsame Bekenntnis des Bundesverbandes und aller Landesverbände zu Toleranz, Menschlichkeit und Vielfalt. Unter langem Beifall sagte Beier: „Wir dürfen keinen Zentimeter zurückweichen vor den Feinden der Demokratie.“ Im weiteren Verlauf der Tagung verabschiedeten die Delegierten der Frühjahrstagung ohne weitere Debatte einmütig das Bekenntnis des Verbands zu Toleranz, Menschlichkeit und Vielfalt.

KÜNFTIGE FINANZIERUNG DER SOZIALEN PFLEGEVERSICHERUNG

KONSTANTE PFLEGEBEITRÄGE DURCH STEUERN BELASTEN DEN HAUSHALT MASSIV.

Das Wissenschaftliche Institut der PKV hat nachgerechnet:
Wer durch Steuern die Beitragsentwicklung in der Pflegeversicherung bremsen
oder stoppen will, müsste Jahr für Jahr viele Milliarden Euro aufwenden.

Von Thomas Hommel

BERLIN. Das Wissenschaftliche Institut der Privaten Krankenversicherung (WIP) warnt vor einer dauerhaften und starken Belastung des Bundeshaushalts, sollten Steuern eingesetzt werden, um die Beitragsentwicklung in der sozialen Pflegeversicherung (SPV) zu bremsen. Bundesgesundheitsminister Karl Lauterbach (SPD) hatte sich am Dienstag anlässlich der Eröffnung der Altenpflegemesse in Essen für eine stärkere Steuersäule in der SPV ausgesprochen. „Es kann nicht alles über Beitragssätze finanziert werden“, sagte Lauterbach. Das WIP hat die möglichen Ausgaben für zwei Szenarien berechnet. Im ersten Fall wurden nur die durch die demografische Alterung entstehenden Mehrkosten berechnet. Damit wird zugleich angenommen, dass die Einnahmen der SPV im gleichen

Ausmaß wie die Ausgaben steigen. Der nötige Steuerzuschuss würde sich im kommenden Jahr demnach auf eine Milliarde Euro belaufen und dann bis 2030 auf fünf Milliarden Euro steigen. Auch in den 2030er-Jahren würde die Belastung des Bundeshaushalts sukzessive zunehmen: 2035 müssten 10,7 Milliarden Euro in die SPV fließen, um den Beitragssatz konstant zu halten. Im Jahr 2040 wären es dann 20,5 Milliarden Euro.

PKV-VERBANDSDIREKTOR WARNT VOR
„SOZIALPOLITIK AUF PUMP“

Noch weitaus stärker fiel die Belastung der öffentlichen Hand aus, wenn – wie im zweiten Szenario – angenommen wird, dass das Verhältnis von Einnahmen und Ausgaben in der SPV sich so weiterentwickelt wie in den

vergangenen 20 Jahren. Je Mitglied in der SPV haben in diesem Zeitraum die beitragspflichtigen Einnahmen um durchschnittlich 2,0 Prozent zugenommen, die Ausgaben aber um 5,7 Prozent.

In diesem zweiten Szenario wäre bereits im kommenden Jahr eine Steuer-Stütze in Höhe von 3,1 Milliarden Euro aus dem Haushalt fällig. 2030 wäre diese Summe auf 21 Milliarden Euro hochgeschwungen und würde im Jahr 2040 dann 87,9 Milliarden Euro betragen, so die Berechnungen des WIP. Eine solche „Sozialpolitik auf Pump“ würde der kommenden Generation noch höhere Lasten aufbürden, sagte PKV-Verbandsdirektor Florian Reuther. Ohne mehr kapitalgedeckte Pflegevorsorge werden künftig die Beitragszahler und der Bundeshaushalt „total überfordert“, warnt er.



PRIMÄRVERSORGUNGSZENTREN: PIONIERE SIND ENTTÄUSCHT ÜBER

POLITISCHE KEHRTWENDE

BUNDESGESUNDHEITSMINISTER LAUTERBACH HAT DIE PRIMÄRVERSORGUNGSZENTREN AUS DEM GESUNDHEITSVERSORGUNGSSTÄRKUNGSGESETZ GESTRICHEN. DIE ENTTÄUSCHUNG DARÜBER IST UNTER DEN PIONIEREN IN BERLIN UND HAMBURG GROSS – AUCH WENN SIE MIT DEN URSPRÜNGLICH VORGESEHENEN REGELUNGEN NICHT ZUFRIEDEN WAREN.

BERLIN. Ein Riesenpaket sollte das Gesundheitsversorgungsstärkungsgesetz (GVSG) Nummer eins werden. Mitte März sagte Bundesgesundheitsminister Karl Lauterbach (SPD) auf dem SpiFa-Fachärztetag mit erkennbarem Stolz in der Stimme, das GVSG sei „groß“ geworden. Vier Wochen später, am 13. April, dann die Überraschung: Das Bundesministerium veröffentlichte seinen vierten und deutlich geschrumpften Referentenentwurf zum GVSG.

AUS FÜR GESUNDHEITSKIOSKE NICHT ENDGÜLTIG?

