



Medienberichterstattung

Summary:

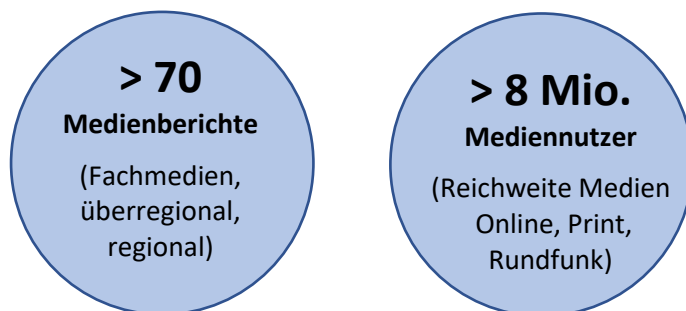
Zahlreiche Medien berichteten im Vorfeld sowie während und im Nachgang zum Hauptstadtkongress Medizin & Gesundheit 2024. Zudem nutzten viele Medienvertreter den Kongress zur Recherche oder um Gesprächspartner auch ohne aktuellen Anlass zu treffen und sich auszutauschen. Die Veranstalter haben insgesamt 158 Medienvertreter akkreditiert. Der Hauptstadtkongress wird von Journalisten nicht in jedem Beitrag explizit genannt, so dass von einer Vielzahl an zusätzlichen Berichten ohne expliziten HSK-Bezug auszugehen ist.

Berichte in direktem Zusammenhang mit dem HSK erschienen in Fachmedien wie Ärzte-Zeitung, Ärzteblatt, Das Krankenhaus, kma, Management & Krankenhaus, Medical Tribune, KU Gesundheitsmanagement, sowie in Tagesmedien wie ARD Mittagsmagazin, Focus Online, Berliner Zeitung, Radio eins und viele mehr. Speziell im Zusammenhang mit dem auf dem HSK vorgestellten Krankenhaus Rating Report berichteten u.a. FAZ, Focus, Tagesspiegel, Rheinische Post und viele weitere.

Schwerpunkte der Berichte waren insbesondere Themen rund um die Situation von Krankenhäusern (Krankenhausreform, Krankenhaus Rating Report etc.) sowie Themen rund um Digitalisierung und Künstliche Intelligenz (Einsatz KI bei Diagnose und Behandlung, digitale Patientenakte, Telemedizin etc.).

Die Einzeldarstellung zeigt eine Auswahl von Medienberichten.

Insgesamt wurden mehr als 70 Medienberichte generiert, mit einer gesamten Leser-Reichweite im mehrstelligen Millionenbereich.



Teil 1: Vorberichterstattung bis 25. Juni 2024

Medium: kma
Datum: Februar 2024
Print / Online: Print
Reichweite: 11.000 LpA



Kurz und bündig ► Veranstaltungen

GESUNDHEITSMANAGEMENTKONGRESS

Den Umbruch aktiv gestalten

Der Systemumbruch ist notwendig, und der Handlungsdruck wird immer größer: Fachkräftemangel, Fallzahlrückgang und unsichere Finanzierungsregelungen führen die Leistungserbringer an ihre Grenzen. Die Schere zwischen Kostensteigerungen und Preisanpassungen fällt immer weiter auseinander. Insolvenzen von Krankenhäusern und Pflegeeinrichtungen werden häufiger. Die Rufe nach Hilfen der Politik werden immer lauter. Diese bleibt aber mit der konkreten Gestaltung der Rahmenbedingungen zurück. Notwendige klare Regelungen stecken im Kompetenzgerangel zwischen Bund und Ländern fest. Diese Erfahrungen zeigen erneut, dass die Akteure der Gesundheitswirtschaft das Heft des Handelns selbst in

die Hand nehmen müssen. Dabei sind die Herausforderungen umfänglich: Der Kampf um Personal erfordert attraktive Arbeitsbedingungen. Die Frage nach schlanken und definierten Prozessen wird dabei mehr und mehr zum Erfolgsfaktor – auch in Hinblick auf die Sicherung der Versorgungsqualität. Hierzu müssen die großen Chancen der technischen Innovationen – sei es in der Digitalisierung, der Telemedizin oder der Robotik – konsequent genutzt werden.

Der Umbau der Versorgungslandschaft erfordert mutiges Handeln und konsequente Vernetzung der Akteure über Träger- und Sektorengrenzen hinweg. Krankenhausplanung allein sichert keine Versorgung. Stattdessen erfordern unsichere Zeiten immer neue Lösungen und Kooperationen. Ich lade Sie deshalb herzlich ein, diese umfänglichen Herausforderungen auf dem Gesundheitsmanagementkongress im Rahmen des Hauptstadtkongresses 2024

lösungsorientiert zu diskutieren. Lassen Sie uns durch konkrete Vorschläge und konkretes Handeln die Leistungserbringer und das Management wieder zu glaubwürdigen Partnern der politischen Entscheidungsträger machen. Ich freue mich auf Sie vom 26. bis 28. Juni 2024 in Berlin!

Dr. Matthias Bracht
Wissenschaftlicher Leiter des Gesundheitsmanagementkongresses



Medium: CNE Pflegemanagement
Datum: März 2024
Print / Online: Print
Reichweite: 1.200



NACHRICHTEN



Bundesverband
Pflegemanagement

26. bis 28. Juni 2024 Hauptstadtkongress 2024

Das Pflegemanagement steht zurzeit vor riesigen Herausforderungen. Nutzen Sie den Hauptstadtkongress als Plattform, um sich zu vernetzen und sich von möglichen Lösungsansätzen inspirieren zu lassen: Hier werden alle aktuellen Themen und Problemstellungen der Gesundheitsbranche in den Fokus gerückt, Konzepte diskutiert und Best-Practice-Modelle vorgestellt. Auf dem eingegliederten Pflegemanagementkongress trifft sich zeitgleich die gesamte Pflegebranche Deutschlands unter dem Motto „Ist die Pflege noch zu retten?“. Führungskräfte aus der Kranken- und Altenpflege, aus den ambulanten Diensten, aus den Trägerunternehmen, aus Pflegeschulen, Universitäten und der Pflegewissenschaft treffen dort auf Entscheider aus anderen Bereichen des deutschen Gesundheitswesens und der Gesundheitspolitik, wie Ärzte, Manager, Industrie, Versicherungen und Wissenschaft. Auch in diesem Jahr ist der Bundesverband Pflegemanagement in den Sessions vertreten. Durch ein vielseitiges Programm geben wir Ihnen die Möglichkeit, die aktuellen Themen zu diskutieren und Erfahrungen auszutauschen – Besucherinnen und Besucher erhalten so neue Impulse und praktische Tipps für ihre tägliche Arbeit. Speziell für unsere Mitglieder steht ein limitiertes Kontingent an Eintrittskarten für den Gesundheitsmanagement-Kongress zu Sonderkonditionen zur Verfügung. Wir freuen uns auf Ihr Erscheinen.



Vorsitzende	Sarah Lukic
Stellv. Vorsitzender	Hans-Josef Börsch
Stellv. Vorsitzende	Elena Wuzel
Vorstand	Simon Jäger
Schatzmeisterin	Marie-Luise Koch
Gast	Louise Enz
Geschäftsführer	Moritz Ernst

Bundesverband Pflegemanagement e. V.

Alt-Moabit 91
10559 Berlin
Tel.: 030/4403 76 93/-92
info@bv-pflegemanagement.de
www.bv-pflegemanagement.de

Verantwortlich für den Inhalt zeichnet
der Vorstand, i. A. Sarah Lukic

Bundesverband Pflegemanagement

Landesgruppe Baden-Württemberg

Vorsitzende: Oliver Hommel

Landesgruppe Bayern

Vorsitzender: Andreas Schober

Landesgruppe Berlin-Brandenburg

Vorsitzende: Annett Eggert

GESUNDHEITSMANAGEMENTKONGRESS BEIM HSK

Von Reform bis Fachkräftemangel

Wenn vom 26. bis 28. Juni 2024 der Hauptstadtkongress in Berlin seine Tore öffnet, wird es für die Medizin in Deutschland wohl so spannend wie noch nie. Von „dringenden Problemen“, „Hängepartie“ und „gefühltem Stillstand“ reden immer mehr Manager, Ärzte, Wissenschaftler und Pflegekräfte in allen Bereichen.

Unsichere Finanzierungsregelungen und Fachkräftemangel führen vor allem die Kliniken an ihre Grenzen. Ein Systemumbruch scheint unumgänglich. Kostensteigerungen und Preise passen nicht mehr zusammen.

„Natürlich habe ich den Anspruch, dass solch bedeutender Kongress auch Lösungsansätze darstellen kann“, sagt Dr. Matthias Bracht, Wissenschaftlicher Leiter des Gesundheitsmanagementkongresses beim HSK und Geschäftsführer Medizin Klinikum Region Hannover. Er skizziert für die kma die aus seiner Sicht vier wichtigsten Ebenen des Kongresses.

Politik & Krankenhausreform

Die klare Message von Bracht: „Wir müssen raus aus der politischen Sackgasse und rein ins Handeln. Die Probleme lösen sich nicht von selbst.“ So gäbe es unterschiedliche Sichtweisen. Die einen, die eher bestandsorientiert weiterarbeiten wollen; andere, die eine stärkere Konzentration und Vernetzung vorantreiben. Markante Stichwörter sind hier kalte Strukturbereinigung und Insolvenzen. Letztere würden objektiv betrachtet tatsächlich zunehmen, so Bracht. Doch man könne auch nach den Chancen schauen: Bieten ein gesteuertes Insolvenzverfahren oder eine Fusion vielleicht auch Möglichkeiten, um den Problemen im System begegnen zu können? Dafür müssten sich jedoch auch Bund und Länder endlich auf eine Fahrtrichtung einigen können.

Handlungsebenen des Managements

„Trotz aller Unsicherheiten, das Krankenhaus-Management ist in der Verantwortung das Heft des Handelns selbst in die Hand zu



Auf dem Hauptstadtkongress stehen die Füße nicht still. Im Ausstellungsforum finden auch Präsentationen, Talkrunden, Speaker's Corners, Interviews und andere Liveveranstaltungen statt. © Schmidt Dominé/WISO

nehmen“, ist Dr. Bracht überzeugt. Es gäbe schon viele, die sich auf den Weg machen: umstrukturieren, vernetzen, konzentrieren, schlankere Prozesse umsetzen und damit Erfolg haben. Dieses Signal soll vom Kongress ausgehen: Nicht im Jammern über die Rahmenbedingungen versinken, sondern mutig und verantwortungsvoll handeln.

Digitalisierung & Innovationen

Im laufenden Betrieb muss auch unter allen widrigen Umständen ständig auf Prozessebene gearbeitet werden. Bracht: „Ich nenne das immer, die Hausaufgaben zu machen“. Dabei spielen heutzutage digitale Innovationen wie etwa Telemedizin, Robotik und künstliche Intelligenz eine wesentliche Rolle. Es gilt, sie sinnvoll zu nutzen. Eine wichtige Frage, der der Kongress nachgeht, ist: Wie können digitale Innovationen Fachkräfte ersetzen und damit dem Mangel begegnen? Dies wird immer wichtiger. Ein Roboter-System kann in einem Labor auch die Geräte am Laufen halten oder in der Nacht das Personal ersetzen, sagt Bracht und kommt

damit zur vierten wichtigen Ebene des Kongresses.

Fachkräftemangel

Die Maßnahmen im Personal-Management zum Gewinnen und Halten von Personal werden immer wichtiger und umfangreicher. Der Fachkräftemangel ist inzwischen zu einem begrenzenden Faktor in der Patienten-Versorgung geworden. Wie kann man dem am besten begegnen? Welche attraktiven Arbeitsbedingungen kann ich schaffen? Was tun mit Anforderungen an die Work-Life-Balance, 4-Tage-Weekend-Forderungen und vielem mehr der jungen Generation? Wie bekommt man die Nachwuchskräfte zum Arbeiten? Auch diesen so entscheidenden Fragen wird sich der Kongress widmen. Denn, so Dr. Bracht: „Das Krankenhaus-Management hat die Verantwortung – sowohl unternehmerisch als auch für die Versorgung aller seiner Patienten.“

Die Botschaft des Kongresses: Der Umbau der Versorgungslandschaft erfordert mutiges Handeln und konsequente Vernetzung der Akteure über Träger- und Sektorengrenzen hinweg.

Kathrin Reisinger
Freie Journalistin



Patientensicherheit

Sind Sie sicher, dass Sie dieses Thema im Blick haben?

Von Sabine Loh

Susanne Kreis (Name verändert), 48 Jahre alt, geht in der Ankunftszone vor dem ambulanten OP-Zentrum auf und ab. Welche Gedanken ihr wohl durch den Kopf gehen? Ich habe sie angesprochen. Sie hat sich im Vorfeld mit Krankenhäusern, Berichterstattungen und Ratschlägen von Freunden auseinandergesetzt. Gelesen hat sie im Internet: Jeder zehnte Patient in bundesdeutschen

Die Patientin ist froh, als eine freundliche Mitarbeiterin Zeit für sie hat, die Abläufe in Ruhe mit ihr durchspricht, geduldig ihre Fragen beantwortet und ihr schließlich ein Patientenarmband anlegt. Es enthält ihren Namen, ihr Geburtsdatum sowie in verschlüsselter Form den Eingriff, die behandelnde Klinik und Zielstation sowie Besonderheiten, wie ihre Blutgruppe und Allergien. Jede zuständige Mitarbeiterin, jeder Mitarbeiter überprüft bei den nun folgenden Abläufen, ob es sich tatsächlich um die Patientin handelt. Das geschieht beim Übergang in den OP, bei der Verabreichung der Narkose, unmittelbar vor der Operation nochmals und dann, wenn die Patientin schon tief schläft.

