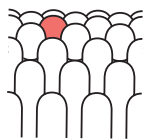


**VIRTUELLES
DRG-FORUM
KRANKENHÄUSER
IN DER CORONAKRISE**

„Wir begleiten Sie in eine Zukunft ohne Berater.“

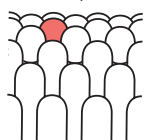
Dr. med. Djordje Nikolic und Manuel Berger,
Geschäftsführer

Hidden
Champion



2020/21

Hidden
Champion



2020/21

HEALTHCARE

Nutzen Sie unser Wissen und unsere Lösungen –
analog oder digital. Ganz ohne Risiko für Sie, da wir
erfolgsabhängig arbeiten. Kontaktieren Sie uns gerne
per E-Mail info@consus-clinicmanagement.de oder
telefonisch +49 761 217715-30.

DRG-Forum im Neuland



Florian Albert, f&w-Chefredakteur

Viele von Ihnen, liebe Leserinnen und Leser, erzählen mir immer wieder, dass das DRG-Forum Ihr Höhepunkt des Kongressjahres ist. Dass Sie es auch liebevoll als „Familientreffen“ der Branche bezeichnen, macht uns, den kleinen Fachverlag in Melsungen, stolz – und motiviert jeden von uns, ein ganzes Jahr auf diese magischen zwei Tage hinzuarbeiten. Umso schwerer ist uns die Entscheidung gefallen, Sie 2020 nicht per Handschlag im Berliner Estrel zu begrüßen. Denn alles war angerichtet: Ein Anmelderekord von über 1.700 Teilnehmern, 60 Ausstellern, mehr als 150 Referenten und 24 Workshops – und natürlich war auch schon die Cocktail-Karte für die Abendveranstaltung auf dem Weg in die Druckerei. Heute, unter dem Eindruck von Ausgangsbeschränkungen und Kontaktverboten, ist es für mich surreal, dass wir tatsächlich noch bis zuletzt zu hoffen wagten, ein persönliches Wiedersehen möglich zu machen.

Gleichwohl: Eine simple Absage wollte bei uns damals niemand akzeptieren. Verschieben war angesichts der unsicheren Ausgangslage auch keine Option. Also begannen wir im Eiltempo, das Web nach möglichen Alternativen zu durchforsten. Und tatsächlich: Wir hatten ein TV-Studio in Berlin ausgemacht, in welchem wir die Plenumsdebatten live übertragen konnten. Für die Workshops hatte die IT einen Webinar-Anbieter gefunden. Aber: Spielten auch unsere Referenten mit? Die Resonanz war umwerfend: Fast alle, die wir fragten, wollten mit dabei sein – darunter auch Minister Jens Spahn.

Auch viele Aussteller sagten spontan zu. Mit der offiziellen Verkündung vom „Virtuellen DRG-Forum“ begann für unseren gesamten Verlag ein ganz eigener Ausnahmezustand.

Keiner von uns konnte zu diesem Zeitpunkt ahnen, wie sehr sich die Welt innerhalb weniger Tage verändern würde. Denn als Mitte März die Schulen und Kitas schlossen, als sich der Fokus in den Kliniken von einem auf den anderen Tag schlagartig verschob, war unsere Planung erneut passé. Am Dienstag, dem 17. März, entwarfen wir unter dem Eindruck der jüngsten Ereignisse erneut ein neues, auf die Corona-Krise zugeschnittenes Programm. Das Studio wurde gestrichen, stattdessen komplett auf die virtuelle Plattform gesetzt. Auch das Format passten wir an: Gespräche und Interviews statt Streitgespräch und Podium – eine Momentaufnahme in einer Zeit, in der jede Planung über mehr als wenige Stunden auf Sand gebaut war.

Hätte die Kanzlerin am Donnerstagvormittag keine Krisensitzung des Kabinetts angesetzt, wäre auch Gesundheitsminister Jens Spahn bereits am 19. März dabei gewesen. Bekanntermaßen hat es eine Woche später dann doch noch geklappt: Spahn stellte sich im Live-Interview den Fragen von Zuschauern aus den Krankenhäusern. Wann kommt die dringend benötigte Schutzausrüstung? Warum wurde der Vorschlag der Kliniken mit einer Pauschalzahlung nicht umgesetzt? Und warum darf der Medizinische Dienst zwar weniger, aber nach wie vor prüfen? Der Diskussionsbedarf war groß – und wird es zweifellos auch in den kommenden Wochen und Monaten bleiben. Alle, die das Interview nicht live verfolgen konnten, können es – wie alle Videos des Virtuellen DRG-Forums – noch einmal in unserem Youtube-Kanal sehen.

Mein Dank gilt allen, die dieses DRG-Forum möglich gemacht haben: unseren Gästen und Referenten, Partnern und Sponsoren – aber auch denen, die in diesem Jahr aus nachvollziehbaren Gründen nicht mit dabei sein konnten. Das Wiedersehen bei unserem 20. Geburtstag im kommenden Jahr wird dafür hoffentlich umso schöner.

Titel

In dieser Ausgabe



Jens Mau
f&w
Wir wollten keinen Abstand nehmen
Virtuelles DRG-Forum
Seite 3



Jens Spahn
Bundesgesundheitsminister
„Ganz ohne Wahrheit geht es nicht“
Schutzschirm
Seite 4



Georg Baum
DKG
„Wir werden zu einer Neubewertung kommen“
Strukturdebatte
Seite 13



Prof. Dr. Reinhard Busse
TU Berlin
„Wir müssen so planen, dass wir genügend Kapazitäten haben“
Krankenhausplanung
Seite 15



Prof. Dr. Boris Augurzky
RWI/Stiftung Münch
„In so einer Situation wird immer viel improvisiert“
Krankenhauslandschaft
Seite 17



Dr. Katharina Nebel
BDPK
„Die privaten Reha-Kliniken stehen zur Entlastung bereit“
Corona-Krise
Seite 19



Dr. Meinrad Lugan
B. Braun, BVMed
Freier Lieferverkehr in Europa
Lieferketten
Seite 21



Dr. Markus Mai
Pflegerkammer Rheinland-Pfalz
„Langzeitpflegende brauchen auch Schutzkleidung“
Material
Seite 23



Kathrin Leffler
Vivantes
„Wir brauchen das Fachpersonal“
Personaluntergrenzen
Seite 25



Sabine Brase
Klinikum Darmstadt
„Pflege ist ein elementarer Bestandteil“
Personal
Seite 27



Prof. Dr. Michael Forsting
UK Essen
„Die richtige Diagnose für jeden Patienten“
Vordenker 2020
Seite 29



Yukari Kosakai
Künstlerin
„Meinen Arbeiten liegt etwas Experimentelles zugrunde“
Interview
Seite 33

Außerdem:

Editorial
Seite 1

Hinter den Kulissen
Seite 11

Webinare des Virtuellen DRG-Forums
Seiten 35 bis 43

Best-of-Kommentare
Seite 44

Stellenmarkt
Seite 45

Zum Thema

Wir wollten keinen Abstand nehmen

Krisen pushen Innovationen, das trifft im Fall Corona auch auf das DRG-Forum zu. Nachdem der Bibliomed-Verlag die Veranstaltung in Berlin abgesagt hat, ließ er sie kurzerhand virtuell stattfinden. Viele Gäste haben die Veranstaltung im Internet besucht – und belebt.