Wegen koalitionsinterner Kritik an manchen Regelungen hatte Lauterbach sein Gesetzesvorhaben entschlackt: Zur Überraschung aller flogen nicht nur die Gesundheitskioske aus dem Entwurf, sondern auch die Primärversorgungszentren (PVZ), die als neue Leistungserbringer etabliert werden sollten. Vermutlich ist die Verknüpfung der PVZ mit den Gesundheitskiosken, die in den vorherigen Entwürfen vorgesehen war, den Primärversorgungszentren zum Verhängnis geworden. Lauterbach deutete allerdings an, dass die Kioske im Laufe des Gesetzgebungsverfahrens wieder in das GVSG eingebaut werden könnten. Ob dann auch die PVZ wieder mit reingenommen werden, ist offen.

MEHRFACH AUSGEZEICHNETES KONZEPT

In Berlin-Neukölln im Stadtteil-Gesundheitszentrum des Vereins Gesundheitskollektiv (Geko) ist die Enttäuschung groß – auch wenn die ursprünglichen Pläne zu den PVZ dort kritisch gesehen wurden. „Aber ich hatte die Hoffnung, dass die relevanten Akteure im weiteren Prozess einbezogen worden wären und wir unsere Vorschläge hätten einbringen können. Bis es nun wieder zu einem neuen Gesetzesvorstoß kommt, kann es ja noch lange dauern, und ob das in dieser Legislatur überhaupt passiert, ist fraglich“, sagt Dr. Patricia Hänel, Koordinatorin im Geko. Das Stadtteil-Gesundheitszentrum in Neukölln hat es deutschlandweit schon zu einiger Berühmtheit gebracht, mehrfach wurde es mit Preisen ausgezeichnet, zuletzt mit dem Springer Medizin Charity Award 2023.

GEFÖRDERTES PORT-ZENTRUM

Das Zentrum beheimatet seit 2022 unter einem Dach eine Haus- und Kinderarztpraxis, eine Praxis für Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapie sowie eine Pflege- und Sozialberatung und Case- und Care-Management. Zusätzlich werden Gesundheitsberatung, Bewegungs- und Selbsthilfeangebote offeriert sowie Sportprogramme für Kinder und Jugendliche sowie Nachbarschaftsprojekte. Ein Café dient Interessierten und Menschen mit Beratungsbedarf als niedrigschwelliger Anlaufpunkt.

Das Stadtteil-Gesundheitszentrum gehört zu den von der Robert Bosch-Stiftung geförderten PORT-Zentren (Patientenorientierte Zentren zur Primär- und Langzeitversorgung) und folgt der Erkenntnis, dass sich gesundheitliche und soziale Probleme nicht isoliert betrachten lassen. Deswegen finden sich in dem Neubau im Rollbergkiez die verschiedenen Berufe unter einem Dach. Die Wege für die Menschen und Patienten sollen möglichst kurz sein.

GESUNDHEITZENTREN IN HAMBURG AB SOMMER IM INNOVATIONSFONDS

Ein ähnliches Konzept verfolgt die Poliklinik in Hamburg-Veddel. Auch sie bietet seit 2017 eine primärmedizinische Versorgung mit Gemeinwesenarbeit an. Es gibt eine Sozial- und psychologische Beratung, Präventionsprojekte, eine Sprechstunde für Trans-, Inter- und nonbinäre Personen. An zwei Standorten bietet die Poliklinik allgemeinmedizinische Versorgung an. Ab August 2024 werden die beiden Gesundheitszentren für mehr als drei Jahre vom Innovationsfonds des Gemeinsamen Bundesausschusses gefördert. NAVIGATION heißt das Programm, mit dem die Hamburger und Berliner Schwestern neue bundesweite Standards für eine moderne Versorgung in Deutschland entwickeln und umsetzen wollen.

ALLE SIND TOTAL BEGEISTERT

Das Lob aus allen Ecken und Enden nehmen die Berliner und Hamburger Pioniere erfreut zur Kenntnis. Dass die Anerkennung nun aber doch nicht in gesetzlichen Regelungen zu Primärversorgungszentren mündet, sei „traurig“, so Hänel. Schließlich seien „alle, die sich mit unserem Ansatz der Versorgung beschäftigen, total begeistert. Auch vom Bundesgesundheitsministerium werden wir als Vorzeigeprojekt gehandelt. Ich würde mir wünschen, dass unsere Expertise in dem Feld stärker in weitere Überlegungen einbezogen wird.“ Bei den ursprünglich vorgesehenen Paragrafen zu den PVZ hatten die Neuköllner und Hamburger Pioniere viel Verbesserungsbedarf gesehen: „Mutlos“ sei er gewesen, sagte Hänel vor einigen Wochen im Gespräch mit der Ärzte Zeitung, und immer noch viel zu arztzentriert, fand damals Philipp Dickel, Arzt und Projektkoordinator der Poliklinik Veddel.