Die Patientin ist sichtlich erleichtert. Am Beispiel „Patientenarmband“, das eine von vielen Maßnahmen darstellt, mit denen sichergestellt werden soll, dass diese Patientin nicht verwechselt werden kann, sehe ich, dass die Frage nach der Sicherheit für die betroffene Person höchst relevant ist – und zwar sowohl für die Patientin, den Patienten also auch für die Mitarbeitenden.

Nach dieser Begegnung erreichte mich per Email ein Update zum diesjährigen Hauptstadtkongress, mit einer Einladung zum HSK Lab. Das Thema: „Second victim Fachpersonal. Patientensicherheit als mögliche Lösung“.

Natürlich dienen die Strukturen und Maßnahmen der Sicherheit von Patienten. Für die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, die Behandlungsfehler vermeiden und sich eben auch sicher fühlen wollen, bei dem was sie tun, sind sie mindestens genauso wichtig.

Aus Marketingsicht bedeutet das, dass mit diesem Thema eine wichtige Botschaft nach außen und innen kommuniziert werden kann, die mit Sicherheit wahrgenommen wird. Die Klinik wirkt stark, da sie dem Personalmangel und den finanziellen Schwierigkeiten eine Struktur gegenüberstellt, die für die Patientenversorgung elementar ist. Hinzu kommt, dass die Mitarbeitenden deutlich sehen, dass die Krankenhausleitung ihre Arbeit unterstützt, mit den Mitteln, die ihr zur Verfügung stehen. Das schafft Vertrauen und bindet an das Haus.

Susanne Kreis jedenfalls hätte es sehr geholfen, zu wissen, dass in dem Krankenhaus, wo sie bald operiert werden muss, Abläufe für ihre Sicherheit sukzessive optimiert und bereits etabliert wurden. Und nicht zu vergessen: Die Mitarbeiterin hätte bei der Aufnahme weniger Zeit darauf verwenden müssen, eben diese Prozesse erstmalig vorzustellen, bevor der eigentliche Behandlungsweg überhaupt besprochen werden konnte. Wie sicher sind Sie, dass Sie das Potenzial hinsichtlich der Patientensicherheit schon haben? ■

Der nachfolgende Beitrag befasst sich mit dem Thema Patientensicherheit und damit, wie Krankenhäuser in der Kommunikation damit umgehen sollten.

Keywords: Patientensicherheit, Mitarbeiterbindung, Kommunikation

Krankenhäusern käme durch eine Behandlung zu Schaden. Narkosen könnten schief gehen, es gebe sogenannte „Zwischenfälle“. Es könne sogar zu fatalen Patientenverwechslungen kommen. Dann würde man Gefahr laufen, am Magen statt an der Schilddrüse operiert zu werden und umgekehrt. Manchmal würden auch Medikamente verwechselt. Krebspatienten hätten sogar schon die falsche Chemotherapie erhalten. Sie nannte noch weitere Beispiele, die ihr Sorgen bereiten.



Sicherheit spielt für Patientinnen und Patienten sowie Mitarbeitende eine große Rolle. Das Patientenarmband ist eine Maßnahme, die auch für das Marketing von Bedeutung ist; Quelle: Universitätsklinikum Mannheim/ Dennis Mätzig & Sabine Loh



Sabine Loh

Gesamtleitung Unternehmenskommunikation, ÖA und Marketing
Brand & Media Management
Universitätsklinikum Mannheim & Akademie
Gründerin von create for care
Agentur für Gesundheitsmanagement

Hauptstadtkongress Medizin und Gesundheit in Berlin stellt wieder Weichen für die Zukunft des Gesundheitswesens

Schwierige Zeiten erfordern klare Antworten

Krisen, Kriege und Klima treiben die Menschen um. Zugleich sorgen Projekte der Ampel-Koalition für Unsicherheit und zunehmenden Vertrauensverlust bei Bevölkerung und Wirtschaft. Auf dem Hauptstadtkongress Medizin und Gesundheit in Berlin wird eine Zwischenbilanz gezogen – denn die nächste Bundestagswahl im Herbst 2025 wirft schon ihre Schatten voraus. Sowohl Bundesgesundheitsminister Prof. Dr. Karl Lauterbach als auch Bundesarbeitsminister Hubertus Heil haben ihren Auftritt schon zugesagt, um die aktuellen Schwerpunkte ihrer politischen Agenda coram publico zu verdeutlichen.

Auf die Teilnehmer des diesjährigen Hauptstadtkongresses Medizin und Gesundheit (HSK), der vom 26. bis 28. Juni in Berlin stattfindet, warten drei Tage mit hochkarätigen Live-Vorträgen, Diskussionen und persönlichem Austausch. Im hub27 der Messe Berlin kann



Kongresspräsident Prof. Dr. Karl Lauterbach: „Die Entscheider im Gesundheitswesen werden sich auf dem HSK den Herausforderungen stellen, um zu erreichen, dass nicht Inzestruktionen und vielfältige Partikularinteressen die Reformen dominieren, sondern ein Konsens einer gemeinsam getragenen Lösung Platz macht.“

man gemeinsam mit tausenden Fachbesuchern alle Herausforderungen des deutschen Gesundheitssystems ins Visier nehmen, Konzepte auf den Prüfstand stellen und um die besten Lösungen ringen.

Neben dem Schwerpunkt „Gesundheitspolitik der Ampel-Koalition“ mit den heißen Eisen Krankenhausreform, Finanzierung, Fachkräftesicherheit und Versorgung erwarten die Teilnehmer weitere Themen-Highlights wie künstliche Intelligenz (KI), Robotik, Klimawandel oder der Umgang mit Volkskrankheiten wie Diabetes, Adipositas, Demenz und Depressionen, von denen eine stetig wachsende Zahl von Menschen betroffen ist. Namhafte Sprecher teilen ihr Wissen und präsentieren Best Practices in einer Reihe spannender Sessions zu vielfältigen Themen.

Krankenhausreform – quo vadis?

Nachdem der Referentenentwurf für das Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz (KHVVG) als großer Baustein der umfassenden, von Gesundheitsminister Prof. Karl Lauterbach geplanten Krankenhausreform nun vorliegt, reißen die Diskussionen darum nicht ab. Krankenhäuser, niedergelassene Ärzte, Pflege, Krankenkassen, Gesundheitsminister der Länder, Städte, Gemeinden und Kommunen – Unmut herrscht auf allen Seiten. Trotzdem eint alle Betroffenen die Sorge um die Zukunft der (stationären) Versorgung, die durch das Zusammentreffen verschiedener Problemfaktoren in eine schwere Krise geraten ist.



Mit mehreren Tausend im Terminkalender

5/2024



Dr. Henning Lauterbach, Präsident des Hauptstadtkongresses Medizin und Gesundheit: „Der Kongress ist ein wichtiger Ort, um die aktuellen Herausforderungen des deutschen Gesundheitssystems zu diskutieren und gemeinsam Lösungen zu finden.“

Ort und Datum
Ort: 26. bis 28. Juni 2024
(Wochentag bis Freitag)
9 bis 18 Uhr

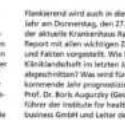
Eintrittspreise:
Gesundheitsmanagementkongress: 840 Euro
Pflegenähe Kongress: 400 Euro
Krankenhausreform Kongress: 240 Euro
Kliniken Kongress: 140 Euro
Kongresspräsident: 240 Euro
www.hauptstadtkongress.de

Kontakt:
Kongressbüro Hauptstadtkongress
Telefon: +49 (0) 30 2500 1000
E-Mail: kongress@hsk.de
www.hauptstadtkongress.de

© Krankenhaus



Messen + Kongresse



Prof. Dr. Karl Lauterbach, Minister für Gesundheit: „Die Krankenhausreform ist ein zentraler Bestandteil unserer Gesundheitspolitik. Wir werden alles tun, um die Versorgung der Patienten zu verbessern.“

Im Dialog mit der Politik

Der Hauptstadtkongress Medizin und Gesundheit wird sich diesem Jahr mit dem Thema Krankenhausreform befassen. Lauterbach wird die Reformen vorstellen, die die Versorgung der Patienten verbessern sollen. Er wird auch die Herausforderungen der Reformen erläutern und die Unterstützung der Bevölkerung und der Wirtschaft einfordern.

Hauptstadtkongress Gesundheitspolitik

© Krankenhaus



Die Teilnehmer des Hauptstadtkongresses Medizin und Gesundheit erwarten die Tage mit hochkarätigen Live-Vorträgen, Diskussionen und persönlichem Austausch.

Gesundheitsmanagementkongress

© Krankenhaus



Die Teilnehmer des Hauptstadtkongresses Medizin und Gesundheit erwarten die Tage mit hochkarätigen Live-Vorträgen, Diskussionen und persönlichem Austausch.

Pflegenähe Kongress

© Krankenhaus

Gesundheitsmanagementkongress: Den Umbruch aktiv gestalten

Der Systemumbruch ist notwendig, und der Handlungsdruck wird immer größer: Fachkräftemangel, Fallzahlrückgang und unsichere Finanzierungsregelungen führen die Leistungserbringer an ihre Grenzen.

Die Schere zwischen Kostensteigerungen und Preisanpassungen geht immer weiter auseinander. Insolvenzen von Krankenhäusern und Pflegeeinrichtungen werden häufiger. Die Rufe nach Hilfen der Politik werden immer lauter.

Diese bleibt aber mit der konkreten Gestaltung der Rahmenbedingungen zurück. Notwendige klare Regelungen stecken im Kompetenzgerangel zwischen Bund und Ländern fest. Diese Erfahrungen zeigen erneut, dass die Akteure

der Gesundheitswirtschaft das Heft des Handelns selbst in die Hand nehmen



müssen. Dabei sind die Herausforderungen umfänglich: Der Kampf ums Personal erfordert attraktive Arbeitsbedingungen.

Die Frage nach schlanken und definierten Prozessen wird mehr und mehr zum Erfolgsfaktor – auch in Hinblick auf die Sicherung der Versorgungsqualität. Hierzu müssen die großen Chancen der technischen Innovationen konsequent genutzt werden.

Zu diesen Themen bietet auch in diesem

Jahr der Gesundheitsmanagementkongress ein breites und abwechslungsreiches Programm. Es spiegelt die Komplexität und Vielschichtigkeit der Herausforderungen wider. Lassen Sie uns durch konkrete Vorschläge und konkretes Handeln die Leistungserbringer und das Management wieder zu glaubwürdigen Partnern der politischen Entscheidungsträger machen.

Termin:

Hauptstadtkongress
26. – 28. Juni, Berlin
www.hauptstadtkongress.de/programm

GASTBEITRAG

Zwischen Fortschritt und Mangel: Den Umbruch aktiv gestalten

Wir alle nehmen seit Jahren den zunehmenden Veränderungsdruck im deutschen Gesundheitssystem 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 fortschreitende 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.

Angeichts 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 Zerbrechens dieser Reformen im Gesetzgebungsprozess zwischen Bund, Ländern 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 für kreative Ansätze

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 jemanden, der ernsthaft den Handlungsdruck verneinen würde.

Die Gesellschaft hat eine gewisse Reife entwickelt, auch bis vor wenigen Jahren als unzumutbar empfundene Veränderungen mitzugehen 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 Qualifizierungsmöglichkeiten schaffen, die es hoch attraktiv machen für Nachwuchskräfte, sich hierhin zu orientieren und die sich bietenden Karriere- und Entwicklungsmöglichkeiten voll auszukosten. Größere, vernetzte und konzentrierte Einheiten bieten bessere

Das Gesundheitswesen steht vor einem Wendepunkt. Ein „Weiter so“ ist weder für Patienten noch für Leistungserbringer eine aussichtsreiche Perspektive. Warum gerade die Akteure der Gesundheitswirtschaft wichtige Ideengeber sein könnten und sollten.

Von Matthias Bracht



Dr. Matthias Bracht,
Wissenschaftlicher Leiter des Gesundheitsmanagementkongresses auf dem Hauptstadtkongress Medizin und Gesundheit
© KKH

Möglichkeiten, Dienstplanung ausfallsicherer zu machen oder auch Dienstplanmodelle zu entwickeln, die den aktuellen Ansprüchen auch genügen können.

Wer den Veränderungsprozess aktiv gestaltet, kann mit dafür sorgen, dass hochattraktive, moderne Arbeitsplätze 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.

Maßstab wird der Versorgungsbedarf sein

Wir werden unter dem zunehmenden Fachkräftemangel die Versorgung der Bevölkerung in der 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 medizinischen 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 es, 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 Versorgungslandschaft 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 auf dem 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.



Hauptstadtkongress vom 26. bis 28. Juni

26.06. – 16:30-18:00
Wie wirkt das Vorhaltebudget?
27.06. – 09:00-10:30
Sektoren überwinden: Wann kommen Lösungen?
28.06. – 09:00-10:30
Wer gewinnt den Kampf ums Personal?