Von Jens Mau

Notfallversorgung, Lex Templin, Krankenhausplanung oder Elektronische Patientenakte – es ist, als ob jemand ein Tablett mit der gesundheitspolitischen Agenda genommen und in einen reißenden Strudel gekippt hätte, auf dem „Corona“ steht. Das Wahnsinnige darin ist, dass die Corona-Krise die Relevanz all dieser Themen noch einmal – wie unter dem Brennglas – zum Ausdruck bringt.

Auf dem Tablett standen übrigens auch das 19. DRG-Forum und das 4. Reha-Forum. Mit seinen über 1.700 Teilnehmern ist es einer der wichtigsten gesundheitspolitischen Kongresse in Deutschland, wenn nicht sogar der wichtigste. Wir planen den Kongress in engem Austausch mit unseren Partnern: den Verbänden und zahlreichen Praktikern aus den Krankenhäusern und der Gesundheitswirtschaft.

Abstand halten und dem Virus keine Chance geben, sich auszubreiten – das fordert die Corona-Krise von uns. Das Setting des DRG-Forums war damit in diesem Jahr leider nicht vereinbar. Abstand nehmen wollten wir dennoch nicht vom DRG-Forum. Wir haben uns nach kurzem Durchatmen entschieden, den Kongress virtuell stattfinden zu lassen. Es ist sozusagen unser Beitrag zur Digitalisierung der Arbeitswelt – und wir sind mit dem Ergebnis sehr zufrieden. Nicht nur die großen Panels, sondern auch die Webinare – also die Workshops – hatten viele Zuschauer, die sich mit Fragen und Kommentaren eingebracht und die Diskussion so digital belebt haben.

Prof. Jörg Debatin, Chairman des Health Innovation Hub, führte fachkundig durch den Vormittag und diskutierte mit Georg Baum (Deutsche Krankenhausgesellschaft), Dr. Katarina Nebel (Bundesverband der Privatkliniken), Dr. Meinrad Lugan (B. Braun Melsungen AG/Bundesverband Medizintechnologie) und Prof. Dr. Reinhard Busse die aktuelle Krisenlage. Der Nachmittag stand ganz im Zeichen der Pflege: Dr. Markus Mai (Pflegekammer Rheinland-Pfalz), Sabine Brase (Klinikum Darmstadt) und Kathrin Leffler (Vivantes) schilderten, wie sie sich auf den Ausnahmezustand vorbereiten. Prof. Dr. Boris Augurzy skizzierte zudem, vor welchem Kraftakt das Gesundheitswesen insgesamt steht. Eine Woche später stellte sich sogar Bundesgesundheitsminister Jens Spahn den Fragen von Zuschauern aus den Krankenhäusern.

In vielerlei Hinsicht hat Corona eine gruselige Situation erschaffen: Während die Wirtschaft und das öffentliche Leben eine Vollbremsung hinlegen, muss die Gesundheitsversorgung hochtouriger laufen denn je. Ärzte, Pflege- und Servicekräfte in den Kliniken schufteten im Ausnahmezustand, während viele andere an den Küchentisch gefesselt sind. Diese Situation spiegelt sich natürlich auch im Virtuellen DRG-Forum wider. Die Themen waren andere als sonst, die Bewertungen auch: Aus Ermangelung an Erfahrung und Fakten schilderten die Teilnehmer häufig auch persönliche Eindrücke und Meinungen.

Auf den folgenden Seiten haben wir einen Teil der Veranstaltung zusammengefasst. Außerdem können Sie das gesamte Virtuelle DRG-Forum auch im Internet kostenfrei ansehen. Schauen Sie vorbei unter: www.bibliomedmanager.de/vdf. Tagesaktuelle Berichte rund um Corona und alle anderen Themen, die den Klinikkosmos bewegen, finden Sie auf www.bibliomedmanager.de. Abonnieren Sie auch unseren täglichen Newsletter, dann verpassen Sie keinen Beitrag mehr. Wir freuen uns auf Ihren Besuch!

Schutzschirm

„Ganz ohne Wahrheit geht es nicht“

Bundesgesundheitsminister Jens Spahn hat im Interview auf dem Virtuellen DRG-Forum Fragen der Zuschauer zum Krankenhaus-Schutzschirm beantwortet. Er erklärte, warum er den Vorschlag der Klinken nicht umgesetzt hat, wann die dringend benötigte Schutzausrüstung endlich kommt und wieso der MD weiter in den Krankenhäusern prüfen darf.

Von Christina Schröder und Luisa-Maria Hollmig



„Völlig losgelöst von Nachweisen können wir auch in einer Lage wie dieser nicht zielgerichtet steuern.“

Jens Spahn, Bundesgesundheitsminister

„Wir sind in ziemlich besonderen Zeiten, das spüren wir alle“, begann Spahn sein Statement aus seinem Social-Media-Studio in Berlin. Aus vielen Gesprächen vor Ort und in den Krankenhäusern wisse er, wie intensiv sich alle auf die Corona-Krise vorbereiten. Einen Tag zuvor hatte der Bundestag den im Eiltempo konzipierten Schutzschirm für die Kliniken beschlossen. Vorausgegangen war am Wochenende eine Proteststurm aus den Krankenhäusern. Spahn hatte seinen Rettungsplan danach überarbeitet.

Im Moment sind nach Angaben des Ministers mehr Intensivbetten frei, als

Italien überhaupt an Kapazität hat (Stand 26. März 2020). „Wir wissen auch, dass das in den nächsten Tagen anders werden kann“, so Spahn. In einigen Teilen Deutschlands seien die Beatmungskapazitäten schon knapp. In diesem Zusammenhang verweist er auch auf das Intensivregister der Deutschen Interdisziplinären Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin (DIVI), das schon rege genutzt werde.

Spahn stellte sich auch der Kritik, die ihn in den vergangenen Tagen erreicht hat. So hielten etwa viele den Zuschlag in Höhe von 50 Euro pro Patient für zu wenig, „er sichert aber

sofortige Liquidität“, so der Minister. „Unser Wille ist, Ihnen finanziell den Rücken freizuhalten, was Liquidität und Planungssicherheit angeht“, betont Spahn. Er verweist darauf, die kommenden Wochen zu beobachten und entsprechend nachzusteuern.

Die wichtigsten Fragen und Antworten finden Sie auf den folgenden Seiten.