VIELE VERBESSERUNGSVORSCHLÄGE

Sollten die PVZ es doch wieder in das GVSG schaffen, hätten Dickel und Hänel einige Verbesserungsvorschläge. Einer davon betrifft die Arztstühle: Die Vorgabe, dass die Zentren mit mindestens drei vollen Hausarztstühlen ausgestattet sein müssen, sei zu hoch gewesen und auf dem Land „unrealistisch“. Für das Stadtteil-Gesundheitszentrum

in Berlin und die Poliklinik in Veddel hätte die Arztstuhlvorgabe zur Folge gehabt, dass ausgerechnet die Pioniere der Primärversorgung nicht als Primärversorgungszentren hätten anerkannt werden können. „Als First Mover wären wir rausgefallen“, so Hänel. Besser wäre es, wenn die Primärversorgungszentren von mehreren Berufsgruppen geführt werden könnten – etwa einem Tandem aus Arzt und Pflege, Sozialarbeiter oder Community Health Nurse. Dann, so Hänel, bräuhete man nicht so viele Arztstühle und könnte außerdem davon reden, dass die verschiedenen Akteure auf Augenhöhe sprechen.

KRITISCHER FAKTOR: FINANZIERUNG

Ein ganz anderer Weg müsste auch bei der Finanzierung eingeschlagen werden. Auf jeden Fall müsste die Vergütung populationsbezogen sein und sollte möglicherweise auch noch einen Demografie- und Sozialfaktor enthalten. Für eine berufsgruppenübergreifende Versorgung müssten Anreize gesetzt werden, „ohne wird es nicht klappen“, so Hänel. Sonst stelle sich jeder Arzt oder Ergotherapeut die Frage: „Gehe ich eine Stunde auf eine Fallkonferenz oder rechne ich in der Zeit lieber fünf Patienten ab?“ Sinnvoll wäre laut Dickel ein Kostendeckungsprinzip mit einer unabhängigen Qualitätskontrolle. Ideal wäre eine SGB-übergreifende Finanzierung, wie sie bei den Sozialpädiatrischen Zentren geschaffen wurde. Sinnvoll wäre es zudem, neben den Krankenkassen auch die Kommunen stärker mit ins Boot zu holen. Nach dem Rauswurf der PVZ aus dem Gesetz heißt es für das Stadtteilgesundheitszentrum in Neukölln bis auf Weiteres: „Wir werden weiter ohne gesetzliche Unterstützung und planbare Finanzierung arbeiten müssen“, so Patricia Hänel. Das aufwändige Gehangel von Förderung zu Förderung geht weiter.

LAUTERBACH SETZT VOLL AUF DIE KI-KARTE – AUCH IN DER VERSORGUNG

Von Matthias Wallenfels

BERLIN. Bundesgesundheitsminister Professor Karl Lauterbach (SPD) setzt in seinem Ministerium voll auf die KI-Karte. Denn künstliche Intelligenz helfe zum Beispiel, eine Alzheimer-Demenz immer früher detektieren zu können oder in der Präzisionsonkologie patientenindividuelle Therapien zu definieren, wie Lauterbach in Berlin zur Eröffnung der Health-IT-Messe DMEA sagte.

Da personalisierte Krebstherapien aber eine sehr teure Medizin darstellten, müsse auch genau geschaut werden, für wen sie geeignet seien – am besten wiederum mittels KI-Unterstützung. Mit Blick auf seine bereits verabschiedeten und sich noch im Verfahren befindlichen Gesetze, betonte Lauterbach seine Maxime „KI in all Policies“.

KI und die Methode des Computational Computing sollen laut Lauterbach dazu führen, dass Deutschland den weltweit größten medizinischen Datensatz zusammenstellt, der wiederum für die medizinische Forschung zur Verfügung stehen soll. Dieser soll am Forschungsdatenzentrum (FDZ) Gesundheit entstehen, welches beim Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) angesiedelt ist.

In diesen Datensatz sollen, so der Minister, alle verfügbaren Daten aus der elektronischen Patientenakte, aus dem stationären wie ambulanten Sektor, aber auch Krebsregistern Eingang finden.

MINISTER WILL ÄRZTE EIN STÜCK WEIT VON BÜROKRATIE BEFREIEN

Auf Nachfrage, wann denn die im Koalitionsvertrag angekündigte Bürokratielastung für Praxen spürbar werde, betonte Lauterbach zuerst, dass der Mehrwert durch weniger Bürokratie „auch bei der Basis ankommen und in den Praxen spürbar sein muss“. So sollen zum Beispiel, wie er erinnerte, im Zuge des Versorgungsgesetzes I Arzneimittelregresse weitestgehend Geschichte werden.

Aber auch Kliniken sollten von Bürokratie entlastet werden, so Lauterbach auf eine entsprechende Frage aus der Deutschen Krankenhausgesellschaft. Als Vehikel diene

hier das Ende März in Kraft getretene Krankenhaustransparenzgesetz, das „mittelfristig die Qualitätsberichte entfallen“ lasse – durch den geplanten Klinik-Atlas. Neben KI genießt aber auch die Interoperabilität der Anwendungen die ungeteilte Aufmerksamkeit des Bundesgesundheitsministers, sie sei ein „Kernthema“. Auf Nachfrage sicherte Lauterbach zu, dass in puncto Interoperabilität die entsprechenden Empfehlungen des Interop-Councils berücksichtigt würden. Die Mitglieder des siebenköpfigen Gremiums werden von der bei der gematik angedockten Koordinierungsstelle für Interoperabilität ernannt. „Skaliert wird die Interoperabilität dann anschließend durch das neue Kompetenzzentrum für Interoperabilität im Gesundheitswesen“, so Lauterbach abschließend.