GASTBEITRAG

Personalbemessung in der Pflege: *Es tut sich was!*

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 Berufsflucht entgegenzuwirken, Mitarbeitende in den Beruf zurückzuholen und neue dafür zu gewinnen, zudem eine bundesweit einheitliche Struktur der Personalbemessung und ein Bemessungssystem, welches 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), welche 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 Pflegenden selbst und für den Nachwuchs in der Pflege.

Ein „Meilenstein“?

Letztlich hat der Bundesrat in seiner Sitzung am 26. April 2024 der Verordnung über die Grundsätze der Personalbemessung in der stationären Krankenpflege (Pflegepersonalbemessungsverordnung – PPBV) zum 1. Juli 2024, mit einigen Maßgabe-Änderungen, 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 – dazu sind Kliniken und das Pflegemanagement in vielfältiger Weise gefordert. Zum einen ist das Zeitfenster bis zur Einführung am 1. Juli kurz, zum anderen müssen die technischen und personellen Voraussetzungen geschaffen 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 Pflegenden 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 Pflegefachpersonen die Systematik verstanden haben, können sie eine entsprechende Pflegeplanung und Pflegedokumentation vornehmen.

Ohne Leistungsdokumentation geht es nicht

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

Die Gewinnung von ausreichend qualifizierten Pflegefachpersonen ist und bleibt zwar die größte Herausforderung in den Kliniken. Die Personalbemessung könnte aber tatsächlich dabei helfen, vor allem erst einmal vorhandenes Personal zu halten.

Von Vera Lux

Arbeitsbedingungen und der Arbeitsalltag der Pflegenden verbessern.

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 des PPBV – PPR 2.0 ein Anlass sein, auch bei der Pflege digital aufzurüsten und lange überfällige Investitionen in eine digitale Pflege- und Leistungsdokumentation zu tätigen.

In einem Verordnungsverfahren sollen Regelungen zum Personalaufbau festgelegt werden, mit dem Ziel, 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 nicht erreichen. Gibt es Ausnahmeregelungen und eine Sanktionsbefreiung, oder müssen diese Kliniken ihre Patientenzahlen an den Personalbestand anpassen? Dies würde zu einer Leistungseinschränkung und ggfs. zu Versorgungsgaps führen.

Abwarten ist die schlechteste Lösung

Die Gewinnung von ausreichend qualifizierten Pflegefachpersonen 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 Paragraph 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. Auf dem Hauptstadtkongress werden wir uns mit vielen Experten, die mit der Umsetzung betraut sind, austauschen.



Vera Lux,
Wissenschaftliche Leiterin des
Pflegemanagementkongresses
beim Hauptstadtkongress Medizin
und Gesundheit
© STUDIO SCHMIDT-DOMINE DUESSELDORF

HSK
HAUPTSTADT
KONGRESS/23

Hauptstadtkongress vom 26. bis 28. Juni
26.06. - 15:30-16:30
Community Health Nurses
27.06. - 11:30-13:00
Künstliche Intelligenz in der Pflege
28.06. - 11:00-12:30
Förderung einer gesunden Arbeitskultur

Aktuelles

Veranstaltungen

Hauptstadtkongress

Der Hauptstadtkongress gehört zu den bedeutendsten Kongressereignissen am deutschen Healthcare-Markt. Hier werden Jahr für Jahr die wichtigen Reformvorhaben diskutiert und Weichen zur Modernisierung unseres Gesundheitswesens gestellt. Mit mehreren Tausend Teilnehmerinnen und Teilnehmern aus allen Branchen des Gesundheitswesens hat sich der Hauptstadtkongress einen festen Platz im Terminkalender der Kompetenz- und Entscheidungsträger des deutschen Gesundheitswesens erobert und ist zu ihrem Treffpunkt Nr. 1 avanciert. Traditionell eröffnet die jeweilige Bundesgesundheitsministerin bzw. der jeweilige Bundesgesundheitsminister den Kongress.

Der nächste Hauptstadtkongress findet vom **26. bis 28. Juni 2024** wieder im hub27 (Messe Berlin) statt. Wichtige Repräsentanten aus Gesundheitspolitik und Gesundheitswirtschaft, aus Medizin und Pflege, aus Wissenschaft und Forschung sowie von Seiten der Kostenträger und Versicherungen werden beim Hauptstadtkongress 2024 Rede und Antwort stehen. Denn es geht um die Weiterentwicklung unseres Gesundheitssystems.

Unter dem Dach des Hauptstadtkongresses finden wieder drei Fachkongresse statt:

Der Gesundheitsmanagementkongress steht für den Austausch zwischen Unternehmern aus erster Entscheidungsebene und Managern aus Industrie- und Serviceunternehmen, Verantwortlichen der Gesundheitsanbieter und der Krankenkassen sowie Vertretern aus Politik und Verbänden.

Der Pflegemanagementkongress bietet Deutschlands größte Kommunikationsplattform für fachliche und politische Fragen in der Pflege. Die thematische Abdeckung geht von stationär bis ambulant über die Kranken- bis hin zur Altenpflege. 360° Pflege seien hier Programm.

Im Ärzteforum werde die Gegenwart und Zukunft des Arztberufes in der Funktion als Heiler und Heilerin, Manager und Managerin und Berater und Beraterin sowie aktuelle medizinische Fachthemen unter relevanten Akteuren und Akteurinnen behandelt.

Hinzu kommt das Hauptstadtforum Gesundheitspolitik, dem Dach des Hauptstadtkongresses, hier werden die aktuellen gesundheits- und gesellschaftspolitischen Entwicklungen diskutiert. Es kommen die Teilnehmer und Teilnehmerinnen des Managementkongresses Krankenhaus Klinik Rehabilitation, des Deutschen Pflegekongresses und des Deutschen Ärzteforums zusammen, die alle freien Zutritt zum Hauptstadtforum Gesundheitspolitik hätten.



Er gehört zu den bedeutendsten Kongressen im Gesundheitswesen, der Hauptstadtkongress Medizin und Gesundheit (HSK) in Berlin.
Foto: WISO/Schmidt-Dominé

HAUPTSTADTKONGRESS

Auf dem Weg zur Strukturbereinigung

Vom 26. bis 28. Juni öffnet der Hauptstadtkongress seine Pforten. Die Erwartungen der Klinikmanager an die Politik sind so hoch wie nie. Einer der Teilnehmer ist Andreas Schlüter, Hauptgeschäftsführer (CEO) der Knappschaft Kliniken GmbH. kma sprach mit ihm über die dringendsten Probleme in Deutschlands Kliniken und über seine Hoffnungen auf Botschaften des Kongresses.

Herr Schlüter, wo sind die Knappschaft Kliniken in Deutschland einzuordnen?

Mit rund 15000 Beschäftigten, 4500 Betten und einem Umsatzvolumen von 1,3 Milliarden Euro zählen wir zu den drei größten öffentlich-rechtlichen Krankenhausträgern in Deutschland und betreiben Standorte in Nordrhein-Westfalen und im Saarland. Unser Schwerpunkt liegt unter anderem in der Trauma-Medizin: Während der Corona-Pandemie wurde jedes 60. Intensivbett von uns gestellt.

Wir sind Teil des Verbundsystems der Deutschen Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See (DRV KBS), die über einen Haushalt von insgesamt 60 Milliarden Euro – größer als der des gesamten Bundeslandes Baden-Württemberg – verfügt. Neben unseren Knappschaft Kliniken gehören diesem einzigartigen Zusammenschluss elf Rehakliniken und die Krankenkasse KNAPPSCHAFT an. Von der DRV KBS wird jede zehnte Rente in Deutschland ausgezahlt. Zudem gehört zu unserem Verbundsystem ein eigenes medizinisches Netzwerk mit rund 1450 niedergelassenen Knappschaftsärzten in ganz Deutschland. Die Politik wünscht sich mehr Sektoren-übergreifende Kooperationen im Gesundheitswesen. Wir laden jeden Politiker herzlich dazu ein, sich das heute schon bei uns anzusehen.

Wo liegen die Probleme für die Kliniken Deutschlands?

Die größte Herausforderung besteht in dem raschen Veränderungsprozess, der erhebliche Investitionen fordert. Die Politik strebt eine schnelle Reform an, die für viele nicht realisierbar ist und dazu führen



Andreas Schlüter beim Hauptstadtkongress. In diesem Jahr berichtet er im VIP-Talk über KI in den Knappschaft Kliniken.
© Knappschaft Kliniken GmbH

wird, dass einige Krankenhäuser aus dem Markt ausscheiden werden. Eine gewisse Struktur-Bereinigung ist unvermeidlich, um hochwertige medizinische Zentren zu etablieren, die eine umfassende und zeitgemäße Versorgung gewährleisten. Diese sollten jedoch in ganz Deutschland verteilt sein, um eine flächendeckende Betreuung von Patienten sicherzustellen.

Wir befinden uns in einer Post-Corona-Ära, in der sich die gesellschaftlichen Rahmenbedingungen verändert haben. Die Ängste der Menschen haben zugenommen. In den Kliniken verzeichnen wir dauerhaft einen Rückgang von acht bis zehn Prozent bei den Patientenzahlen. Die Inflation belastet die Einnahmen zusätzlich, während die Gewinne zurückgehen. Trotz geringerer finanzieller Mittel und höherem Investitionsbedarf müssen alle Kliniken ihre Anstrengungen verstärken

und beschleunigen. Um den Wandel zu überleben, benötigen die Kliniken in den nächsten drei bis fünf Jahren finanzielle Sicherheit, sowohl für Investitionen als auch für laufende Betriebskosten.

Was ist das Teuerste bei diesem Veränderungsprozess?

Die Digitalisierung steht an vorderster Stelle. Für die erforderlichen Investitionen von zehn bis 15 Prozent stehen lediglich drei Prozent zur Verfügung. Dies betrifft wesentliche Veränderungen in der Robotik, wie beispielsweise bei roboterassistierten Operationen mit Da Vinci oder Rosa sowie im Bereich der Künstlichen Intelligenz. Die Integration von KI in der Endoskopie, um dem Arzt Echtzeit-Feedback zu geben, erfordert zusätzliche Rechenleistung und Programmierung, was mit Kosten verbunden ist. Ähnliches gilt für die Einrichtung von Patientenportalen zur Befundung oder die Implementierung von Telemedizin für virtuelle Sprechstunden vor Operationen.

Des Weiteren sind neue Schnittstellen und Cloudspeicher für die Fern-Befundung in der Radiologie erforderlich, was zusätzliche Infrastruktur-Kosten verursacht. Allein die Bereitstellung von WLAN und 5G in den Krankenhäusern erfordert erhebliche finanzielle Mittel. Für Rechenleistung und Datenverarbeitung sind bereits fünf Millionen Euro für unsere Häuser notwendig, während für Datenmengen wie beim Teletracking weitere 20 Millionen Euro benötigt werden.

Die Implementierung digitaler Lösungen umfasst zum Beispiel die Verlegung von Schleppkabeln über Aufzüge, um etwa

GASTBEITRAG

Hauptstadtkongress: Ein Brennpunkt der gesundheitspolitischen Diskussion

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's 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 aktuellen 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) nur zu gut die gesundheitspolitischen Baustellen: 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 verfliegen. Schade eigentlich, denn die Bundesagentur für Arbeit stuft trotz steigender Zahlen Ärzte, medizinische Fachangestellte und Pflegekräfte als „Engpassberufe“ ein.

Ob ausreichend auch genug ist – schwer am grünen Tisch zu entscheiden, darüber ließe sich lange streiten. 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 die Politik Jahre bis zu dem Erkenntnisgewinn gebraucht, dass das klassische Fallpauschalen-Konzept als Passe-partout auf diesem Gebiet nicht taugt.

Wobei wir mittendrin bei den großen Reformbaustellen sind. Die Staus werden immer länger, obwohl die Zeit drängt. Beispiel Krankenhausreform: Am Nikolaus-tag 2022 (!) noch als große Revolution angekündigt, gab's 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 Parteideologien 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

Eine Klinikreform, die nicht aus den Startlöchern kommen will. Ein „Stärkungsgesetz“ zugunsten der ambulanten Versorgung, das zwischenzeitlich um etliche Ideen bereinigt worden ist: Bedarf nach Klärung, wohin die Reise denn nun gehen soll, gibt es zur Genüge.

Von Wolfgang
van den Bergh



Wolfgang van den Bergh
Wissenschaftlicher Leiter
Hauptstadtkongress Gesundheitspolitik
© MICHAELA ILLMAN

Versorgungsqualität. Nicht alle 1700 Kliniken sollen alles machen – es geht um Mindestmengen und Personalbemessung. Die Länder sehen darin einen Eingriff in ihre Planungshoheit – einige prüfen daher bereits den Gang vors Bundesverfassungsgericht.

Um ambulante und stationäre Versorgung enger zu verzahnen, will das BMG Level-II-Kliniken etablieren. Die Idee: In den neuen ambulant-stationären Versorgungseinrichtungen sollen internistische und chirurgische Abteilungen vorgehalten werden. Operationen von Frakturen oder Blinddarm gehören zum Standard-Repertoire, die komplexe Darm-Op soll in einer darauf spezialisierten Klinik erfolgen. Sogar die Pflege wollte der Minister in diesen Häusern aufwerten.