BARTELS CONSULTING
FÜR EIN GESUNDES UNTERNEHMEN

BERATUNG MIT MESSBAREM ERFOLG

CONSULTING

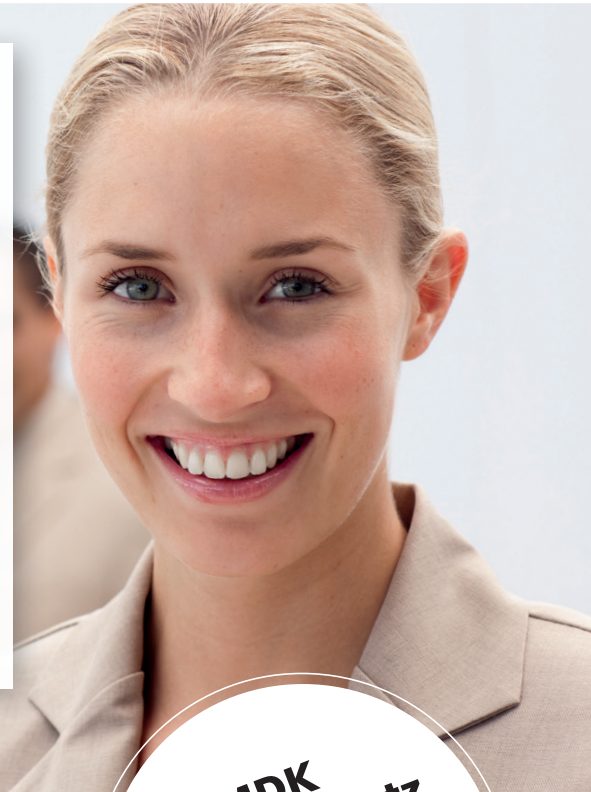
STRATEGIE | CONTROLLING | MANAGEMENT

AKADEMIE

KLINISCHE KODIERFACHKRAFT | ÄRZTLICHE & PFLEGERISCHE
DOKUMENTATION | DRG UPDATE SCHULUNGEN

OPERATIV

PRIMÄRKODIERUNG | REVISION | DRG-LIVE |
MDK-MANAGEMENT



**MDK
Reformgesetz**
Wir helfen Ihnen,
einen Schritt
voraus zu sein.

DRG LIVE: KONSTANT BESSER ABRECHNEN

**Eine zuverlässige Revision vor der ersten
Rechnungsstellung verbessert Ihre
Kodierung und sichert Ihre Liquidität**

DRG Live von Bartels Consulting sorgt für eine laufende
Kodierbegleitung Ihrer DRG-Fälle. Dabei werden die Daten
täglich oder wöchentlich – je nach Vereinbarung – in Echtzeit

übermittelt. Die Revision und Rücksendung erfolgt bei einem
Großteil der Fälle noch am gleichen Tag, sodass diese direkt
mit dem Kostenträger abgerechnet werden können. Fälle, bei
denen wir ein erweitertes Potenzial in der Kodierung erken-
nen, werden durch unsere persönlichen Betreuer gemeinsam
mit Ihren Kodierfachkräften bei Ihnen vor Ort erneut kodiert.
Das steigert zuverlässig und ganzjährig Ihren Erlös.

„Unser Wille ist, Ihnen finanziell den Rücken freizuhalten, was Liquidität und Planungssicherheit angeht.“

Warum hat das Bundesgesundheitsministerium nicht den Schuttschirm-Vorschlag der DKG und AOK akzeptiert?

Spahn: „Den Vorschlag haben wir im Haus intensiv geprüft. Aus unserer Sicht ist er kaum umzusetzen. Es klingt einfach, ein Zwölftel des Budgets zu überweisen, ist aber regelungstechnisch völlig jenseits dessen, was wir im SGB V und im Krankenhausgesetz an Regelungen haben. Das sind völlig neue Abrechnungswege und Modalitäten. Auch die Frage, was der Vorschlag für die Finanzlage der einzelnen Kassen bedeutet hätte, muss man berücksichtigen. Keiner hätte diese Frage abschließend beantworten können. Den Kliniken, die jetzt intensiv gefordert sind, hätte ein Zwölftel aus dem letzten Jahr auch nichts gebracht – sie brauchen mehr.“

Das gesamte System aus Dokumentation, Kodierung und Abrechnung bis hin zu Budgetverhandlungen soll in der gewählten Lösung aufrechterhalten werden. Wie soll das gehen?

Spahn: „Kein Vorschlag, der mir bekannt ist, hätte vollständig auf irgendeine Form von Nachweisen und Abrechnungen verzichtet. Einfach nur ein Zwölftel des Budgets des letzten Jahres, das vergleichsweise ein normales Jahr war, hätte für dieses Jahr nicht gereicht. Ausreißer nach oben – und die wird es geben, insbesondere in den Kliniken, die viele Intensivpatienten behandeln – müssen ebenfalls nachgewiesen werden. Völlig losgelöst von Nachweisen können wir auch in einer Lage wie dieser nicht zielgerichtet steuern. Der Pflegezuschlag ist schon eine enorme Vereinfachung, ebenfalls die Reduzierung der MDK-Prüfungen auf fünf Prozent. Aber ganz ohne Wahrheit geht es nicht, in keinem System.“

Werden MD-Ärzte jetzt schon für den Einsatz in der Patientenversorgung vorbereitet?

Spahn: „Der MD hat uns zugesichert, dass sie in Teilen in der Umsetzung sind. Die jeweiligen Landesregierungen treffen mit den jeweiligen Landes-MDs Vereinbarungen darüber, in welchen Bereichen die Ärzte und Pflegekräfte zum Einsatz kommen. 3.000 bis 4.000 Ärzte und jeweils über 3.000 Pflegekräfte können laut MD möglicherweise dadurch frei werden. Ob sie dann im öffentlichen Gesundheitsdienst, der auch großen Bedarf hat, oder an bestimmten Stellen im Gesundheitswesen mitanpacken, das sollen je nach regionaler Gegebenheit die Länder mit den MDs vereinbaren. Ich erlebe übrigens bei den Mitarbeitern des MDs, die sich bei uns gemeldet haben

zu dieser Frage, ein wahnsinnig hohes Engagement und Willen mitzuhelfen.“

Wie kalkulieren Sie 50.000 Euro pro Intensivbett und wie soll das reichen?

Spahn: „Alle haben gesagt, 30.000 Euro seien nicht genug. Die Länder haben sich verpflichtet, auch das ihre zu tun, weil Investitionskosten nicht Aufgabe der Kassen sind. Gleichzeitig erwarten wir einen Aufbau von Intensivbetten. Deswegen ist es nur fair, wenn es einen entsprechenden Zuschuss gibt. 50.000 Euro ist eine Größenordnung, die wir gemeinsam mit den Ländern gefunden haben.“

Haben Sie von den Ländern schon Informationen, was diese beisteuern wollen?

Spahn: „In Hamburg will man zum Beispiel die Kosten für das Beatmungsgerät vollständig übernehmen.“

Die Pflegepersonaluntergrenzen wurden für sechs Monate ausgesetzt. Besteht nach wie vor eine Dokumentationspflicht?

Spahn: „Ich habe gestern unterschrieben, dass die PpUG-Verordnung ganz ausgesetzt wird. Die Dokumentationspflicht setzen wir angesichts der Lage per Verordnung aus und nicht per Selbstverwaltungsentscheidung. Wenn die Verordnung nicht gilt, gilt auch alles damit Verbunde nicht.“

Viele Kliniken klagen darüber, dass die 50 Euro Zuschlag pro Patient für Schutzausrüstung nicht reichen und kritisieren, dass sie nur auf drei Monate befristet ist. Welche Nachsteuerungsmöglichkeiten sehen Sie?

Spahn: „Die Verordnung kann nach den zwölf Wochen verlängert werden. Durch die Regelung im Infektionsschutzgesetz haben wir als BMG sehr weitreichende Möglichkeiten, Verordnungen und Vergütungssysteme entsprechend anzupassen und zu verändern.“

Wann kommt das Schutzmaterial endlich an? Was sollen Krankenhäuser tun, wenn keines mehr vorhanden ist?

Spahn: „Diese Frage beschäftigt mich im Moment Tag und Nacht. Ich weiß, wie groß die Not ist. Wir haben uns dazu entschieden, bundesweit zentral zu beschaffen. Verteilungen konnten im Laufe dieser Woche vorgenommen werden, an die KVen und an die Länder. Die Vereinbarung ist nämlich: Die Länder beschaffen ebenfalls und verteilen die Schutzausrüstungen regional

Handlungsfähig in und nach der Krise

Healex hilft alle Kräfte in Krisenzeiten aufrecht zu erhalten. Mit erprobten Lösungen werden alle klinischen Bereiche entlastet und bleiben handlungsfähig.