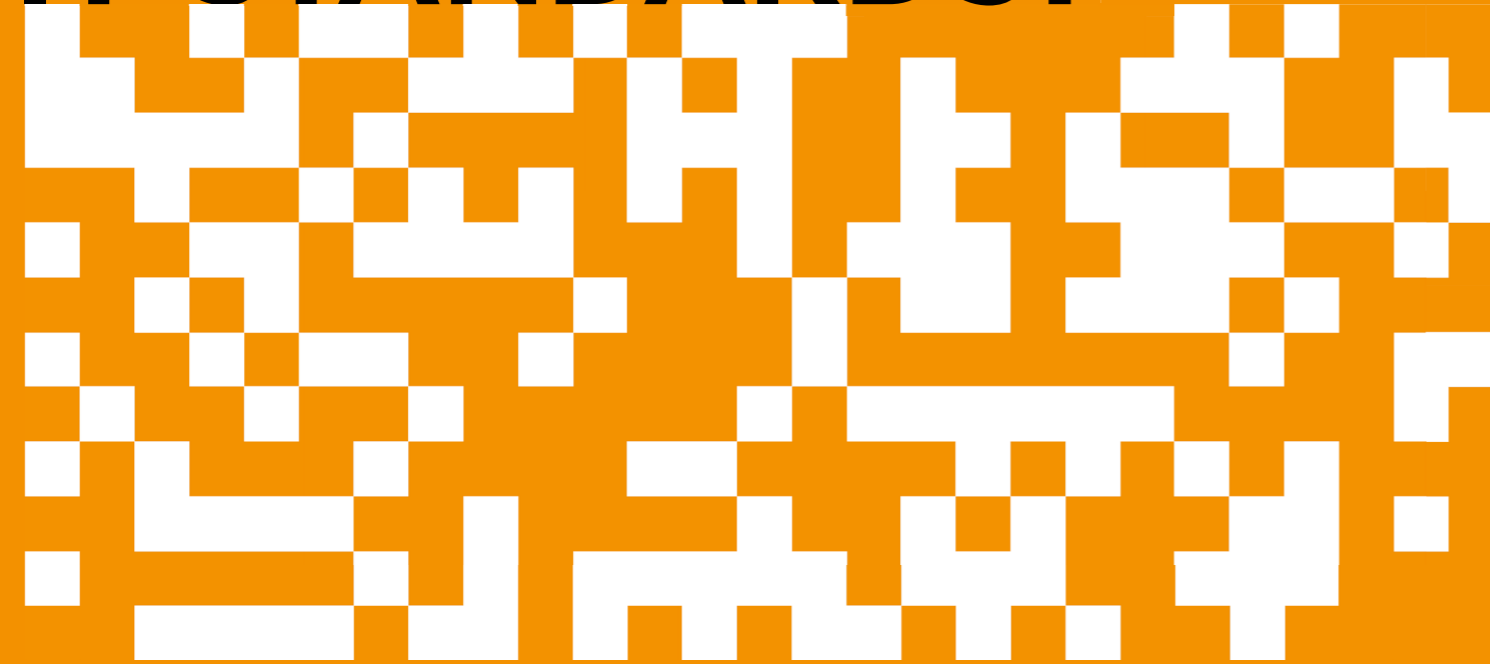


KÜNSTLICHE INTELLIGENZ IST DIE ESSENZ EINES DIGITALISIERTEN GESUNDHEITS- WESENS.

Bundesgesundheitsminister Karl Lauterbach
bei der Eröffnung der Health-IT-Messe DMEA in Berlin

HIER WIRD
DIE ZUKUNFT
GEMACHT.

IT-STANDARDS?



BERLIN. Der Normierungsprozess in der Gesundheits-IT nimmt Fahrt auf. Gerade mal einen Monat nach Inkrafttreten des Digitalgesetzes hat das Bundesgesundheitsministerium jetzt den Referentenentwurf für die Gesundheits-IT-Interoperabilitäts-Governance-Verordnung (IOP-Governance-Verordnung – GIGV) vorgelegt. Damit nimmt das Kompetenzzentrum für Interoperabilität, das über das Digitalgesetz geschaffen worden ist, konkrete Formen an. Der Referentenentwurf liegt der Ärzte Zeitung vor. Das Zentrum solle zum „zentralen Akteur zur Schaffung von Interoperabilität im Gesundheitswesen“ werden, heißt es im Entwurf. Interoperabilität von IT-Systemen ist zum Beispiel dann gegeben, wenn Schnittstellen die Übergabe von Daten aus einem System in ein anderes gewährleisten, wenn zum Beispiel ein Arztbrief nahtlos in die elektronische Patientenakte eingefügt

interoperable Anwendungen, die Beauftragung Dritter mit der Entwicklung von Spezifikationen und auch die Bereitstellung eines einheitlichen, qualitätsgesicherten Kommentierungs- und Standardisierungs- sowie Konformitätsbewertungsverfahrens“ gehören. Das Bundesgesundheitsministerium (BMG) kann die entwickelten Standards auf Vorschlag des Kompetenzzentrums dann als verbindlich festlegen – für bestimmte Bereiche oder auch für das gesamte Gesundheitswesen. Auch die Fristen für die Umsetzung werden vom BMG bestimmt.