Ambulantisierung ist das nächste große Thema – auch im Gesundheitsversorgungsstärkungsgesetz (GVSG), in dem zunächst die Blaupause für ein Primärärztesystem 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 „tiefstehenden strukturellen Probleme im Gesundheitswesen tatsächlich anzugehen“, wie es der Hausärzteverband beklagt? Auch der Sachverständigenrat hatte ein Einschreibesystem vorgeschlagen, wenngleich er ein striktes Primärärztesystem 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 Zielwert-Kontrollen eher kritisch diskutiert.

Schließlich sollen die Budgets bei Hausärzten fallen. (Lahnstein lässt grüßen...) Nur bei den Hausärzten?, fragt der Spitzenverband der Fachärztinnen und Fachärzte (SpäFa) und fordert dazu auf, die Organführung 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 SpäFa sagt: Nein!

Ergo: Die Aufgabenliste wird immer länger und reicht von der nachhaltigen Sicherung der Finanzen bei den Kassen, die davor warnen, „munter weitere Lasten auf die Kassen“ zu verlagern (Ulrike Elsner in der Ärzte Zeitung), bis hin zur strategischen Neuausrichtung der medizinischen Forschung im Medizinforschungsgesetz. Widerstand regt sich auch hier, weniger der Betroffenen als vielmehr der Bundesländer, die sich unter anderem 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 am 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!

Hauptstadtkongress vom 26. bis 28. Juni

26.06. – 16:30-18:00
GKV-Finanzierung im Blick

27.06. – 16:30-18:00
Digitalisierungs- und Realitätscheck

28.06. – 9:00-10:30
Ambulante Versorgung von morgen



GASTBEITRAG

Fachkräftemangel: Ist New Work in der Medizin ein Lösungsweg?

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, 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, Pflegefachpersonen 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 Pflegefachpersonen, greifen zu kurz. Dies setzt genügend hochqualifizierte und akademisierte Pflegefachkräfte voraus, die wiederum Aufgaben an weitere Berufsgruppen delegieren.

Mehr Selbstbestimmung gefordert

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 Gesund-

Zu wenig Kräfte im Gesundheitswesen? Die Gesundheitsweisen bezweifeln das. Und in der Tat reicht der Ruf nach mehr Personal nicht. Die Arbeitsbedingungen müssen attraktiver werden. Wie das New-Work-Konzept dabei helfen könnte.

Von Iris Hauth



Dr. Iris Hauth,
Wissenschaftliche Leiterin des
Ärzteforums auf dem Hauptstadtkongress Medizin und Gesundheit
© CLAUDIA BURGER

heitsfachberufen geprägt war. New Work, von Professor Frithjof Bergmann in den USA entwickelt, umfasst für die Medizin mehrere Dimensionen. Das Modell fußt auf den Grundprinzipien: Erleben von Kompetenz, Bedeutsamkeit, Selbstbestimmung 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.

Kooperation auf Augenhöhe ist das Gebot der Stunde

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 Pflegenden. 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.

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 Mitarbeitenden mehr Partizipation, Autonomie und Sinnstiftung durch die Arbeit bringen. Für langjährige Mitarbeitende 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.

Hauptstadtkongress vom 26. bis 28. Juni

	26.06. - 14:00-15:30 Telematik, Robotik, CHAT-GPT und Co.
	27.06. - 11:30-13:00 Prävention und Longevity
	28.06. - 09:00-10:30 Allheilmittel Ambulantisierung?

GASTBEITRAG

Auf das Zusammenspiel kommt es an

Krisen sind Transformationsbeschleuniger. Seit der Corona-Pandemie 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 zukunftsfeste Strukturen zu schaffen und hierfür die 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 in den letzten Jahren 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 zehn bis 15 Jahren noch vollumfänglich und hochqualitativ flächendeckend 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 in Konsequenz auch Schließungen von nicht nachhaltigen betriebsfähigen Krankenhausstandorten.

Änderungen sind dringend notwendig

Die Universitätsklinika Deutschlands haben den Reformprozess konstruktiv begleitet, weil sie mit ihrer besonderen Rolle großes Interesse an zukunftsfesten Strukturen und einer qualitativ hochwertigen Versorgung haben. Die Corona-Krise hat die Systemrelevanz der Universitätsmedizin gezeigt und ist damit zu einem Appell an 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, 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 Geld in Gesundheit wie Deutschland. Die Lebenserwartung liegt hierzulande aber unter jener in Frankreich, Italien, Spanien oder Portugal. Der Personalangel 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.

Mit dem KHVVG wird nun erstmals eine unmittelbare Verknüpfung zwischen Krankenhausplanung und Betriebskostenfinanzierung eingeführt. Kommt es zu den beabsichtigten Struktur Anpassungen und einer wirkli-

chen 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 Krankenhausreform steht vielerorts in der Kritik. Dabei könnte es mit ihr gelingen, regionale Netzwerkstrukturen aufzubauen und damit eine flächendeckende Gesundheitsversorgung zu sichern. Eine zentrale Rolle werden die Uniklinika spielen.

Von Jens Scholz

chen 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, Schlaganfall- und Traumaversorgung mit. Versorgungsregionen können von den Ländern zugewiesen werden, vergleichbar mit den 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 Versorgungsprozesse und den Informationsaustausch zwischen den Leistungserbringern optimieren – und damit für mehr Versorgungskontinuität und -qualität sorgen.

Netzwerke werden ländliche Versorgung sichern

Die Kooperationen von Universitätsklinika mit kleineren, in Zukunft sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtungen über Telemedizin sind dabei eine Win-Win-Beziehung. Ziel ist, das qualitativ hochwertige Gesundheitssystem mit hohem Durchdringungsgrad, also einer grundlegenden 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 Milliarden Euro starkes Instrument. Im Mittelpunkt dieser Förderung muss ein Abbau vorhandener Kapazitäten und eine trägerübergreifende Konzentration der Krankenhausstandorte sowie die Förderung der Vernetzung stehen. Eine so angelegte Konzentration der Versorgungsangebote fördert die Qualität. Gerade Netzwerkstrukturen werden dazu beitragen, eine flächendeckende Versorgung auch in ländlichen Gebieten zu ermöglichen.

Universitätsklinika können mehr tun mit Wirkung für alle. Sie können in der Versorgung und Forschung wirken, sie sind zudem Innovationstreiber und wirtschaftlich in den Regionen sehr stark aufgestellt. Der Appell der Krise hat viele Entscheider tiefergehend 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.



Professor Jens Scholz,
Wissenschaftlicher Leiter des
Forums Spitzenmedizin auf dem
Hauptstadtkongress Medizin und
Gesundheit © FREYA LÜCKE

Hauptstadtkongress vom 26. bis 28. Juni

 HAUPTSTADT KONGRESS/23	26.06. - 16:30-18:00 Wie viel Versorgung ist 2040 noch möglich?
	27.06. - 9:00-10:30 Digitalisierung und Datennutzung
	28.06. - 11:00-12:30 Wie wird aus Forschung Medizin?

Medium: Focus
Datum: 21.6.2024
Print / Online: Online
Reichweite: 8 Mio. Besucher/Monat



Hauptstadtkongress Medizin & Gesundheit

Quo vadis, deutsches Gesundheitssystem? Wo Probleme und Lösungen diskutiert werden

Teilen Pocket 1



Quo vadis, deutsches Gesundheitssystem?

Getty Images

Freitag, 21.06.2024, 09:41

In der nächsten Woche startet der Hauptstadtkongress Medizin & Gesundheit. Hier wird das deutsche Gesundheitssystem auf den Prüfstand gestellt – und Lösungen gefunden. Wolfgang van den Bergh, der wissenschaftliche Leiter für Gesundheitspolitik erklärt, worauf es in diesem Jahr ankommt.

Das Bild vom Haifischbecken macht seit Jahrzehnten die Runde, wenn davon die Rede ist, Reformen im deutschen Gesundheitswesen durchzusetzen. Der frühere Gesundheitsminister Horst Seehofer (CSU) hat dieses Bild Anfang der 90-er gebraucht, um damit zu beschreiben, wie hart hinter den Kulissen um jeden Kompromiss gerungen wird.

Heute steht die Gesundheit mehr denn je im Zeichen des öffentlichen Interesses, auch der Ton ist bisweilen rauer geworden, weil die Aufmerksamkeit für das Thema größer geworden ist. Zurecht! Denn wer will hohe Preise für durchschnittliche Qualität bezahlen, wie Politiker etwa im Kontext der großen Klinikreform moniert haben. Darüber braucht es einen offenen und konstruktiven Diskurs, der eben nicht hinter den Kulissen oder in Hinterzimmern, sondern auf offener Bühne geführt wird.

Über den Gastautor

Wolfgang van den Bergh ist wissenschaftlicher Leiter des Gesundheitsforums beim Hauptstadtkongress Medizin und Gesundheit der WISO S.E. Consulting GmbH. Seit 2018 gehört die WISO zum Springer Medizin Verlag, der seinerseits Teil der Verlagsgruppe Springer Nature ist. Von Juli 2021 bis Juli 2023 war Wolfgang van den Bergh Herausgeber der Ärzte Zeitung. Zuvor war er 13 Jahre Chefredakteur der Ärzte Zeitung. In dieser Zeit verantwortete er den gesundheitspolitischen Bereich bei Springer Medizin als Director News + Politics. Er war Prokurist und Mitglied der Geschäftsführung.

Seit Mitte der 90-er Jahre moderiert Wolfgang van den Bergh gesundheits- und medizinische Fachveranstaltungen. Er kam 1989 zur Ärzte Zeitung und arbeitete zunächst im Ressort Gesundheitspolitik. Zuvor hatte der gelernte Politikwissenschaftler (M.A.) ein Redaktionsvolontariat bei der Westdeutschen Zeitung in Düsseldorf absolviert. 2001 übernahm er die Leitung des Ressorts Gesundheitspolitik und Panorama bei der Ärzte Zeitung.



Medium: E-Health Initiative Hessen
Datum: Juni 2024
Print / Online: Online
Reichweite: k.A.



26. Jun 2024 - 28. Jun 2024

Hauptstadtkongress Medizin und Gesundheit 2024

Der Hauptstadtkongress ist das bedeutendste Kongressereignis am deutschen Healthcare-Markt. Hier werden Jahr für Jahr die wichtigen Reformvorhaben diskutiert und Weichen zur Modernisierung unseres Gesundheitswesens gestellt.

Mit mehreren Tausend Teilnehmerinnen und Teilnehmern aus allen Branchen des Gesundheitswesens hat sich der Hauptstadtkongress einen festen Platz im Terminkalender der Kompetenz- und Entscheidungsträger des deutschen Gesundheitswesens erobert und ist zu ihrem Treffpunkt Nr. 1 avanciert. Traditionell eröffnet die jeweilige Bundesgesundheitsministerin bzw. der jeweilige Bundesgesundheitsminister den Kongress.

Der nächste Hauptstadtkongress findet vom 26. bis 28. Juni 2024 wieder im hub27 (Messe Berlin) statt. Wichtige Repräsentanten aus Gesundheitspolitik und Gesundheitswirtschaft, aus Medizin und Pflege, aus Wissenschaft und Forschung sowie von Seiten der Kostenträger und Versicherungen werden beim Hauptstadtkongress 2024 Rede und Antwort stehen. Denn es geht um die Weiterentwicklung unseres Gesundheitssystems.

Nähere Informationen finden Sie unter: www.hauptstadtkongress.de

Quelle: *HSK - Hauptstadt Kongress/24*

Teil 2: Berichterstattung während des Kongresses

Medium: radio eins / RBB
Datum: 26.6.2024
Print / Online: Radio
Reichweite: 400.000

Hauptstadtkongress Medizin und Gesundheit

Über die Zukunft des Gesundheitswesens

Mi 26.06.24 | 15:15 Uhr



Medizinisches Personal in einem Krankenhaus | © imago/imagebroker
Download (mp3, 10 MB)

Kein anderes Land in Europa hat so eine hohe Krankenhausdichte wie Deutschland. Aber über die Hälfte der Kliniken schreibt rote Zahlen. Hinzukommen Personalmangel und Überlastung der Arbeitskräfte. Das soll sich ändern. Mit der Krankenhausreform von SPD-Gesundheitsminister Karl Lauterbach, die auch auf dem Hauptstadtkongress Medizin und Gesundheit Thema sein wird. Wir sprechen darüber mit dem Intensivmediziner Christian Karagiannidis von der Lungenklinik Köln-Merheim.

[Link zum Beitrag](#)

 Hauptstadtkongress

Mit Künstlicher Intelligenz soll der medizinische Datenaustausch flutschen

KI-Systeme könnten das Schnittstellen-Problem in der Gesundheitsversorgung beheben. Denn: Die Systeme wandeln mittlerweile natürliche Sprache eigenständig um, hieß es beim Hauptstadtkongress.

Veröffentlicht: 26.06.2024, 13:27 Uhr



Nicht der Datenschutz ist das Hindernis für die Digitalisierung. Das Problem sei, dass dieser je nach Bundesland und teils auch Institution unterschiedlich interpretiert werde, sagte Alexander Britz von der Microsoft Deutschland GmbH auf dem Hauptstadtkongress.