**NEU:
Kostenlos für
die Corona-
Forschung!**

■ **NEU: Healex Corona- & Patientenapps**

Entlastung für
Personal und Klinika
durch automatisierte,
kontaktlose Patienten-
kommunikation

→ **Mehr erfahren:**
**healex.systems/
apps**

APP

Healex Site Management System (SMS)

Führendes System
für multizentrische
klinische Studien und
standortübergreifende
Kollaboration

→ **Mehr erfahren:**
**healex.systems/
sms**

SMS

■ **Healex Clinical Documentation System (CDS)**

Das Healex
CDS ermöglicht
nahtlose klinische
Dokumentation
und Generierung
von strukturierten
Patientendaten

→ **Mehr erfahren:**
**healex.systems/
cds**

CDS

■ **Healex Clinical Integration Hub (CIH)**

Moderne FHIR-
Infrastruktur für
integrierte klinische
Daten und vernetzte
Forschung

→ **Mehr erfahren:**
**healex.systems/
hub**

CIH

„Ich habe unterschrieben, dass die PpUG-Verordnung ganz ausgesetzt wird. Die Dokumentationspflicht setzen wir angesichts der Lage per Verordnung aus.“

an die Häuser und Einrichtungen. Diese Woche sind schon Lieferungen angekommen, wir rechnen mit weiteren in den nächsten Tagen. Auch mit der deutschen Industrie haben wir gesprochen: Es muss gelingen, dass Produktionen, auch im größeren Umfang, hier geschaffen werden, wie es zum Teil schon der Fall ist. Desinfektionsmittel sind auch ein Thema: Es kann in großen Mengen in Deutschland hergestellt werden. Was wir aber noch schaffen müssen, ist, die riesigen Tanks von Shell und der chemischen Industrie durch entsprechende Gebindegrößen und Abfüllungen in Größenformaten zu bekommen, mit denen Kliniken und Arztpraxen umgehen können. Das klingt profan, ist aber wichtig.“

Die Dr. Becker-Kliniken berichten, dass an der Grenze zur Ukraine Schutzmasken feststecken. Wie können Sie helfen? Gibt es eine Stelle, an die sich Kliniken mit solchen Problemen wenden können?

Spahn: „Was uns an Anfragen erreicht, versuchen wir so gut es geht zu bearbeiten. Der Herr Staatssekretär telefoniert heute mit dem Botschafter der Ukraine. Wir können jedoch nicht alle Probleme des Gesundheitswesens allein im BMG lösen. Wir versuchen vor allem, die strukturellen Fragen zu lösen, siehe Finanzierung, siehe Bürokratie und Auflagen.“

Psychiatrische Kliniken berichten, dass Patienten aus Angst fernbleiben. Ist hierfür ein Ausgleich vorgesehen?

Spahn: „Die Psychiatrie fällt auch unter den Schutzschirm. 560 Euro pro Bett und Tag ist nicht wenig Geld.“

Wie geht's weiter mit der deutschen Krankenhauslandschaft? Bedeutet diese Krise ein Ende der kalten Strukturbereinigung im Krankenhauswesen?

Spahn: „Ich nehme zunächst vor allem die Stärke unseres Systems sehr klar wahr. Wir haben in Deutschland doppelt so viele Intensivbetten frei, wie Italien im ganzen Land hat. Es zeigt mir aber auch, dass es Sinn macht, über regionale Strukturen auch für den Regelfall zu reden. Mir ging es nie darum, einfach alle Häuser zu schließen, sondern immer vernetzte Strukturen zu haben, die in einer Region abgestimmt sind. Das hilft natürlich in einer Krise. Pandemieplanung haben wir natürlich alle in unseren Büchern stehen, aber hinreichend geübt haben wir sie meist nicht. Wir merken, dass die Krankenhaus- und

Pandemieplanung besser konzeptionell zusammengedacht werden. Das heißt nicht, weniger oder mehr Häuser. Das heißt für mich eine noch bessere Abstimmung.“

Der Fixkostendegressionsabschlag wurde 2020 ausgesetzt. Was passiert 2021 und 2022?

Spahn: „Unsere Überlegung ist, in 2021 mit 2019 zu starten. Das Jahr 2020 eignet sich sicher nicht als Ausgangspunkt.“

Was passiert mit dem ambulanten Bereich bezogen auf den Schutzschirm?

Spahn: „Wir haben dem ambulanten Bereich innerhalb der Kassenärztlichen Vereinigung die Möglichkeit gegeben, nach unten hin zu verteilen. Das löst enormen Protest aus bei beispielsweise Physiotherapeuten, Logopäden, Hebammen, Zahnärzten und so weiter. Der Grund, warum wir Krankenhäuser, Arztpraxen und Pflegeeinrichtungen in ein Gesetz genommen haben, ist, dass diese sich im Moment auf mehr Fälle vorbereiten müssen, während die anderen das Problem mit Ausfällen haben. Der eigentliche Stressmacher ist nachvollziehbarerweise die Verunsicherung der Menschen, die einen Test verlangen, die Fragen haben und in den Kliniken die Ressourcen binden, ohne behandlungsbedürftig zu sein. Daher werden die Ambulanzen berücksichtigt.“

Das vollständige Interview können Sie auf www.bibliomedmanager.de/spahn-live noch einmal sehen.

Der Klinikbenchmark. medbench!

DE Ab Frühjahr
2020



INMED

Online und jederzeit für
alle Kliniken und Klinikverbände.

Das moderne Data-Warehouse.

Xlize!

Bündelung aller Kennzahlen auf einen Blick.
Monatlich - Täglich - Live!

Das Prinzip der Simplexität.

Klare Fakten im komplexen Krankenhaus.

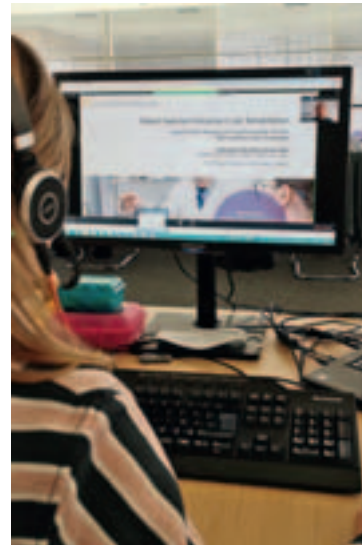
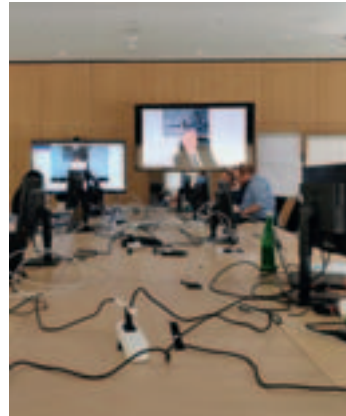
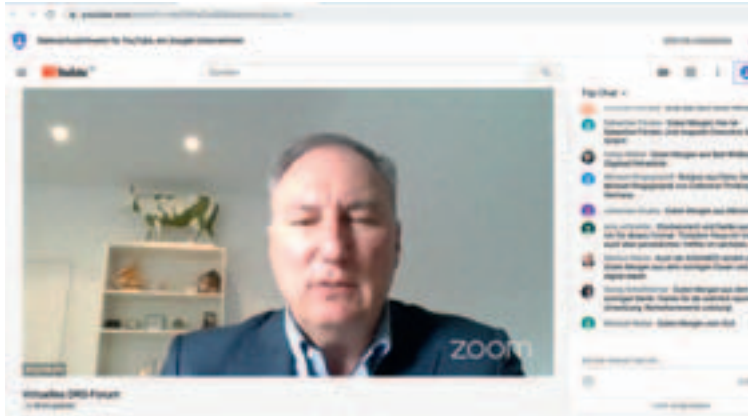
SCAN ME





Virtuelles DRG-Forum Hinter den Kulissen

Ein Großraumbüro statt des imposanten Saales im Estrel-Hotel. Interviews statt Streitgespräch und Podium – das war das diesjährige DRG-Forum unter den erschwerten Bedingungen in der Coronakrise. Mit etwas weniger Glamour vielleicht, dafür aber mit ebenso viel Einsatz unseres Teams vom Bibliomed-Verlag. Zuhören, mitschreiben, News aufbereiten, twittern und vor allem den reibungslosen Ablauf der Technik gewährleisten, das war unsere Arbeit. Und alles mit dem gebotenen Sicherheitsabstand.