SIEBEN EXPERTEN FÜR INTEROPERABILITÄT

Unterstützung erhält das Kompetenzzentrum laut Verordnung durch ein siebenköpfiges Expertengremium, das interdisziplinär zusammengesetzt sein soll. BMG und die

die ebenfalls im Verordnungsentwurf detailliert geregelt wird. Dort sollen die Aktivitäten zusammengeführt und veröffentlicht werden, damit alle Akteure sich nach den veröffentlichten verbindlichen Standards richten können.

Auch für diese Plattform gibt es eine Vorläuferin, die aber das Ziel mehr Interoperabilität bisher nicht wirklich vorangebracht hat, sondern eher zu einem Nebeneinander verschiedener Standards geführt hatte. Nun soll eine Aufnahme in die neue Plattform nur über das Kompetenzzentrum laufen können.

Über die Verordnung soll auch das Verfahren festgelegt werden, wie Softwareanbieter die Konformität ihrer Produkte mit festgelegten Standards bewerten lassen können – und wie anschließend die Zertifizierung erfolgt.

DAFÜR IST BALD DAS KOMPETENZ-ZENTRUM FÜR INTEROPERABILITÄT ZUSTÄNDIG

Von Hauke Gerlof und Anno Fricke



SEIT JAHREN VERSUCHT DER GESETZGEBER, IMPULSE FÜR MEHR INTEROPERABILITÄT UND STANDARDISIERUNG DER IT-SYSTEME IM GESUNDHEITSWESEN ZU SETZEN, AUCH WIEDER MIT DEM DIGITALGESETZ. EIN KOMPETENZZENTRUM SOLL ES JETZT RICHTEN. FÜR DIE DAFÜR ERFORDERLICHE VERORDNUNG HAT DAS BMG JETZT DEN REFERENTENENTWURF VORGELEGT.

werden kann – egal in welchem Primärsystem er geschrieben worden ist.

VERMEIDUNG VON DOPPELARBEIT

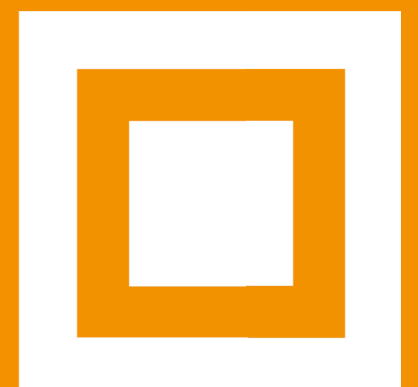
Das Zentrum tritt die Nachfolge der bei der Gesellschaft für Telematik angesiedelten Koordinierungsstelle für Interoperabilität (KOS) an und wird mit weiterreichenden Kompetenzen ausgestattet. Auch die KOS habe nicht verhindern können, dass teilweise sich selbst widersprechende Spezifikationen entwickelt worden seien und auch manche Spezifikationen mehrfach erstellt worden seien. Spezifikationen legen die Datenformate in IT-Anwendungen fest. Zu den Aufgaben des Zentrums sollen die „zentrale Priorisierung von Bedarfen für

Betriebsgesellschaft der Telematikinfrastruktur gematik können sich jeweils durch eine eigene Expertin oder einen Experten vertreten lassen.

Vorläufer des Gremiums ist wohl das Interop-Council bei der gematik, das seit einigen Jahren besteht und derzeit von Professor Sylvia Thun geleitet wird. Die Auslagen der Mitglieder werden von der gematik erstattet, bei der auch das Kompetenzzentrum selbst angesiedelt ist.

NEUE WISSENSPLATTFORM FÜR DEN ÜBERBLICK

Zusammenlaufen sollen die Aktivitäten in der „Wissensplattform für Interoperabilität und Cybersicherheit im Gesundheitswesen“.



Kürzlich titelte der Branchendachverband ABDA: „Gutachter warnen vor Apothekenreformplänen von Bundesgesundheitsminister Lauterbach“. Um Himmels willen – was hat der Mann vor? Nichts weniger als eine strukturelle Runderneuerung der Arzneimittelabgabe. Bereits beim Apothekertag Ende September konfrontierte der Minister die freiberuflichen Pharmazeuten mit seinen Plänen – und erntete Entrüstung. Mitte Dezember legte das BMG „Eckpunkte“ vor. Unterdessen verläutet aus dem Ministerium, der Referentenentwurf sei fertig und gehe „in Kürze“ in die Ressortabstimmung. Noch vor der Sommerpause könne die Novelle vom Kabinett verabschiedet werden. Erklärtes Ziel: Ein flächendeckendes Apothekennetz angesichts solcher Herausforderungen wie Landflucht und Fachkräftemangel zu erhalten. Dazu sollen unter anderem telepharmazeutische Beratung erlaubt sowie Filialgründungen und -betrieb erleichtert werden. Apotheken sollen Aufgaben zur Prävention und Früherkennung von Herz-Kreislauf-Erkrankungen übernehmen, in Check-up-Untersuchungen einbezogen werden oder auch neue pharmazeutische Dienstleistungen erbringen dürfen.