© Rolf Schulten

Berlin. Wie verändert Künstliche Intelligenz (KI) die Medizin? Oder besser gesagt: Wird sie den erhofften Aufschwung bei der Digitalisierung des Gesundheitswesens bringen? Die Chancen für Letzteres stehen gar nicht so schlecht, denn KI werde definitiv für die immer wieder von Kliniken und Praxen eingeforderte Interoperabilität der Systeme, also den einfacheren Datenaustausch und die einfachere Datenerfassung sorgen, wie Alexander Britz bei der Eröffnung des Hauptstadtkongresses am Mittwochvormittag erklärte.

Der Grund: KI-Systeme sind mittlerweile so weit, dass sie natürliche Sprache verarbeiten, sagte der Leiter des Geschäftsbereichs Öffentlicher Sektor bei der Microsoft Deutschland GmbH in Berlin. „Das Verstehen natürlicher Sprache ist der große Fortschritt gewesen, nicht zuletzt im Gesundheitswesen“, ergänzte er.

 Großreform angemahnt

GKV-Financen: Kassenchefs drängen beim Hauptstadtkongress auf Spurwechsel

Kassenmanager mahnen beim Hauptstadtkongress angesichts drohender Beitragssprünge ein konzertiertes Handeln des Bundestags an. Die GKV-Beitragszahler dürften nicht länger die Ausfallbürgen für Karl Lauterbach sein.

Veröffentlicht: 26.06.2024, 19:10 Uhr



Nötig sei eine „Bottom-up-Revolution“ im Gesundheitswesen: Anne-Kathrin Klemm, Vorständin des BKK-Dachverbands. (Archivfoto)

© Markus Altmann

Berlin. Führende Kassenmanager haben beim Hauptstadtkongress am Mittwoch die Bundesregierung zum Kurswechsel aufgerufen. „Wir können nicht mehr weitermachen wie bisher“, betonte der Vize-Vorstand der AOK Rheinland/Hamburg, Matthias Mohrmann, bei einer Diskussionsrunde zur Zukunft der GKV-Financen.

Den Kassen seien in der Vergangenheit von der Politik immer mehr Instrumente genommen worden, Effizienzpotenziale in der Versorgung zu heben. Mohrmann nannte das Verbot von Ausschreibungen in einzelnen Leistungsbereichen als ein Beispiel. „Konzentriert euch doch auf das Wesentliche“, bat er mit Blick auf die parlamentarischen Beratungen zur Krankenhausreform, die am Donnerstag im Bundestag beginnen.

 Hauptstadtkongress

Fachleute dringen auf Update für das „Schönwettersystem“

Es ist noch viel zu tun, um das deutsche Gesundheitssystem wetterfest zu machen, konstatieren Fachleute beim Hauptstadtkongress. Ob Krisen-Kommunikation, Datenmanagement oder Wissenschaftsberatung – Baustellen gebe es viele.



Von Kathrin Handschuh (/Nachrichten/Kathrin-Handschuh-au59124.html)

Veröffentlicht: 26.06.2024, 19:36 Uhr



Prof. Ferdinand Gerlach hinterfragte die Zusammensetzung von Expertengremien.
© Rolf Schulten

Berlin. Ist Deutschland auf die nächste Krise vorbereitet oder ein behäbiges Schönwettersystem? Dieser Frage ging am Mittwoch eine Gesprächsrunde beim Hauptstadtkongress nach. Die einhellige Antwort: Es gibt immer noch viel zu tun. Viele Baustellen aus der Corona-Pandemie wie die Kommunikation, die Zusammensetzung beratender Gremien oder der Umgang mit evidenzbasierten Daten sind nach wie vor ungelöst.

Professorin Heidrun Thaiss, Präsidentin der Deutschen Gesellschaft für Sozialpädiatrie und Jugendmedizin (DGSPJ) betonte zu Beginn, dass besonders das Vertrauen in staatliche Institutionen schwach ausgeprägt sei. Ihrer Meinung nach hat es die Politik in der Pandemie versäumt, ihre Entscheidungen der Bevölkerung vernünftig zu erläutern. „Es muss transparent kommuniziert werden, in jeder Phase einer Entscheidungsfindung. Die Bevölkerung muss wissen, wie man zu einer Entscheidung gekommen ist.“ Ob jedoch in der Wissenschaft jeder Schritt kommuniziert werden müsse, dazu habe sie noch keine abschließende Meinung. Denn: „Dies führt häufig zu Verwirrung und Unsicherheit.“

🏠 Reformpläne der Ampel

FDP-Politiker Ullmann: Wir müssen die Ambulantisierung entfesseln

Klinikreform am Donnerstag, Versorgungsgesetz am Freitag: Der Bundestag berät zwei Reformvorhaben von Gesundheitsminister Lauterbach. Eine Diskussionsrunde beim Hauptstadtkongress gab einen Vorgeschmack auf die Debatten.

Veröffentlicht: 26.06.2024, 17:57 Uhr



Wohin fährt der Reformzug der Ampel (v.l.): Gesundheitspolitiker Johannes Wagner (Grüne), Tino Sorge (CDU) und Andrew Ullmann (FDP) am Mittwoch beim Hauptstadtkongress.

© Rolf Schulten

Berlin. Wer in Deutschland derzeit schimpfen will, zieht einen Vergleich mit der Bahn. Tino Sorge (CDU), gesundheitspolitischer Sprecher der Unionsfraktion, tat am Mittwoch beim Hauptstadtkongress (<https://www.aerztezeitung.de/Kongresse/Sorge-um-die-Klinikreform-Wir-sind-in-einem-unge-steuerten-Prozess-450764.html>) mit Blick auf die Gesundheitspolitik der Ampel genau das – und lieferte damit einen Vorgeschmack auf die Debatten zur Krankenhausreform (KHVVG) und zum Versorgungsstärkungsgesetz (GVSG), die am Donnerstag und Freitag im Bundestag anstehen.

Die Politik von Gesundheitsminister Karl Lauterbach (SPD) verglich Sorge mit einer Regionalbahn, in der der Zugbegleiter den Passagieren sage, „die Klimaanlage ist ausgefallen, aber es wird alles besser“. Die Krankenhausreform sei von Beginn an völlig falsch aufs Gleis gesetzt worden, kritisierte Sorge.

Medium: ARD Mittagsmagazin

Datum: 27.6.2024

Print / Online: TV

Reichweite: 3,2 Mio.



Beitrag zum Thema Klinik-Atlas, Dreh vor Ort auf dem HSK



 Ankündigung

BMG-Abteilungsleiterin Ozegowski: Elektronische Patientenakte startet in zwei Modellregionen

Die elektronische Patientenakte soll pünktlich Anfang 2025 ihren Betrieb aufnehmen. Dem bundesweiten Rollout sind aber Tests in Franken und Hamburg vorgeschaltet, gab das Bundesgesundheitsministerium beim Hauptstadtkongress bekannt.



Von Kathrin Handschuh (/Nachrichten/Kathrin-Handschuh-au59124.html)

Veröffentlicht: 27.06.2024, 12:15 Uhr



Dr. Susanne Ozegowski konkretisierte beim HSK die Startphase der elektronischen Patientenakte.

© Rolf Schulten

Berlin. Die elektronische Patientenakte (ePA) wird zunächst in den beiden Modellregionen Hamburg und Franken eingeführt. Das gab Dr. Susanne Ozegowski, Leiterin der Abteilung der Digitalisierung und Innovation im Bundesgesundheitsministerium, am Donnerstag beim Hauptstadtkongress bekannt.

Diese beiden Regionen sollen Anfang kommenden Jahres einen Test starten, bevor dann vier Wochen später, also etwa Mitte Februar, der Startschuss für den bundesweiten Rollout fallen soll. „Die Erwartungshaltung ist, dass in den Modellregionen ausprobiert wird, wo nachgesteuert werden muss“, betonte sie.

🏥 Krankenhausreform

Philippi: Bundesländer brauchen mehr Beinfreiheit bei Klinikreform

Es soll den Hamsterradeffekt überwinden: das geplante Vorhaltebudget für Krankenhäuser. Beim Hauptstadtkongress kritisieren Praktiker, dass es fehlerkonstruiert sei.

Veröffentlicht: 27.06.2024, 15:13 Uhr



Erläuterte auf dem Hauptstadtkongress das Konzept der Expertenkommission für die Klinikreform: Professor Christian Karagiannidis.

© Rolf Schulten

Berlin. Im Bundestag trat kein Landespolitiker ans Rednerpult, als das Parlament am Donnerstag die Krankenhausreform, kurz: KHVVG, beriet. Beim Hauptstadtkongress dagegen äußerte sich Andreas Philippi, der Gesundheitsminister von Niedersachsen, sehr deutlich. Die Länder bräuchten gerade bei den geplanten Leistungsgruppen mehr Beinfreiheit, so der SPD-Politiker.

Für ihn sei es nicht akzeptabel, wenn es aufgrund der Vorgaben des KHVVG (<https://www.aerztezeitung.de/Politik/Intensivpatient-Krankenhaus-So-schlecht-steht-es-um-die-deutschen-Kliniken-450784.html>) nur noch eine spezialisierte Kinderchirurgie in ganz Niedersachsen geben würde. „Mein Ziel ist, dass es dafür in einem großen Flächenland wie Niedersachsen weiter fünf bis sechs Standorte gibt.“

 Hauptstadtkongress

Medizinforschungsgesetz für Lauterbach innovativ wie der Mondflug

Beim Hauptstadtkongress rührte Gesundheitsminister Karl Lauterbach (SPD) die Werbetrommel für das Medizinforschungsgesetz. Das Vorhaben könne sich als „Meilenstein für die Forschung“ erweisen.

Veröffentlicht: 27.06.2024, 15:35 Uhr



Das Medizinforschungsgesetz wird kommende Woche im Bundestag beschlossen, bestätigte Gesundheitsminister Karl Lauterbach beim Hauptstadtkongress.

© Rolf Schulten

Berlin. Das geplante Medizinforschungsgesetz (MFG)

(<https://www.aerztezeitung.de/Politik/Medizinforschungsgesetz-Gruene-und-Opposition-sehen-Aenderungsbedarf-450247.html>) kann nach Ansicht von Bundesgesundheitsminister Karl Lauterbach ein „Moonshot“-Gesetz sein.

Dieses Gesetz sei ihm persönlich besonders wichtig – schließlich sei er in früheren Funktionen selber in der Medizinforschung tätig gewesen, sagte der Minister am Donnerstag bei einem Online-Interview anlässlich des Hauptstadtkongresses.

Ministerium will höhere Preise für Medikamente mit Probanden in Deutschland

Freitag, 28. Juni 2024



Newsletter abonnieren

Zur Startseite



/Markus Mainka, stock.adobe.com

Berlin – Unternehmen mit deutscher Forschung sollen bei der Erstattungspreisbildung künftig bevorzugt werden. Eine dahingehende Regelung plant das Bundesgesundheitsministerium (BMG) mit dem Medizinforschungsgesetz (MFG) umzusetzen, wie der Leiter der BMG-Abteilung Arzneimittel, Medizinprodukte und Biotechnologie, Thomas Müller, gestern in Berlin erklärte.

Die geplante Ergänzung sei Teil einer Vereinbarung mit Bundestagsabgeordneten zu Änderungen im MFG-Entwurf mit dem Anreize für forschende Unternehmen geschaffen werden sollen, hierzulande wieder mehr klinische Studien durchzuführen.

Die Änderungsanträge zum MFG liegen noch nicht vor, werden aber für kommende Woche erwartet. Bundesgesundheitsminister Karl Lauterbach (SPD) hatte zuvor erklärt, er gehe davon aus, dass das Gesetz kommende Woche vom Bundestag verabschiedet wird. Bis Freitagnachmittag fand es sich jedoch noch nicht auf der Tagesordnung.

 Hauptstadtkongress

Wie das RKI mit Künstlicher Intelligenz zur individualisierten Therapie vorstoßen will

Die disruptiven Entwicklungen in der Datenwelt waren Thema auch der Abschlussveranstaltung des Hauptstadtkongresses. Ein Trost: Als Allheilmittel gegen Personalmangel taugt Künstliche Intelligenz nicht.

Veröffentlicht: 28.06.2024, 16:57 Uhr



Derzeit werde daran gearbeitet, KI Deutsch beizubringen, um sie für die öffentliche Gesundheit nutzbar zu machen, erklärte Katharina Ladewig, Geschäftsführende Direktorin des Zentrums für Künstliche Intelligenz in der Public Health Forschung am Standort Wildau des Robert Koch-Instituts.

 Rolf Schulten

Berlin. Wenn es um den Einsatz von Künstlicher Intelligenz (KI) in der Medizin geht, werden die Thesen radikal: „In fünf Jahren hat der ärztliche Beruf nicht mehr mit dem zu tun, was heute ist“, kündigte Katharina Ladewig bei der Abschlussveranstaltung des Hauptstadtkongresses an.

Die Geschäftsführende Direktorin des Zentrums für Künstliche Intelligenz in der Public Health Forschung am Standort Wildau des Robert Koch-Instituts betonte jedoch, dass KI kein Allheilmittel gegen den Mangel an Arzt- und Pflegezeit sein könne. „Wir werden die Fachkräfte nicht dadurch ersetzen können“, sagte Ladewig.