INFUSIONSMANAGEMENT ANDERS DENKEN

MEHR SICHERHEIT, WENIGER KOSTEN

Infusionstherapien sind Routine und auch riskant.

Denn ungewollte Infektionen, Nadelstichverletzungen bzw. Medikationsfehler gefährden Patienten und Personal und verursachen zusätzliche Aufwände.

Das können Sie mit dem richtigen Gesamtprozess verhindern. Denn Infusionstherapie muss sicher sein und sich rechnen. Für uns gibt es kein entweder oder!

Denken Sie Ihr Infusionsmanagement mit uns anders. Patienten, Personal und Budget werden es Ihnen danken. Das ist Sharing Expertise.



B. Braun Melsungen AG
www.bbraun.de
E-Mail: info.de@bbraun.com
Tel.: +49 5661 71-3300

Strukturdebatte

„Wir werden zu einer Neubewertung kommen“

Zum Auftakt des Virtuellen DRG-Forums hat DKG-Geschäftsführer Georg Baum klargestellt, was Kliniken brauchen: eine pauschale Finanzierung abseits des „DRG-Systems mit seinen Verästelungen und seinem Verwaltungsaufwand“. Auch die Diskussion um die Strukturreform der Krankenhauslandschaft stehe vor einer Wende.

Von Jens Mau



„Der Grundgedanke ist, dass alle etwas leisten. Es wäre falsch, nur die zu bedenken, die Intensivbetten haben. Das ganze System ist betroffen.“

Georg Baum ist Hauptgeschäftsführer der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG).

Zum Auftakt des virtuellen DRG-Forums stellte sich Georg Baum, Hauptgeschäftsführer der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG), den Fragen von Prof. Dr. Jörg Debatin. Der Leiter des Health Innovation Hubs (hih) des Gesundheitsministeriums und ehemalige Chef der Hamburger Unikliniken erkundigte sich zum Einstieg, ob Baum – als gelernter Volkswirt – ein ähnliches Szenario wie die Corona-Krise erlebt habe. „Maximal in Form eines Albtraums“, entgegnete Baum. Die Wirtschaft runterzufahren und gleichzeitig die Versorgung im Krisenmodus sicherzustellen, sei ein Kraftakt. „Wenn die Regelversorgung nicht stattfindet,

haben wir hohe Kosteneinbußen und deshalb ist das Signal der Kanzlerin, einen Schutzschirm über Kliniken aufzuspannen, für uns wichtig“, so Baum. Er unterstrich, dass die Kliniken die Erwartungen der Kanzlerin aktiv annehmen. „Wir müssen uns darauf einstellen, dass erheblich mehr Schwerstkranke in die Kliniken kommen“, stellte Baum klar. Betten würden frei gemacht und zusätzliche Intensivkapazitäten geschaffen. Die neuen Beatmungsgeräte, die die Bundesregierung kürzlich bestellt hat, würden dabei helfen. Ein Problem in Kliniken bleibe der Mangel an Schutzkleidung. Moderator Debatin, der als Leiter des hih im en-

gen Kontakt mit Gesundheitsminister Jens Spahn steht, unterstrich, dass das BMG alles daran setze, Schutzkleidung zu bekommen.

Eine Spitzabrechnung lehnt Baum ab

Unbestritten bedeutet Corona für Krankenhäuser ein massives finanzielles Risiko. In der Regel macht eine Klinik nahezu 80 Prozent ihres Umsatzes mit Operationen. Nun werden planbare Operationen reihenweise abgesagt, gleichzeitig müssen die Kliniken zusätzliche Intensivkapazitäten aufbauen. Wie soll diese Sondersituation finan-

ziert werden? Baum bekräftigte den Finanzierungsvorschlag, über den Biblio-medManager bereits exklusiv berichtet hatte. „Wir sind der Meinung, das DRG-System mit seinen Verästelungen und seinem Verwaltungsaufwand ist nicht in der Lage, die Finanzierung dieses Sonderfalls zu leisten.“ An oberster Stelle müsse die Liquiditätssicherung stehen. Baum wünscht sich deshalb eine pauschalisierte Budgetierung. Man solle die Budgets von 2019 hochrechnen, mit einem Zuschlag von fünf Prozent versehen, dann zwölfteln und die Teilbeträge ab April bis Dezember an die Kliniken auszahlen. Eine Spitzabrechnung, auf die tatsächliche Leistung einzelner Kliniken bezogen, lehnt Baum ab. „Der Grundgedanke ist, dass alle etwas leisten. Es wäre falsch, nur die zu bedenken, die Intensivbetten haben. Das ganze System ist betroffen“, so Baum. „Wenn ich in die Spitzabrechnung gehe, bin ich verpflichtet, die ganze Bürokratie bis zum letzten Zusatzentgelt anzuschmeißen.“ Außerdem habe derzeit wohl kein einziges Krankenhaus ein ausgehandeltes Budget für 2020, so Baum weiter. „Wir haben gerade erst die Pflegekosten herausgerechnet, das ist eine zusätzliche Sondersituation.“ Natürlich, so Baum, würden die Kliniken auch weiterhin eine patientenbezogene Dokumentation an die Kassen geben – allein damit klar sei, welche Kasse, was bezahlt.

Auf Debatins Frage, welche Signale die DKG derzeit aus dem Ministerium bekomme, entgegnete Baum, man sei nahezu täglich in Gesprächen. „Der Minister will in den nächsten 14 Tagen den Gesetzgebungsprozess für die Finanzierung abgeschlossen haben.“ Auch mit dem Spitzenverband der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-SV) sei er im Austausch. „Die Kassen haben registriert, dass wir mehr machen.“ Die Bereitschaft zu einer Pauschale sei bei den Kassen aber noch nicht da. „Die Krankenhäuser müssen sich aber darauf verlassen können, dass ihre Aufwände finanziert werden, ohne großen administrativen Aufwand“, so Baum.

Die Pflegepersonaluntergrenzen hat Minister Spahn bereits aufgehoben – Baum fordert nun, auch die Personalvorgaben für die Psychiatrie (PsychPV) auszusetzen, „denn auch die müssen Betten frei machen und sind von der Krise betroffen.“

Die Corona-Krise berührt zudem eine ganz wesentliche Diskussion in der Krankenhausszene – die Strukturdiskussion. Darauf angesprochen erklärte Baum: „Ich habe immer gesagt, dass es gut ist, zehn Prozent Überkapazitäten zu

haben, anstatt auf Kante genäht zu planen. Es ist sinnvoll, auch kleine Kliniken zu haben. Jetzt haben wir eine neue Situation und das muss sich auch zukünftig in den Konzepten niederschlagen. Ich denke, wir werden zu einer Neubewertung kommen. In jeder Krise liegt die Chance zu einem konstruktiven Neuanfang.“

Damit aus Chancen Erfolge werden.