MEHR UMSATZ ÜBER MENGE

Nennenswert mehr Geld soll es allerdings nicht geben. Einziges Trostpflaster ist den bisherigen Ankündigungen zufolge eine geringe Anhebung des Notdienstzuschlags. Zudem soll die Anpassung des gesetzlichen Honorars je abgegebener Rx-Packung künftig zwischen GKV-Spitzenverband und Apothekerschaft ausgehandelt werden, erstmals mit Wirkung ab 2027. Bislang wird die Marge vom Bundeswirtschaftsministerium in der Arzneimittelpreisverordnung festgelegt, aktuell als „Festzuschlag von drei Prozent zuzüglich 8,35 Euro“, wie es in der Verordnung heißt. Übergangsweise soll die dreiprozentige Marge auf zwei Prozent gesenkt und im Gegenzug der fixe Packungszuschlag um die dadurch freigesetzten Mittel angehoben werden. Profitieren würden dadurch Apotheken, die vor allem vom Mengengeschäft der generischen Grundversorgung leben. Während hochpreisige Innovationen weniger Spanne abwerfen als bisher. Seit langem fordert die ABDA eine Anhebung des packungsbezogenen Abgabebzuschlags auf wenigstens zwölf Euro – und keine Umverteilung. Die würde auch nicht viel bringen, ist man sich sicher und verweist auf ein – bislang noch unveröffentlichtes – Gutachten, mit dem der Gießener Volkswirt Professor Georg Götz beauftragt wurde.

APOTHEKER WOLLEN KEINE TELEPHARMAZIE

Von Christoph Winnat

DIGITALE APOTHEKERPRÄSENZ KÖNNTE DIE BETRIEBSKOSTEN EINER FILIALE KRÄFTIG DRÜCKEN. EINE CHANCE! MIT DER DIE BRANCHE JEDOCH MEHRHEITLICH NICHTS ANFANGEN KANN.

GUTACHTER: HILFT SCHWACHEN BETRIEBEN NICHT

Nennenswerte Einkommenseffekte zugunsten kleinerer oder wirtschaftlich klammer Betriebe ließen sich von der Aufwertung der Mengenkomponeute zulasten der Strukturkomponente „bei unveränderten Krankenkassenausgaben“ nicht erwarten, bestätigt Götz. Da umsatzstarke Apotheken eben auch einen hohen Packungsdurchsatz hätten, bringe das schwächelnden Betrieben höchstens ein paar Tausend Euro – „nicht mehr als ein Tropfen auf den heißen Stein“. Um kleineren Offizinen gezielt zu helfen, sei eher über mengengestaffelte Zuschläge nachzudenken. Gewichtigen professoralen Sachverstand fährt die ABDA auch gegen die telepharmazeutischen Vorschläge Lauterbachs auf. Digitale Beratung und Personal-Unterstützung kritisiert sie als Einstieg in „Apotheken light“. Ob vielleicht sogar verfassungsmäßige Abwehrrechte berührt wären, sollte der Bonner Juraprofessor Udo Di Fabio ausloten. Das Ergebnis ist auch in diesem Fall noch nicht veröffentlicht. Bei einem Pressestermin in der letzten Aprilwoche durfte der ehemalige Richter am Bundesverfassungsgericht seine Gedanken aber schon mal vortragen.

GEFESTIGTES BERUFSBILD

Danach habe der Gesetzgeber in Erfüllung staatlicher Schutzpflichten ein dichtes Regelwerk geschaffen, um eine sichere Arzneimittelabgabe zu gewährleisten. Im Zuge dessen hätten sich die im Apothekengesetz sowie in der Apothekenbetriebsordnung formulierten Präsenzplichten approbierten Personals zum Berufsbild der freiberuflich aufgestellten Branche verfestigt, an dem sie nun mehrheitlich auch festhalte. „Weil es ihrer Überzeugung entspricht, nicht weil es so einträglich wäre“, wie Di Fabio betont. Daran zu drehen, bedeute nichts weniger als einen Grundrechtseingriff, der „im Hinblick auf Eignung und Erforderlichkeit zu beurteilen“ wäre. Gebe es mildere Mittel, Betriebskosten zu senken, sei die Abkehr „vom Leitbild persönlicher Kontrolle der Arzneimittelabgabe durch einen pharmazeutisch qualifizierten Apotheker“ vor dem Hintergrund der Berufsfreiheit unzulässig. Als „milderes Mittel“ empfiehlt Di Fabio dem Gesetzgeber „andere Rentabilitätsbedingungen“. Offen bleibt, wie, wenn es hart auf hart käme, ein Apotheker in Karlsruhe die Verletzung seines Rechts auf freie Berufsausübung begründen sollte. Schließlich soll digitale Präsenz zur Produktabgabe nur ermöglicht und erlaubt, doch keineswegs alle darauf verpflichtet werden.