Hauptstadtkongress

Allgemeinmedizinerin: „Die ePA darf keine digitale Schriftenrolle sein“

Die „elektronische Patientenakte für alle“ und mehr Gesundheitsdaten für die Forschung: Lauterbachs Digitalplan wird nur aufgehen, wenn er echten Mehrwert für Praxen und Patienten bringt, waren sich Medizin und Industrie beim Hauptstadtkongress einig.

Veröffentlicht: 28.06.2024, 15:19 Uhr



Unterzogen Lauterbachs Digitalgesetz dem Realitätscheck (von links): Dr. Annie Geier vom Spitzenverband Digitale Gesundheitsversorgung und Allgemeinmedizinerin Dr. Leonor Heinz.

© Ralf Schulten

Berlin. Im Januar soll die „ePA für alle“ kommen. Aber wird die elektronische Patientenakte dann auch einen Nutzwert für Praxen und Patienten bringen?

Für Allgemeinmedizinerin Dr. Leonor Heinz ist entscheidend, dass die Akte mehr als nur eine Ansammlung von PDF sein wird. Die Daten müssten in strukturierter Form vorliegen und den Praxisteams müsse eine Suchfunktion übers Praxisverwaltungssystem (PVS) bereitstehen.

Den Teams könne nicht zugemutet werden, nachher im Versorgungsalltag einzelne PDF zu öffnen und zu screenen, so die Projektleiterin der Koordinierungsstelle der Initiative Deutscher Forschungspraxennetze (DESAM ForNet) beim Hauptstadtkongress.

Heinz: „Die ePA darf keine digitale Schriftenrolle sein.“ Außerdem müsse dann endlich Schluss mit der Doppel- und Mehrfachdokumentation sein.

Forschung aus der Versorgungsebene heraus

Wenn Lauterbachs Digitalplan mit Digital-Gesetz (DigIG) und Gesundheitsdatennutzungsgesetz (GDNG) aufgeht, könnte er aus Sicht von Heinz zudem einen weiteren entscheidenden Vorteil bringen. Die Allgemeinmedizinerin engagiert sich mit dem DESAM ForNet seit Jahren für die Forschung aus der Praxiswelt heraus.

Teil 3: Berichterstattung nach dem Kongress

Sollen alle automatisch Organspender sein?

Bitte nehmen Sie mich aus!

JENS BLANKENAGEL

Liebe Ärzte, bitte nehmen Sie mich aus! Alles, was Sie brauchen, alles, was noch benutzbar ist. Das ist mein Wunsch bei der Frage der Organspende. Ich muss sterben, das ist das Einzige, was ich mit hundertprozentiger Sicherheit über meine Zukunft sagen kann, deshalb bin ich trotz aller Zweifel für die heiß diskutierte Widerspruchslösung, dass also alle Bundesbürger automatisch Organspender sind, ausgenommen alle jene, die explizit widersprechen.

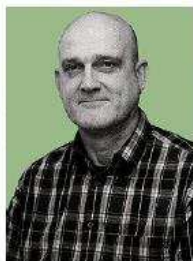
Diese Zwangsmaßnahme des Staates ist eine der wenigen, die ich akzeptieren kann. Natürlich handelt es sich um eine Übergriffigkeit, und natürlich gehört mein Körper mir. Aber für mich, als tolerantes Atheisten, gehört er nur so lange mir, wie ich lebe. Für die Zeit nach meinem Tod bin ich etwas großzügiger, da können auch Teile weiterverwendet werden. Denn wie sollen nicht für dubiose Experimente benutzt werden, sondern um Leben zu retten oder zu verlängern.

Für die Spende gilt der Hirntod als anerkannte Grenze - und trotz aller Einzelwunder will ich auch tot sein, wenn mein Hirn es ist.

Allerdings bin ich - genau wie die Mehrheit - zwar für Organspende, aber zu faul, mir einen Ausweis zu besorgen. Es ist wie beim Blutpenden: Alle wissen, dass es eine vergleichsweise harmlose Sache ist; alle wissen auch, wie lebensrettend dieser kleine Dienst an den Kranken sein kann, aber die meisten machen es nicht oder erst, nachdem sie selbst eine Spende gebraucht haben.

Auch die katholische und die evangelische Kirche sehen Organspenden als Geschenk und als Akt der Nächstenliebe. Sie verwahren sich nur gegen die Verpflanzung von Hoden und Eierstöcken, weil dies ein Eingriff in die genetische Individualität wäre. Die Kirchen fördern Freiwilligkeit, und für viele Fachleute bedeutet dies, dass die Menschen eine Entscheidungsfreiheit haben und nicht gezwungen werden.

Umfragen zeigen, dass 84 Prozent der Befragten eine Organ- und Gewebespende positiv sehen, neun Prozent sind unschlüssig, sechs Prozent sind eher negativ dazu eingestellt. Wenn die Mehrheiten so eindeutig vereint sind, spricht nichts dagegen, dass sich nur die Minderheit bewegen muss. Es will auch keine Mehrheit oder ein übergriffiger Staat eine Minderheit diskriminieren oder zwingen, etwas gegen



den eigenen Willen zu tun. Die Gegner müssen nur widersprechen, und es ist auch nicht wie beim Impfen in der Corona-Zeit, als Ausgrenzung folgte.

Natürlich gibt es berechtigte Zweifel, hat doch Corona gerade bewiesen, dass die Wissenschaft nicht immer nur eindeutig ist und dass die Politik sich im Zweifelsfall recht wenig um Klarheit und Transparenz schert, dass sie auch Verfassungsgrundsätze ignoriert und die Bürger für dumm und un-mündig hält.

Aber dafür war eine Ausnahme-situation wie die Pandemie nötig, doch bei der Organspende geht es um den Alltag, auch wenn es ein Notstand ist. Hier entscheiden nicht irgendwelche Minister-

präsidentenkonferenzen, die eigentlich keine Gesetz-kraft haben. Hier geht es um klare Regeln, an die sich die Ärzteschaft zu halten hat.

Das Ganze ist auch keine übermächtige Neuregelung. Die bisherige Zustimmungslösung ist sogar fast wieder ein deutscher Sonderweg, denn die gibt es sonst in Europa nur in den kleinen Ländern Litauen, Dänemark, Irland. Auch in der Schweiz gilt bald eine Art Widerspruchslösung.

Da ist aber auch noch die Kritik am Gesundheitssystem, die ich teile. Mein Vater ist direkt nach einer Untersuchung im Krankenhaus gestorben, weil das Personal mindestens fahrlässig gehandelt hat, es musste sogar die Kripo ermitteln. Alle sei bedeutet, wenn ein Gesundheitssystem in Hilfe ausgerichtet ist, sondern immer kaputt wird, wenn Krankenhäuser nicht mehr geleitet werden, sondern von Betriebswirten auf Gewinne schauen als auf medizinisch digkeiten.

Aber ich weigere mich, die Ärzteschaft rüberdacht zu stellen, nach dem was ich ich schwer verletzt im Krankenhaus Nebenzimmer ein Reicher, der mein Herz kämpfen die Ärzte nicht allzu lange um n sondern schalten mich ab.

Liegt die Angst vor dem Geschacher nicht gerade am Mangel? Wenn nun b automatisch Spender wären, müsste dan Zahl der Spenderorgane steigen und d abnehmen? Sinkt damit nicht auch der A Reiche bestechen und einzelne Ärzte sich lassen? Alles andere ist eine Frage der Ge und der Kontrolle, damit die Vergabe ethi sozial ausgewogen und transparent ist.

Mein Körper gehört mir

RUTH SCHNEEBERGER

Ich werde zunehmend allergisch gegen Übergriffigkeiten von politischer und staatlicher Seite. Vor allem, wenn sie meinen Körper betreffen. Die Vorstöße zur Organspende gehören dazu. Ich bin deshalb gegen die sogenannte Widerspruchslösung, die Anfang der Woche von einer fraktionsübergreifenden Gruppe im Bundestag erneut angeregt wurde und die auch Gesundheitsminister Karl Lauterbach (SPD) befürwortet.

Schon Jens Spahn (CDU) als Gesundheitsminister hatte vor der Pandemie versucht, die Organspende in Deutschland zu beleben. Er sprach sich damals schon sehr deutlich für die Widerspruchslösung aus. Diese besagt, dass alle Bürger des Landes zu potenziellen Organspendern werden - es sei denn, sie widersprechen diesem Automatismus. Ich finde das grundfalsch. Mein Körper gehört mir und nicht dem Staat oder der Gesellschaft. Genauso wie meine Gedanken. Daran gibt es nichts zu rütteln. Wenn der Staat die Bürger als Verfügungsmasse sieht, haben wir ein Problem.

Ist es gibt zu wenig Spenderorgane in Deutschland, wenn man es mit manch anderen Ländern vergleicht. Im vergangenen Jahr standen hierzulande gut 6700 Patienten auf der Warteliste für Organe, fast 3000 Organe wurden transplantiert.



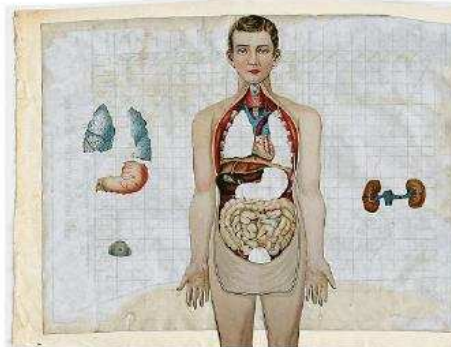
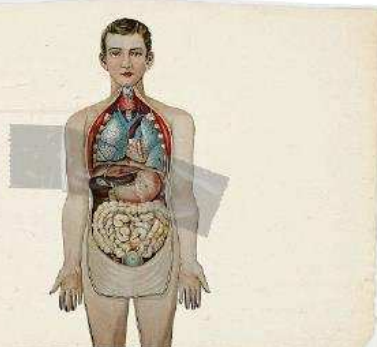
selbst. Sondern Ärzte. Es tut mir sehr leid, aber ich habe in meinem Leben schon zu viele Ärzte falsche Entscheidungen treffen sehen.

Und damit sind wir noch gar nicht bei Corona. Wie während der Pandemie mit Menschen umgegangen wurde, die sich als Gesunde keiner medizinischen Behandlung unterziehen wollten, die in Rekordzeit entwickelt worden war, das steht noch mal auf einem anderen Blatt. Es gab Politiker, Funktionäre und auch Ärzte, die offen dazu aufrufen, Umgeimpfen die Behandlung zu verweigern, ihnen das Krankengeld zu kündigen, sie aus der Gesellschaft auszuschließen - was teils umgesetzt wurde.

Wenn man nun sieht, wie Medizin, Politik und Gesellschaft mit sogar schwerst Impfgeschädigten umgehen und dass ihnen die Solidarität, die sie durch das Impfen ausgedrückt haben, nun versagt wird - wer will da heute noch ernsthaft mit Solidarität argumentieren?

Ohnehin erscheint mir das Problem der sogenannten postmortalen Organspende von manchen Akteuren etwas überhöht, denn die allermeisten Patienten warten auf eine Niere, die auch lebend gespendet werden kann. Ende 2023 waren dies ganze 6513 Patienten, wohingegen 871 auf eine Leber, 690 auf ein Herz, 325 auf eine Lunge und 317 Patienten auf eine neue

Zu viele Menschen haben damit schon Bekanntheit gemacht. Sogar auf dem Hauptstadtkongress Gesundheit, der gerade in Berlin die Spitzenkräfte der Gesundheitswirtschaft versammelt hat, sagte eine Vertreterin von Verdi auf dem Podium, sie selbst würde Angehörige nicht mehr alleine ins Krankenhaus lassen. Es müsse immer jemand dabei sein, um aufzupassen. Ich kann das nur bestätigen.



Medium: diverse Tagesmedien, Fachmedien

Datum: Juni 2024

Print / Online: Print und Online

Reichweite: > 1 Mio.

Diverse Berichte zu dem auf dem Hauptstadtkongress präsentierten Krankenhaus Rating Report



Lauterbach: Kliniksterben vorbeugen

Die zerquetschte Mitte

itz. BERLIN. Vor dem Hintergrund neuer schlechter Finanzzahlen im Klinikwesen hat Gesundheitsminister Karl Lauterbach (SPD) die Notwendigkeit einer finanziellen und strukturellen Reform der Krankenhäuser unterstrichen. Ohne den geplanten Umbau könnten bis 2030 etwa 25 Prozent der Kliniken insolvent gehen, warnte der Minister bei der ersten Lesung seines Krankenhausreformgesetzes am Donnerstag im Bundestag. Um gegenzuhalten, brauche es mehr spezialisierte Kliniken, weniger Bürokratie und eine sichere Finanzierung über Vorhaltpauschalen. Die Opposition fürchtet im Gegenteil ein verstärktes Kliniksterben und dass die Bundesländer ausgeblendet würden. Laut dem am Donnerstag veröffentlichten „Krankenhaus-Rating-Report 2024“ hat sich die wirtschaftliche Lage der Häuser 2022 abermals leicht verschlechtert. Etwa zehn Prozent hätten eine erhöhte Insolvenzgefahr aufgewiesen, rund 30 Prozent auf Konzernebene einen Jahresverlust geschrieben, heißt es in der Studie. Hauptgründe für die Schwäche waren sinkende staatlichen Unterstützungszahlungen gegen die Corona-Krise, steigende Kosten und abnehmende Fallzahlen seit der Pandemie. (Siehe Wirtschaft, Seite 20.)