Mit Branchenwissen, Erfahrung und Engagement.
Ihr strategischer Partner im Gesundheitswesen:

► apobank.de/firmenkunden

Weil uns mehr verbindet.

 deutsche apotheker-
und ärztebank

Zentralisieren für eine bessere Versorgung

„Wir müssen so planen, dass wir genügend Kapazitäten haben“

In dieser Situation seien die Intensivstationen der Krankenhäuser die wichtigste Front, stellte Dr. Reinhard Busse (TU Berlin) beim Virtuellen DRG-Forum im Interview mit Prof. Dr. Jörg Debatin klar. Die bisherigen Pandemiepläne seien zu zurückhaltend gewesen.

Von Luisa-Maria Hollmig

„Wenn das Kartellamt freiwillige Zusammenschlüsse verhindert, dann ist das kontraproduktiv.“

Prof. Dr. Reinhard Busse ist Professor für Management im Gesundheitswesen an der Fakultät Wirtschaft und Management der Technischen Universität Berlin.



Ein Problem sieht Busse vor allem darin, dass sich die Krankenhäuser normalerweise nicht untereinander abstimmen würden. Wichtig sei es, jetzt an die Bevölkerung zu denken. „Dabei müssen wir auch den kleineren Krankenhäusern zur Seite stehen und sehen, wer wie viele Intensivplätze hat“, so Busse, der im Bereich Gesundheitssysteme an der Technischen Universität Berlin forscht.

In Italien, betonte Krankenhauskritiker Busse, laufe vieles weitaus geordneter. „Das sind die Vorteile eines zentraler organisierten Systems“, so Busse. Jeden Tag würden dort am Nachmittag Zahlen darüber veröffentlicht, wie viele Patienten sich in welcher Region in stationärer Behandlung befinden. Ähnlich sei es in Dänemark, wo auch die Zuständigkeiten klarer verteilt seien. „Auch wir müssen einen Plan haben, welche Krankenhäuser kooperieren. Das war alles nicht vorbereitet“, mein-

te Busse. Nur in Teilen würde dies bereits funktionieren, zum Beispiel an der Charité. In Berlin gibt es einen Plan, der die einzelnen Krankenhäuser in Stufen differenziert – danach, welche Krankenhäuser Beatmungsgeräte haben und welche als Reserve dienen, für andere Patienten, die nicht beatmungspflichtig sind. Man müsse auch an die Zeit nach Corona denken. „Wir müssen zentralisieren, um die Versorgung zu verbessern, nicht nur jetzt, sondern auch in Zukunft“, so Busse.

Dabei müsse man die Landesministerien bei der Planung unterstützen. Politiker dürfen bei Abteilungen in Krankenhäusern nicht nur auf Namen und Bettenzahl achten, sondern müssen die Leistung sehen, um entsprechend planen zu können. Dabei spiele auch das Kartellamt eine Rolle: „Wenn das Kartellamt freiwillige Zusammenschlüsse verhindert, dann ist das kontraproduktiv“, sagte Busse. Grundsätzlich müsse

klarer werden, wer im deutschen Gesundheitswesen mit wem kooperiert. „Die Krankenhauspläne sind auch nur noch Krankenhausverzeichnisse. Wir müssen so planen, dass wir genügend Kapazitäten haben, möglichst wohnortnah.“

Georg Baums (DKG) Vorschlag eines pauschalierten Finanzierungskonzepts für die Krankenhäuser nennt Busse eine „Notüberlegung“. Es wäre fatal, diese für einige Monate umzusetzen und hinterher sei alles wie vorher. „Dies würde in ein neues System münden“, stellte Busse klar. Man sollte den Fokus auf Qualität und Umstrukturierung legen. Busse vermutet, dass die Politik nun schnell an den Punkt kommen werde, an welchem das Gesundheitssystem umorganisiert werden müsse.

Unser ganzes Pflegewissen auf einen Klick.

**Gute Nachrichten für alle,
die ihren Pflegeteams mehr bieten wollen.**

Jetzt gibt es die Inhalte von BibliomedPflege an einer Stelle gebündelt – online, immer aktuell und ganz einfach anzuwenden. Unterstützen Sie Ihre Teams mit aktuellem Pflegewissen! Einmal anmelden – und alle können alles nutzen.

Alle Informationen und kostenlose Beispielinhalte unter:
www.bibliomed-pflege.de/teamplus



Alle Fachartikel aus
„Die Schwester | Der Pfleger“
und „PflegenIntensiv“



Dossiers zu
allen relevanten
Fachthemen



Über 300 Rechtstipps
für die Pflege



Digitale Lernkarten
zu medizinischen
Fachbegriffen



Alle zertifizierten
Bibliomed Pflege-E-Learnings



Digitale Vorbereitung
auf das Examen

**Jetzt buchen
und einen
Monat gratis
testen!**

Mehr Wissen für Pflegende.
Online. Aktuell. Für alle.

BibliomedPflege



TeamPlus

Krankenhauslandschaft

„In so einer Situation wird immer viel improvisiert“

Die Wirtschaft fährt runter, das Gesundheitswesen hoch: Auf dem Virtuellen DRG-Forum erklärte Gesundheitsökonom Prof. Dr. Boris Augurzky, welche Lehren sich jetzt schon aus der Krise ziehen lassen.

Von Jens Mau

„Wir müssen für die Zukunft klären, dass wir nicht nur von einem Lieferanten abhängig sind.“

Prof. Dr. Boris Augurzky ist Leiter des Kompetenzbereichs „Gesundheit“ am RWI – Leibniz-Institut für Wirtschaftsforschung und Vorstandsvorsitzender der Stiftung Münch.



In der Corona-Krise haben Lieferengpässe sowohl bei der Politik als auch in der Bevölkerung Besorgnis ausgelöst. Minister Jens Spahn reagierte mit Exportbeschränkungen, die er dann wieder lockerte. Außerdem griffen sowohl der Bund als auch die Bundesländer aktiv ins Wirtschaftsgeschehen ein, indem sie selbst Medizinprodukte wie Schutzmasken oder Beatmungsgeräte orderten. Für Prof. Dr. Boris Augurzky vom Rheinisch-Westfälischen Institut für Wirtschaftsforschung (RWI) ergibt sich aus den Engpässen vor allem eines: „Wir müssen für die Zukunft klären, dass wir nicht nur von einem Lieferanten abhängig sind. Diese Diskussion haben wir aber schon vor der Pandemie geführt.“ Gemeint sind beispielsweise die Rabattverträge für Pharmaprodukte,

bei denen im Bieterprozess in der Regel ein Anbieter gewinnt. „Hier müssen wir sicherstellen, dass es zukünftig mehrere Zulieferer gibt“, so Augurzky.

Die Kritik am Föderalismus, der schnelle Entscheidungen in der Corona-Krise verhindert habe, lässt Augurzky nur teilweise gelten. „Föderalismus hin oder her – in so einer Situation wird immer viel improvisiert. Man hat aber gemerkt, dass Bund und Länder an einem Strang ziehen.“ Richtig sei zwar, dass wir „einige Schleifen mehr gedreht haben als andere“, dafür habe das föderale System in anderen Bereichen Vorteile. Unterm Strich müsse für solche Krisen klargestellt werden, dass die Verantwortung für grundlegende Entscheidungen beim Bund konzentriert würde.