KOSTENVORTEIL FÜR FILIALEN

Beratung via Bildschirmkontakt könnte die laufenden Kosten einer Zweigstelle erheblich senken, weil dann nicht mehr wie heute für jeden Laden ein approbierter Pharmazeut zur Beaufsichtigung eingestellt werden müsste. 4.621 Filialapotheken gab es 2023 bundesweit. Auch Neugründungen oder die Übernahme einer Offizin, für die sich kein Nachfolger findet, als Nebenbetrieb, würden ökonomisch attraktiver. Theoretisch eine Chance. Über Gründe, warum die ABDA sie zurückweist, lässt sich spekulieren. Etwa, weil nur Marktteilnehmer sie ergreifen könnten, die willens und in der Lage sind, in Filialen und Digitaltechnik zu investieren? Für 64 Prozent aller zuletzt 17.571 Apotheken werden Jahresumsätze unterhalb des Durchschnitts (2023: rund 3,4 Millionen Euro) berichtet. Ein Drittel erzielt ausweislich jüngster – aber auch schon früherer – Verbandszahlen prekäre Betriebsergebnisse: Zuletzt nur maximal die Hälfte des branchendurchschnittlichen Gewinns (vor Steuern und Vorsorgeaufwand des Inhabers) von rund 148.000 Euro.

Mit
Testzugang
für Ihre
Klinik!

50%
Rabatt*

Springer Medizin Klinik

Springer Medizin Klinik unterstützt Ihre Ärztinnen und Ärzte mit stetig wachsenden Informationsangeboten im praktischen Klinikalltag.



110 deutschsprachige und über 600 englischsprachige Fachzeitschriften mit Archiv-Zugriff



Facharzt-Trainings,
1.000+ Kasuistiken,
über 180 Blickdiagnosen



Über 550 Springer Fachbücher zum Nachschlagen und Vertiefen



600 zertifizierte CME-Fortbildungen aus allen Fachgebieten



Die digitale Enzyklopädie e.Medpedia mit Inhalten aus über 30 Referenzwerken



Zertifizierte Webinare – live und on demand – mit Top-Fachleuten aus der Medizin

Auch mit Premium Content für Pflege und Klinikmanagement

Sie wählen, was Ihre Klinik braucht! Lassen Sie sich individuell beraten!

Fortbilden@SpringerMedizin.de

Jetzt informieren: [SpringerMedizin.de/Kliniken](https://www.springermedizin.de/kliniken)



*Das Angebot gilt für Neukunden bis 30.6.2024

Entscheidungsträger:innen in Institutionen des Gesundheitswesens sehen sich heute mit zahlreichen Herausforderungen konfrontiert. Längst reicht es nicht mehr aus, eine gute Versorgung der Patient:innen sicherzustellen. Um zukunftsfähig zu sein und zu bleiben, rücken daher wertbasierte Beschaffungskonzepte mehr und mehr in den Vordergrund. Im Rahmen einer Podiumsdiskussion beim diesjährigen Hauptstadtkongress am 28. Juni von 11 Uhr bis 12:30 Uhr diskutieren Expert:innen aus Institutionen, Industrie und Klinik zum Thema: „Qualität der Versorgung: Was können wir messen?“. Ansell bringt sich aktiv in die Diskussion ein.

VALUE-BASED PROCUREMENT - EIN KONZEPT MIT ZUKUNFT

Die Rahmenbedingungen für Entscheidungsträger:innen in Institutionen des Gesundheitswesens haben sich in den letzten Jahren erheblich gewandelt und bringen neue Herausforderungen mit sich. Die eine große Herausforderung des Beschaffungsmanagements der Krankenhäuser für die nächsten Jahre besteht darin, Lieferketten resilienter zu gestalten. Es gilt, Lieferabrisse und Versorgungsengpässe zu vermeiden. Ein weiterer, nicht weniger herausfordernder Aspekt ist die Erreichung ehrgeiziger Nachhaltigkeitsziele. In diesem Zusammenhang rücken wertbasierte Beschaffungskonzepte, ein sogenanntes Value-Based Procurement (VBP), mehr und mehr in Fokus.

LIEFERANT:INNEN MÜSSEN HEUTE MEHR ALS NUR PRODUKTE VERKAUFEN

Anlässlich des diesjährigen Hauptstadtkongresses findet am Freitag, den 28.6., von 11 Uhr bis 12:30 Uhr die Podiumsdiskussion „Qualität der Versorgung: Was können wir messen?“ statt. Im Rahmen der Veranstaltung wird Prof. Dr. Dr. Wilfried von Eiff, Leiter des Centrums für Krankenhaus-Management, Universität Münster, und Academic Director des Center for Health Care Management and Regulation, HHL Leipzig Graduate School of Management, aufzeigen, warum das Feld der Versorgungsqualität eng mit einem wertbasierten Beschaffungsmanagement verknüpft ist und welche Rolle das Thema Nachhaltigkeit spielt: „In herausfordernden Zeiten wie diesen geht es darum, über den reinen Kostentellerand hinauszuschauen. Die bestmögliche Versorgung der Patientinnen und Patienten ist dabei nur ein Aspekt, den es zu berücksichtigen gilt. Eine sichere und verlässliche Lieferstabilität, nachhaltige, partnerschaftliche Beziehungen sowie effiziente Prozesse und zufriedene Mitarbeiter:innen, die sich aufs Wesentliche konzentrieren können, gehören ebenso dazu. Genau deshalb

müssen Lieferantinnen und Lieferanten heute mehr als nur Produkte verkaufen,“ so der Referent vorab.