Delikat – Mais non, die französischen Macarons sind nicht nach dem Präsidenten der Republik benannt (auch wenn Macron in eine Konditorfamilie eingetretet hat). Das Wort leitet sich vom italienischen ammaciare ab: dem Zerquetschen und Zerdücken. Ob sich der Herr im Elysée also doch beiden Beispielen ausgesetzt hat? Viele Wildstube

Thüringer Allgemeine

TA Abo Landtagswahl Erfurt Newsletter Home Lokales Blaulicht Politik Wirtschaft Sport Kultur Ratgeber Plus

Home Politik Rating-Report 2024: Insolvenz-Gefahr für Kliniken in Thüringen

GESUNDHEIT

Rating-Report 2024: Insolvenz-Gefahr für Kliniken in Thüringen

30.06.2024, 16:00 Uhr • Lesedauer: 3 Minuten

Von Hanno Müller

Merkur.de Ukraine-Krieg Politik Wirtschaft Deutschland Welt

Startseite > Wirtschaft

Erhöhte Insolvenzgefahr: Jedes dritte Krankenhaus in Deutschland schreibt rote Zahlen

13.07.2024, 16:46 Uhr
Von: Theresa Brekisching

Kommentare

Deutsche Krankenhäuser in finanzieller Not

Immer mehr deutsche Krankenhäuser schreiben rote Zahlen. A Kliniken ohne Aussicht auf Subventionen schneiden besser ab. das?

TAGESSPIEGEL Suche Anmelden ABO

Politik Internationales Berlin Gesellschaft Wirtschaft Kultur Wissen Gesundheit Sport Mein

Ampelkoalition Olaf Scholz Bundeswehr Energiewende

Politik Eine Zahl, die er nicht nennt: So viele Kliniken müssen wegen Lauterbachs Reform schließen

Eine Zahl, die er nicht nennt So viele Kliniken müssen wegen Lauterbachs Reform schließen

Der Bundesgesundheitsminister will die Krankenhauslandschaft umbauen. Wie viele Kliniken im ländlichen Raum schließen würden, sagt er im Bundestag nicht. Ein Berater wird konkreter.

Lauterbach: „Moonshot“-Strategie bei klinischen Studien

01.07.2024 16:35

Am 27. Juni sprach der Bundesgesundheitsminister Karl Lauterbach beim Hauptstadtkongress Medizin und Gesundheit über das Medizinforschungsgesetz, das in der ersten Juli-Woche im Bundestag beschlossen werden soll.



„Deutschland verliert den Anschluss bei klinischen Studien“, stellte der zugeschaltete Minister in seinen Ausführungen zum Gesetz fest. Die Lücke zwischen der sehr innovativen Grundlagenforschung in Deutschland und der Weiterentwicklung in Arzneimittel sei zu groß. Andere Länder wie Spanien oder Belgien zögen bei der Durchführung von klinischen Studien an Deutschland vorbei. „Als wir das Medizinforschungsgesetz entwickelt haben, haben wir die Begrifflichkeit genutzt, dass wir eine Moonshot-Strategie versuchen“, so der Minister. Unter Federführung des Bundesinstituts für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) sollen klinische Studien „schnell, gründlich und auch preiswerter als bisher“ durchgeführt werden können. Die Auswertung von Anträgen für klinische Studien soll künftig auf 26 Tage befristet sein. „Dann ist der Moonshot erreicht“, so der Minister. Das Gesetz sei insgesamt ein „Meilenstein“ für die Forschung in Deutschland, aber auch in Europa, indem man „neue Maßstäbe“ setze.

„Ganz neue Medizin“ möglich durch Kombination von KI und Medizinforschung

Lauterbach verwies insbesondere auf die enge Zusammenarbeit mit Praktikern aus der Wissenschaft einerseits, aber auch auf die enge Abstimmung mit den Bundesländern andererseits. In der Kombination von Künstlicher Intelligenz (KI) und klinischer Forschung sieht der Minister beeindruckende Möglichkeiten. „Wir werden in die Lage versetzt, Proteinstrukturen vorherzusagen, wir werden sehen, bei welchem Patienten welche Antikörper besonders gut wirken. Vieles, was bislang nicht möglich ist, wird möglich sein“, sagte der Minister. Langfristig werde man „eine ganz neue Medizin“ sehen. Das Medizinforschungsgesetz sei daher ohne den Aspekt der Digitalisierung nicht denkbar. Durch die digitale Patientenakte könnten künftig jeden Tag Daten generiert werden, die beispielsweise mit Registern wie Krebsregistern oder Genomprojekten sowie Datensätzen von Krankenkassen kombiniert werden könnten. Mithilfe von KI-Verfahren könnten auf der Basis Studien-Hypothesen aufgebaut werden. Mit Blick auf das Thema Datenschutz betonte der Minister, dass die Daten „nie die sichere Umgebung verlassen, so dass ein Datenmissbrauch weitestgehend ausgeschlossen“ sei.

Prof. Dr. Jens Scholz, wissenschaftlicher Leiter des Forums Spitzenmedizin auf dem Hauptstadtkongress, sieht mit dem Gesetz die Voraussetzungen gegeben, dass „Deutschland wieder ganz vorne mitspielen“ könne bei der medizinischen Forschung. Er verwies darauf, dass gerade während der Corona-Pandemie die Nachteile des bisherigen Vorgehens deutlich wurden, da andere Länder in der Zeit sehr schnell epidemiologische Daten erheben konnten, was in Deutschland gar nicht möglich war – insbesondere aus Datenschutzgründen. Er wies im Hinblick auf das Gesetz darauf hin, dass es wünschenswert wäre, wenn künftig die komplette gesundheitliche Karriere eines Menschen verfolgbar wäre, um daraus Erkenntnisse zu sammeln. Dem stimmte der Bundesgesundheitsminister zu: „Jeder Mensch braucht eine Gesundheitsidentität“, sagte Lauterbach. Auf der Basis könne es auch möglich werden, Patienten Nachrichten zukommen zu lassen, etwa wenn es um Unverträglichkeiten von Arzneimitteln gehe.

Medium: Health & Care Management
Datum: 2.7.2024
Print / Online: Online
Reichweite: 26.000 Visits/Monat

**Health&Care
Management**

Krankenhausgesetzgebung - 2. Juli 2024

Krankenhausmanagement +++aktualisiert+++

Hauptstadtkongress: Zukunft gestalten – trotz aller Widrigkeiten

Zugehörige Themenseiten:

Digitalisierung, Fachkräftemangel, Finanzen & Investieren, Gesundheit & Gesellschaft und Krankenhausgesetzgebung

Er hat sich als zentraler jährlicher Treffpunkt zum Austausch der Krankenhaus-Führungsebene mit Partnern und Stakeholdern des Gesundheitswesens etabliert. Auch in diesem Jahr wurde der Hauptstadtkongress (HSK) seinem Anspruch erneut gerecht. Details bei uns in Kürze.

Von Michael Reiter

Gesundheitsmanagement, Gesundheitspolitik, Pflegemanagement, Themen für Ärzte und Spitzenmedizin – dieses umfangreiche Paket hatten die Veranstalter geschnürt. Nur online dabei war der **Bundesgesundheitsminister**, der für den „Meilenstein für die Forschung“ warb – das **Medizinforschungsgesetz (MFG)**. Großen Anklang fand dieses neue Gesetz auf dem HSK bei Vertreterinnen und Vertretern der Pharmaindustrie, die für den Herbst einen interdisziplinären Dialog planen. Wie wird sich das **Gesundheitsversorgungsstärkungsgesetz** entwickeln – ist das Aus für die angestrebten Gesundheitskioske final?

Eine zukunfts-kritische Frage stand jedenfalls bei den Diskussionen im Mittelpunkt. Zu wenig Geld und zu wenig Personal – wie lässt sich die Gesundheitsversorgung unter diesen Umständen mit dem geforderten Niveau bei Zugang und Qualität gewährleisten? Welche Chancen bietet hier die Krankenhausreform – und welche Risiken bringt sie mit sich? „Mitgehen“ und selbst gestalten, so lautete im Berliner Hub 27 eine konstruktive Aufforderung.

Damoklesschwert Insolvenz

Ein Highlight bot auf dem HSK auch die Präsentation des **Krankenhaus Rating Reports 2023**. Zu seinen wichtigsten Ergebnissen zählt, dass 11 Prozent der Krankenhäuser im Jahr 2021 im „roten Bereich“ lagen. 2030, so die Autoren, könnte es sich bei den bedrohten Häusern um 50 Prozent handeln. Was ist zu tun? Die Zahlen befeuert die Debatte in Berlin. Mehr über den **Report**, der 2024 sein zwanzigjähriges Jubiläum feiert, lesen Sie in Kürze bei HCM.



Bundesgesundheitsminister Lauterbach beim HSK: Medizinforschungsgesetz (MFG) als „Meilenstein für die Forschung“. – © Inge Holzmann

WEITERE BEITRÄGE ZU DIESEM ARTIKEL

[Ausblick Hauptstadtkongress Medizin und Gesundheit 2024](#)

[GKV-Reform: Plan mit Sinn oder Papiertiger?](#)

Medium: Medical Tribune

Datum: 7.7.2024

Print / Online: Print + Online

Reichweite: 55.000 (Print) / 12.500 Visits/Tag (Online)

MEDICAL
TRIBUNE

Gesetzesturbo

Auf dem Weg zum Mond?

Gesundheitspolitik | Autor: Michael Reischmann



70 % der Krankenhäuser erwarten für 2024 ein negatives Ergebnis.

© Krakenimages.com - stock.adobe.com

Tour de Force im BMG und Bundestag. Vor der Sommerpause wird aufs Pedal getreten. Kliniken, Hausärzte, Apotheken, Notfalldienst, Forschung, Prävention – überall wird eine Runde gedreht. Der Applaus bleibt jedoch oft aus.

Hätten die 70.000 hiesigen **Apotheker** Trecker, würden sie vermutlich eine Protest-Sternfahrt nach Berlin planen. Tatsächlich werden sie mit Kampagnen und fußläufig ihre Warnungen und Forderungen kundtun.

Den **Referentenentwurf** für das Apothekenreformgesetz bezeichnet ABDA-Präsidentin Gabriele Regina Overwiening als „Mogelpackung, Etikettenschwindel und Trojanisches Pferd“. Die „chronische Unterfinanzierung“ des Apothekenmarktes werde nicht angepackt.

Der BMG-Entwurf des **ApoRG** sieht Umschichtungen der **Apothekenvergütung** zugunsten von Standorten in strukturschwachen Regionen vor. Öffnungszeiten sollen flexibilisiert, die Gründung von Filial- und Zweigapotheken erleichtert werden. Bei **PTA** vor Ort, die „telepharmazeutisch“ mit einem Apotheker im Filialverbund in Kontakt sind, reiche es, wenn die die Apothekenleitung mindestens acht Stunden pro Woche persönlich anwesend sei. Die **Hochrechnung** des BMG, was die Apotheker auf diese Weise an Gehältern, Miete und Kosten für technische Ausstattung sparen können, überzeugt die ABDA-Präsidentin nicht.

Schließlich steht dem **Gesundheitsminister** der Sinn sowieso eher nach Mondlandungen. Mit dem Medizinforschungsgesetz – Stichworte: Geheimpreise für neue Arzneimittel und Einführung einer Bundesethikkommission beim BfArM – verfolgt die Ampel eine „Moonshot-Strategie“. Die Auswertung von Anträgen für klinische Studien soll künftig auf 26 Tage befristet sein. „Dann ist der Moonshot erreicht“, so Prof. Lauterbach. Spricht's und eilt sogleich – unbeeindruckt vom Chor der Kritiker – von einem **Reform-Meilenstein** zum nächsten.



Anzeige



Medium: WAZ
Datum: 16.7.2024
Print / Online: Print
Reichweite: 280.000

WAZ



Knappschaft-Kliniken bei Kongress

Mitte. Der Hauptstadtkongress für Medizin und Gesundheit ist mit etwa 8000 Gästen eine der wichtigsten Veranstaltungen der Gesundheitsbranche. Auch Führungskräfte der Knappschaft-Kliniken-GmbH und ihrer Krankenhäuser haben dort referiert. Sie gehört zur Deutschen Rentenversicherung Knappschaft Bahn-See an der Pieperstraße. Deren Chefin Bettina am Orde hat darüber gesprochen, wie ambulante und stationäre Versorgung sowie Langzeitpflege besser zusammenarbeiten können und man die Verwaltung vereinfacht. Im Bild GmbH-Chef Andreas Schlüter (li.) mit Niedersachsens Gesundheitsminister Dr. Andreas Philippi.

UroSkop: Hauptstadtkongress 2024 war ein Schmelztiegel der Gesundheitsreformen

START / UROLOGIE / AKTUELLE THEMEN / BERUF & POLITIK / UROSKOP: HAUPTSTADTKONGRESS 2024 WAR EIN...