Wichtig bei solch global-viralen Ereignissen sei zweifelsohne, dass man schnell reagiere. Dabei könnten nicht nur Viren, sondern auch Bakterien für ein Gesundheitssystem zum großen Problem werden, bemerkte Augurzky. Der Wissenschaftler verwies auf die zunehmenden Antibiotika-Resistenzen. „Hier brauchen wir mehr Know-how und bessere internationale Zusammenarbeit.“ Dafür wiederum sei die Digitalisierung essenziell. Eine Folge der Krise dürfe laut Augurzky nicht nur sein, „dass wir mehr Konferenzen digital durchführen“, sondern der digitale Datenaustausch generell müsse auf ein neues Level. Die elektronische Patientenakte und die Telematikinfrastruktur seien der erste richtige Schritt. Wie viel Potenzial noch in der Digitalisierung

VIRTUELLES
DRG 2020 | FORUM

liege, zeigt laut Augurzky aber auch der Corona-Ausbruch deutlich: Könnte man all die relevanten Daten über infizierte, geheilte oder immunisierte Menschen zeitnah über eine (internationale) Plattform austauschen, so wäre das ein echter Zeitgewinn.

Augurzky ist ein Verfechter der Strukturreform, spricht der Reduzierung von Krankenhausstandorten. Diese Reform der Krankenhauslandschaft habe durch Corona nicht an Relevanz eingebüßt, bekräftigte er. Die Idee sei, die Krankenhauslandschaft zu zentralisieren und die Ambulantisierung der Versorgung zu forcieren. An diesem Ziel, so Augurzky, müsse sich nichts ändern. „Das heißt ja nicht, dass wir weniger Intensivbetten brauchen. Ich denke auch, dass Dänemark, als Beispiel für ein sehr zentralisiertes Gesundheitssystem, nicht schlechter durch die Krise kommt als wir.“ Im Gegenteil: Zentralisierung könne auch in der Krise ein Vorteil sein, etwa wenn es darum geht, welches Krankenhaus in einer Region die Steuerung übernimmt. Klar ist für Augurzky, dass Vorhalteleistungen besser finanziert werden müssten. Auf die Frage von f&w-Chefredakteur Florian Albert, wie die Finanzierung zukünftig aussehen könnte, verwies Augurzky, der auch der privaten Münch Stiftung vorsteht, auf Regionalbudgets – auch Capitation oder Populationsmodelle genannt. Das sei auf dem Land einfacher umzusetzen als in Städten – in jedem Fall müsse aber ein Plan existieren, welche Ressourcen eine Region vorhalten müsse.

**VIRTUELLES
DRG-FORUM**VIDEOS UND NACHBERICHTE
AUF BIBLIOMEDMANAGER.DE

Auf unserem Portal BibliomedManager können Sie das komplette Virtuelle DRG-Forum noch einmal ansehen. Außerdem finden Sie dort alle

Videos aus den Webinaren und unsere
Online-Berichterstattung.

www.bibliomedmanager.de/vdf

**BibliomedManager**
DAS PORTAL FÜR ENTSCHEIDER IM KRANKENHAUS powered by f&w**drg-forum.de | nationalesrehaforum.de**

Corona-Krise

„Die privaten Reha-Kliniken stehen zur Entlastung bereit“

„Wir bereiten uns auf alles vor und stehen dem Gesundheitssystem vollumfänglich zur Verfügung“, sagte Dr. Katharina Nebel, BDPK-Präsidentin, beim Virtuellen DRG-Forum. So könnten ihre Reha-Einrichtungen in Nordrhein-Westfalen Akuthäuser unterstützen, indem sie ihnen Patienten frühzeitig abnehmen.

Von Lena Reseck



„Wir hoffen, dass auch die Reha-Kliniken Unterstützung erhalten.“

Dr. Katharina Nebel ist Präsidentin des Bundesverbandes Deutscher Privatkliniken (BDPK) und Geschäftsführende Gesellschafterin der Private Kliniken Dr. Dr. med. Nebel.

Die Corona-Krise wird auch die Reha-Kliniken betreffen – verschiedene Szenarien sind denkbar. „Wir bereiten uns auf alles vor und stehen dem Gesundheitssystem vollumfänglich zur Verfügung“, sagte Dr. Katharina Nebel, BDPK-Präsidentin und Geschäftsführende Gesellschafterin der Private Kliniken Dr. Dr. med. Nebel beim Virtuellen DRG-Forum. So könnten ihre Reha-Einrichtungen in Nordrhein-Westfalen beispielsweise Akuthäuser unterstützen, indem sie ihnen Patienten frühzeitig abnehmen. „Vorstellbar wäre auch, dass Krankenhäuser ganze Abteilungen auslagern und besonders schützenswerte Patienten mit einem geschwächten Immunsystem zu uns schicken, um sie vor Ansteckung zu schützen“, so Nebel. Denkbar sei ebenso, Reha-Kliniken komplett umzuwandeln, damit sie Coro-

na-Patienten aufnehmen, die nicht beatmet werden müssen.

Sie selbst habe für ihre Kliniken zugesichert, die Hälfte der Betten, also 500, für solche Fälle zur Verfügung zu stellen, sagte Nebel. Damit stehe sie nicht allein da. „Die überwältigende Mehrheit privater Kliniken ist bereit zu helfen und bereitet sich darauf vor“, stellte Nebel fest. Verwunderlich findet die Klinik-Chefin jedoch, dass sie vom Vorschlag des nordrhein-westfälischen Gesundheitsministers Karl-Josef Laumann, Reha-Kliniken sollten 50 Prozent ihrer Kapazitäten für die akuten stationäre Versorgung zur Verfügung stellen, aus den Medien erfahren musste. Sie rechne jedoch damit, noch eine offizielle Anfrage dazu zu erhalten.

Das von der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG) vorgeschlagene

Konzept der Finanzierung dieser Ausnahmesituation für Kliniken hält Nebel für „sehr klug“. „Wir hoffen, dass auch die Reha-Kliniken Unterstützung erhalten und dass wir die Finanzierung bereits in den nächsten Monaten entsprechend umstellen können“, sagte sie. Bislang zeige sich die Corona-Krise in ihren Einrichtungen vor allem in Absagen einiger Patienten, aber auch im Mangel an Schutzmaterialien. Es könne jedoch sein, dass die Zahl der Patienten für eine Anschlussheilbehandlung (AHB) künftig kurzfristig sogar zunehme. Nebels Wunsch für die Zeit der Corona-Krise: „Dass akut und kurzfristig die Genehmigungsvorbehalte aufgehoben werden. Dass der Zugang zur Reha, zu uns Reha-Kliniken, für alle, die uns brauchen, unbürokratisch und schnell gewährleistet wird.“



RIGHTCODING & ERLÖSSICHERUNG



Lieferketten

Lugan fordert freien Warenverkehr in Europa

Wegen des Coronavirus sei es ein enormer Aufwand, die Lieferketten aufrechtzuerhalten, sagte Dr. Meinrad Lugan, Vorstandsvorsitzender des Bundesverbandes Medizintechnologie (BVMed) und Vorstand der B. Braun Melsungen AG. Er forderte einen freien Warenverkehr in Europa.

Von Christina Schröder

„Die Medical Device Regulation ist wegen der Corona-Krise ebenfalls vom Tisch.“

Dr. Meinrad Lugan ist Vorstandsvorsitzender des Bundesverbandes Medizintechnologie (BVMed) und Vorstand der B. Braun Melsungen AG.