VBP: WAS VERBIRGT SICH DAHINTER?

Was bedeutet VBP eigentlich genau? Es geht hierbei längst nicht mehr nur um die reinen Beschaffungskosten von Medizinprodukten und Verbrauchsgütern. Weitere Aspekte wie die Qualität der Patient:innenversorgung, Sicherheit, Produktivität, Zufriedenheit der Mitarbeiter:innen sowie Nachhaltigkeit und Partnerschaftlichkeit spielen eine wachsende Rolle. Für das Unternehmen Ansell ist der Ansatz eines wertbasierten Beschaffungsmanagements ein ganz zentraler Aspekt, wenn es darum geht, die Zukunftsfähigkeit von Krankenhäusern zu sichern. Deshalb bringt Ansell sich aktiv in die Paneldiskussion ein. Sein VBP-Ansatz fußt auf 3 Säulen: Sicherheit, Produktivität und Nachhaltigkeit. Kern des Konzeptes sind hochwertige latexfreie OP-Handschuhe, die gleichermaßen die Sicherheit von Patient:innen und Mitarbeiter:innen verbessern.

WIE EIN LATEXFREIER OP DEN WEG ZUR ZUKUNFTSFÄHIGKEIT EBENEN KANN

Als weltweit führender Anbieter im Bereich der PSA-Technologie steht Ansell seit über 130 Jahren für innovative Sicherheit und nachhaltige Zuverlässigkeit. Das Unternehmen bietet maßgeschneiderte Lösungen mit Fingerspitzengefühl, die Krankenhäuser auf dem Weg zum latexfreien OP begleiten. Durch die Verwendung innovativer Technologien sowie den Einsatz modernster Materialien entwickelt Ansell hochwertige latexfreie OP-Handschuhe ohne Beschleunigerchemikalien und ohne Kompromisse hinsichtlich Tastsensibilität, Griffsicherheit, Tragekomfort und Strapazierfähigkeit. Das Ergebnis: eine sichere latexfreie Umgebung für Mitarbeiter:innen

und Patient:innen, vereinfachte effiziente Prozesse im OP-Management sowie eine Minimierung des Platzbedarfs für Lagerung und Verpackungsabfälle durch smarte Verpackungssysteme. Nachhaltigkeit beginnt für Ansell bereits bei der Produktentwicklung und erstreckt sich über den gesamten Produktlebenszyklus: von der Etablierung von Netto-Null-Prozessen in allen Werken über die Minimierung von Verpackungsmaterial bis hin zur Entwicklung kleinerer Verpackungen, die größere Transportmengen und somit weniger Transportemissionen erlauben. Darüber hinaus steht Nachhaltigkeit bei Ansell jedoch auch für langfristige partnerschaftliche Beziehungen, die Krankenhäuser Schritt für Schritt dabei unterstützen, zukunftsfähig zu sein und zu bleiben.

„IN HERAUSFORDERNDEN ZEITEN WIE DIESEN GEHT ES DARUM, ÜBER DEN REINEN KOSTENTELLERRAND HINAUSZUSCHAUEN. DIE BESTMÖGLICHE VERSORGUNG DER PATIENTINNEN UND PATIENTEN IST DABEI NUR EIN ASPEKT, DEN ES ZU BERÜCKSICHTIGEN GILT. DESHALB MÜSSEN LIEFERANTINNEN UND LIEFERANTEN HEUTE MEHR ALS NUR PRODUKTE VERKAUFEN.“

Lesen Sie hier anhand eines Erfolgsbeispiels, wie ein latexfreier OP die Patient:innenversorgung, Produktivität und Nachhaltigkeit verbessern kann:



Ansell

FAKTE ZAHLEN DATEN HSK

HAUPTSTADT
KONGRESS/24

149

AUSSTELLER

700

SITZPLÄTZE
IN DER ARENA

50%

FAST

DER TEILNEHMER
SIND WEIBLICH

91

VERANSTALTUNGEN

4.000 m²

AUSSTELLUNGSFLÄCHE

MEHR ALS
5.000

BESUCHER

460

REFERENTINNEN UND
REFERENTEN

MEHR ALS 50%

DER CA. 2.000 KRANKENHÄUSER UND KLINIKEN
DEUTSCHLANDS SIND DURCH DEN JEWELIGEN
VORSTAND, DIE GESCHÄFTSFÜHRUNG,
DIE ÄRZTLICHE LEITUNG UND/ODER
DIE PFLEGELEITUNG VERTRETEN

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 64



IMPRESSUM

HERAUSGEBER
WISO S. E. Consulting GmbH
Heidelberger Platz 3
14197 Berlin
T. +49 (30) 82787-5339
info@wiso-consulting.de
www.wiso-consulting.de

PRODUKTION
purpur GmbH
Konrad-Adenauer-Ufer 67
50668 Köln

— HSK —



SAVE THE DATE

25.-27.06.2025



DER HAUPTSTADTKONGRESS 2025 | hub27 | Messe Berlin