Mit rund 5.000 Teilnehmerinnen und Teilnehmern sowie 150 Ausstellern und 140 Programmpunkten ist der Hauptstadtkongress Medizin und Gesundheit (HSK) nach drei Tagen am Freitag in Berlin zu Ende gegangen. In einem Jahr der „Revolutionen“ und Reformen war es ein packender Kongress, der unter Beweis stellte, dass Berufs- und Gesundheitspolitik zu Unrecht oft auf Skepsis und Desinteresse stoßen.



Prof. Boris Augurzky (l.) und Dr. Sebastian Krolop präsentieren die Ergebnisse des zwanzigsten Ausgabe des „Krankenhaus Rating Reports“. Foto: Runkel

Überlebensgroß erschien Bundesgesundheitsminister Karl Lauterbach auf dem Bildschirm der Arena in der Industrieausstellung des HSK. Lauterbach sprach über das Medizinforschungsgesetz, das in dieser Woche bereits im Bundestag beschlossen werden soll. „Deutschland verliert den Anschluss bei klinischen Studien“, stellte der zugeschaltete Minister fest. Das Gesetz sei ein „Meilenstein“ für die Forschung in Deutschland, aber auch in Europa, indem man „neue Maßstäbe“ setze. Lauterbach wagte sogar den Begriff der „Moonshot“-Strategie.

Die Lücke zwischen der sehr innovativen Grundlagenforschung in Deutschland und der Weiterentwicklung in Arzneimittel sei zu groß. Andere Länder wie Spanien oder Belgien zögen bei der Durchführung von klinischen Studien an Deutschland vorbei. „Als wir das Medizinforschungsgesetz entwickelt haben, haben wir die Begrifflichkeit genutzt, dass wir eine Moonshot-Strategie versuchen“, so der Minister. Unter Federführung des Bundesinstituts für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) sollen klinische Studien „schnell, gründlich und auch preiswerter als bisher“ durchgeführt werden können. Die Auswertung von Anträgen für klinische Studien soll künftig auf 26 Tage befristet sein. „Dann ist der Moonshot erreicht“, so der Minister. Das Gesetz sei insgesamt ein „Meilenstein“ für die Forschung in Deutschland, aber auch in Europa, indem man „neue Maßstäbe“ setze.

Minister nahm den Mund recht voll

Langfristig werde man „eine ganz neue Medizin“ sehen, so Lauterbach. Er verwies insbesondere auf die enge Zusammenarbeit mit Praktikern aus der Wissenschaft, aber auch die enge Abstimmung mit den Bundesländern. In der Kombination von Künstlicher Intelligenz (KI) und klinischer Forschung sieht der Minister beeindruckende Möglichkeiten. „Wir werden in die Lage versetzt, Proteinstrukturen vorherzusagen, wir werden sehen, bei welchem Patienten welche Antikörper besonders gut wirken. Vieles, was bislang nicht möglich ist, wird möglich sein.“

Künstliche Intelligenz im Gesundheitswesen

Wenn die KI den Arztbrief schreibt

Das Thema KI war auf dem diesjährigen **Hauptstadtkongress** allgegenwärtig. Der innovative Einsatz von **KI-basierten Tools** soll insgesamt für **Entlastung** sorgen und zugleich Zeit schaffen. Zeit für Patienten und Leistungserbringer.

In diesem Jahr werden die Kinder des geburtenstärksten Jahrgangs, 1964, sechzig Jahre alt. Damit wird der sogenannte „Gipfel der demographischen Welle“ spätestens zum Ende des Jahrzehnts das Renteneintrittsalter erreichen. In vielen Branchen wurde dieser Umstand lange Zeit stiefmütterlich behandelt. Schließlich schien 2030 eine Ewigkeit entfernt zu sein. Seit einiger Zeit merken insbesondere die Verantwortlichen des Gesundheitswesens die Auswirkungen der bevorstehenden Rentenwoge. Viele altgediente Fachkräfte mit verhältnismäßig hohen Lohnniveaus stehen einer deutlich geringeren Anzahl jungem Personal gegenüber. Die Anzahl der Patientinnen und Patienten hingegen wächst seit Jahren kontinuierlich. Dass das auf Dauer zu einem Versorgungsengpass führen wird, ist unumstritten. Breitgefächerte Werbemaßnahmen und Ausbildungsöffensiven konnten bisher nicht die gewünschten Ergebnisse erzielen. Auch die Löhne im Healthcare Sector können die stark gestiegenen Lebenshaltungskosten nicht ausgleichen. Dass der Fachkräftemangel grassiert, wäre eine maßlose Untertreibung.

Umso wichtiger ist es daher, dass einerseits das momentan existierende Wissen, die Erfahrung der bestehenden Personaldecke konserviert und diese andererseits unter Zuhilfenahme technischer Raffineszen möglichst entlastet wird. Der erste angesprochene Bereich wird bereits seit einiger Zeit unter verschiedener Nomenklatur umgesetzt. Seien es Fellowship- und Trainee-Programme, bei denen junge Fachkräfte erfahrene Mentoren zur Seite gestellt bekommen, oder der Aufbau einer haus- oder organisationsinternen Wissensdatenbank. Im Bereich der technischen Helferlein, die explizit für die medizinische Forschung konzipiert waren, gab es lange Zeit wenig Fortschritte zu vermelden. Das Aufkommen sowie das breite öffentliche Interesse an Künstlicher Intelligenz (KI) gegen Ende 2022 hat den großen wie kleinen Softwareverschmiedern Rückenwind verpasst. Der Megatrend KI ist momentan in aller Munde, und in wenig Bereichen ergeben Machine Learning und Co. derart Sinn wie im Gesundheitswesen.

Schließlich müssen hier jeder Schritt in mindestens dreifacher Ausführung protokolliert und rechtssicher abgeheftet. Schichtpläne um eine stets zu dünne Personaldecke herum geplant und Medikations- wie Therapiepläne eini-

germaßen leserlich verschriftlicht werden. Das alles kostet Zeit und ist insbesondere eines: ein Zeiteffresser par excellence. Denn wenn ein Gut neben der Personalstärke besonders knapp bemessen ist, ist das die Zeit, die einer Patientin, einem Patienten individuell zugesprochen werden kann. Durch immer neue bürokratische Vorschriften

Versorgung zu erreichen. Jedoch könnte man einigen Vertretern ihrer Zunft durchaus eine Art Protektionismus à la „wir haben das schon immer so gemacht“ vorwerfen. Dabei befanden sich in der Ausstellungsfäche des Hauptstadtkongresses, welche nur wenige Meter von den Veranstaltungsräumen entfernt lag, eine Vielzahl an teil-



Auf dem Hauptstadtkongress versammelte sich Ende Juni das Who-is-Who des deutschsprachigen Gesundheitswesens.

ten sinkt diese individuelle Zeitspanne Jahr für Jahr, Quartal für Quartal. Leidtragende sind hier neben den Erkrankten insbesondere die Leistungserbringer.

Einer Studie zufolge beläuft sich die Büroarbeit – die Dokumentationspflicht, wie es so schön heißt – pro Tag auf etwas mehr als vierzig (!) Prozent der Arbeitszeit einer Pflegekraft. Monatlich fallen auf diese Art und Weise also zig Stunden an, die eine Pflegefachkraft nicht körpernah verbringt. Auf dem Hauptstadtkongress, der Ende Juni in Berlin stattfand, wurde das Thema Fachkräftemangel heiß diskutiert. Bei diversen Panneldiskussionen sprachen sich Klinikverantwortliche stark dafür aus, dass vonseiten der Politik für Entlastung des Pflegepersonals und der Ärzteschaft gesorgt wird.

Vielmals ist dabei auch der Begriff „Personal-Leasing“ gefallen. Die Meinungen dazu gingen teilweise stark auseinander. Die Vorteile von Leasing-Modellen würden klar auf der Hand liegen – das Einlernen von Zeitarbeitskräften sei eine zusätzliche Belastung –, die Kosten würden explodieren. Der Vollständigkeit halber muss erwähnt werden, dass alle beteiligten Diskutanten valide und durchaus berechtigte Punkte vorgebracht haben, um das gemeinsame Ziel einer patientenzentrierten und effizienten

weise innovativen Lösungen, die einige Diskussionen an den Rand der Obszoleszenz drängen hätten können. Die Firma MyScribe präsentierte beispielsweise eine Möglichkeit, die verfügbare Zeit von Ärztinnen und Ärzten deutlich zu verlängern. Realisieren möchten die Mannheimer das mit einer KI, welche en passant die ärztliche Dokumentation, den sogenannten Arztbrief, erstellt. Eine Zeitersparnis von bis zu zwei Stunden pro Schicht stehen dabei im Raum. Pro Ärztin oder Arzt.

Einen weiteren Use-Case stellte Planerio aus München vor. Das Team erkannte, dass Dienstpläne bislang zu unflexibel gestaltet waren. So sei es laut Maximilian Tapparo, Head of Sales bei Planerio, in der Vergangenheit sehr schwierig gewesen, die Vereinbarkeit von Familie und Beruf oder abweichende Arbeitszeitmodelle – etwa einer 20-Prozent-Kraft – in den vorhandenen Dienstplanungstools adäquat darzustellen und dabei zusätzlich allen persönlichen Präferenzen der Fachkräfte gerecht zu werden. Durch den Einsatz einer KI versprechen die Münchener Abhilfe in den genannten Punkten. Derartige Konzepte werden wahrscheinlich die Zukunft im Gesundheitswesen darstellen. Vielleicht sogar schon vor dem Renteneintritt der Baby-Boomer. jk

KÜNSTLICHE INTELLIGENZ

Die Medizin von morgen ist eine andere



© Scott MacDonald

„Auch beim Einsatz von KI ist es unabdingbar, Prozesse erst zu entschlacken.“

HIMSS Europe, KLAS Global Summit, Bits & Pretzels HealthTech, das EUHA-Symposium „Rethinking Healthcare Systems“, die (neue) HLTH Europe, und nicht zuletzt der Hauptstadtkongress – die zahlreichen Kongresse, Tagungen und Messen im Juni 2024 hatten eines gemeinsam: Das Thema KI in der Medizin nahm jeweils eine dominierende Rolle ein.

Dabei mutiert KI scheinbar zum Allheilmittel für alle Probleme, die Gesundheitssysteme heute plagen. Auf gleich sieben Handlungsfeldern werden erhebliche Veränderungen durch den zunehmenden Einsatz von KI zu erwarten sein:

Bei Diagnose- und Behandlungsmöglichkeiten werden frühere und genauere Diagnosen möglich. KI kann helfen, eine echte personalisierte Medizin mit maßgeschneiderten Behandlungsplänen zu entwickeln. Die medizinische Forschung kann durch KI massiv beschleunigt werden, vor allem der Prozess der Arzneimittelentdeckung, indem KI vorausberechnet, welche Verbindungen wahrscheinlich wirksam sind.

KI-Systeme können Patientenaufnahmen vorhersagen, Personalbedarf optimieren und Krankenhausressourcen effizienter verwalten.

In der Aus- und Weiterbildung werden KI-gestützte Simulationstools realistische klinische Szenarien für die Ausbildung von Medizinstudierenden und Assistenzärztinnen erstellen können. Für Patienten können virtuelle Gesundheitsassistenten KI-gestützt Patienten-Informationen bereitstellen, Fragen beantworten, Termine erinnern und Telemedizin erleichtern. Beim Zugang zu medizinischer Versorgung kann KI helfen, Trends und Ausbrüche in der Gesundheit einer Bevölkerung vorherzusagen und proaktive Maßnahmen zu ermöglichen.

Da KI zunehmend in das Gesundheitswesen integriert wird, bekommen ethische und soziale Aspekte einen neuen Stellenwert: Themen wie Sicherstellung von Datenschutz und Datensicherheit, die Vermeidung von Bias bei KI-Algorithmen und ein fairer, gerechter Zugang zur KI-gestützten Medizin erfordern eine kluge Politik der Regulierung. KI nicht einzusetzen ist bereits heute ethisch nicht mehr vertretbar.

Künstliche Intelligenz wird das Bild der Medizin in den nächsten Jahren grundlegend verändern. Wenn wir es richtig anstellen, wird diese Technologie bei der Lösung vieler heute schwer lösbar erscheinender Probleme einen unschätzbaren Beitrag leisten. Diese Transformation erfordert sorgfältige Überlegungen zu ethischen Implikationen, fortlaufende Forschung und Zusammenarbeit im gesamten Gesundheitsökosystem, um die potenziellen Vorteile der KI vollständig zu realisieren. KI ist längst im Gesundheitswesen angekommen – und sie wird bleiben.

Bei aller Freude über die überzeugenden Präsentationen auf Kongressen und Messen: Die Realität in deutschen Krankenhäusern sieht heute noch anders aus. Auch beim Einsatz von KI ist es unabdingbar, Prozesse erst zu entschlacken, um das volle Potenzial der Digitalisierung zu realisieren. Das muss sich zum Wohle der Patienten, aber auch der Mitarbeiter jetzt dringend ändern. Dies wird nur durch gemeinsames Handeln gelingen – und erfordert Führungskräfte, die diese Aufgabe annehmen und nicht nur delegieren. ■

Viel Spaß beim Lesen der kma
Ihr Dr. Peter Gocke
Chief Digital Officer (CDO), Leiter
Stabsstelle Digitale Transformation
Charité – Universitätsmedizin Berlin