Das Coronavirus fordert auch Unternehmen wie die B. Braun Melsungen AG. Mit der Globalisierung werde auch klar, wie eng die Lieferketten zusammenhängen, sagte Dr. Meinrad Lugan, Vorstandsvorsitzender des Bundesverbandes Medizintechnologie (BVMed) und Vorstand der B. Braun Melsungen AG, im Livegespräch auf dem Virtuellen DRG-Forum. „Es ist ein enormer Aufwand, die Lieferketten aufrechtzuerhalten, speziell in den vergangenen Wochen.“ B. Braun sei in der Lage, die Bestandskunden zu versorgen, betonte er. Größerer Extrabedarf und Hamsterkäufe könne man jedoch nicht versorgen. Man versuche zwar, die Produktion, etwa von Mundschutz, auf diese erhöhte Nachfrage umzustellen, sagte Lugan. Das sei aber nicht leicht, weil man dafür natürlich auch erst die passenden Textilien benötige.

Mit Blick auf die kilometerlangen Staus äußerte Lugan seinen Wunsch an die Politik: „Alles, was behindert, zum Beispiel in den Kliniken, bei den Herstellern, Logistikern, soll so schnell wie möglich aus dem Weg geschafft werden.“ Das fange bei Normen an und höre bei Blockaden auf. Einen freien Warenverkehr in Europa herzustellen, sei eine der ersten und dringlichsten Forderungen gewesen, mit der der BVMed an die Bundesministerien für Gesundheit und für Energie und Wirtschaft herangetreten sei. Das sei dem Verband mit einer europäischen Regulierung auch zugesagt worden, allerdings hätten noch nicht alle Staaten ihre nationalen Regulierungen aufgehoben. „Wir wünschen uns sehr, dass das schnell passiert.“

Die Medical Device Regulation (MDR) sei wegen der Corona-Krise ebenfalls vom Tisch. „Der 26. Mai als

Implementierungstag wird nicht haltbar sein“, sagte Lugan. „Wir haben Ingenieure ins Homeoffice geschickt, der TÜV und die Dekra ebenfalls. Mechanisch und technisch wird das nicht mehr durchzuführen sein.“

Zudem betonte er, dass sämtliche Materialien aus dem Ausland ebenfalls unbedenklich in ihrer Verwendung seien. „Die Überwachungsbehörden haben in allen Ländern die gleiche Strenge an Qualitätsanforderungen“, sagte er. „Inhalte und Forderungen sind absolut die gleichen.“ Krankenhäuser könnten guten Gewissens ihre Patienten damit versorgen.

Lugan betonte außerdem, wie wichtig es sei, dass jeder einzelne seine sozialen Kontakte herunterfährt, denn es gelte, die Infektionskette nicht nur zu verringern, sondern ganz auf Null zu bringen. Nur so bestehe die Chance, das Schlimmste in vier bis sechs Wochen zu schaffen.



BFS
Service GmbH

Ambulante Gesundheitsimmobilien – Versorgungsstrukturen im Wandel

Der Markt der ambulanten Gesundheitsleistungen befindet sich im Umbruch: Die klassische Einzelarztpraxis weicht immer mehr vernetzten Organisationsmodellen, wie Ärztehäusern oder Gesundheitszentren, die vielfach in der Hand von Krankenhäusern sind. Bei der Realisierung dieser Versorgungszentren sind vielfältige Faktoren zu beachten. Hier setzt das [Kompetenzzentrum Gesundheitswirtschaft \(KGW\)](#) der BFS Service GmbH an und berät Krankenhäuser, Bauherren und Investoren bei der Realisierung zukunftsfähiger Bauprojekte und begleitet durch alle Planungs- und Bauphasen: von Neubauten über Umbauten bis zu Sanierungen und Erweiterungen.

Der wachsende Markt der ambulanten Gesundheitsimmobilien

Die Gründe für die zunehmende Nachfrage an kooperativen Versorgungszentren sind vielfältig. Für die Attraktivität dieser Modelle sprechen betriebswirtschaftliche wie logistische Vorteile, die für Mediziner entstehen. Für Bauherren ergeben sich durch die konzentrierten Versorgungsangebote jedoch neue Herausforderungen: Welcher Standort und welches Angebot sind zukunftsfähig? Welche Möglichkeiten bestehen baurechtlich auf dem Grundstück? Welcher Kosten- und Ertragsrahmen ist realistisch zu erwarten? Und welche finanziellen Rahmenbedingungen müssen erfüllt sein? Erst die strukturierte Beantwortung dieser Fragen und die Umwandlung zu einem in sich schlüssigen Konzept sind die Basis für langfristig tragfähige Lösungen.

Die Marktstudie der BFS Service bietet eine wichtige Planungshilfe

Eine wertvolle Grundlage für eine gelungene Planung ist die aktuelle [Marktstudie](#) der BFS Service, die in Zusammenarbeit

mit [REInvest Asset Management S.A.](#) und dem [Essener Forschungsinstitut für Medizinmanagement](#) entstand. Die Studie analysiert aktuelle Investitionsmöglichkeiten in Gesundheitsimmobilien und verfolgt das Ziel, ausgewählte ambulante Formen vor dem Hintergrund einer potenziellen Anlageklassifikation zu unterscheiden. Sie benennt aktuelle wie perspektivische Marktentwicklungen und identifiziert potenzielle Erfolgsfaktoren. Mittels dieser neu gewonnen Parameter kann die Bewertung und Beratung für Betreiber, Investoren und Bauherren nun wesentlich spezifischer erfolgen.

Um die Bewertungsleistung abzurunden, kombiniert das KGW die Ergebnisse in der Praxis mit der modular aufgebauten [Cockpitstudie](#). Diese wird bereits seit Jahren für den Bereich der Sozialimmobilien erfolgreich angewandt und stellt die spezifischen Einflüsse eines Bauvorhabens umfassend und marktorientiert dar.

Mehr Informationen über die Cockpitstudie sowie die vollständige Marktstudie „Ambulante Gesundheitsimmobilien – Definitionsansätze, Marktentwicklungen und Erfolgsfaktoren zur Bildung von Anlageklassen“ erhalten Sie kostenfrei bei der [BFS Service](#).



Jens Dreckmann,
Leiter Kompetenzzentrum
Gesundheitswirtschaft
der BFS Service GmbH
0221 97356818
j.dreckmann@sozialbank.de

Umgang mit Material

„Langzeitpflegende brauchen auch Schutzkleidung“

Dr. Markus Mai, Präsident der Pflegekammer Rheinland-Pfalz, appellierte, man dürfe bei der Verteilung von Schutzkleidung nicht nur an Kliniken und niedergelassene Ärzte denken. Gerade in der Langzeitpflege sei der Mangel ein großes Problem.

Von Jens Mau



„Wir müssen im Katastrophenmodus arbeiten.“

Dr. Markus Mai ist Präsident der Pflegekammer Rheinland-Pfalz.

Die Pflegekammer in Rheinland-Pfalz war die erste in Deutschland und ihr Präsident Dr. Markus Mai fokussiert die Arbeit der noch jungen Institution nun komplett auf Corona. „Wenn man die Entwicklung der schweren Fälle und Todesraten in anderen Ländern sieht, muss man sagen: Corona ist eine Katastrophe – keine Krise, sondern eine Katastrophe“, unterstrich Mai im Virtuellen DRG-Forum. „Also müssen wir auch im Katastrophenmodus arbeiten.“

Mai hat eine Taskforce gegründet, beruft täglich einen Jourfix ein und startet gerade einen Newsletter und eine Infoplattform für die Pflegenden – alles zum Thema Corona. Die Krise zeige, dass sich das Pflegesystem grundlegend ändern müsse. „Wir brauchen Experten in übergeordneter Situation, die pflegende Kollegen unterstützen.“ Ganz akut spreche die Kam-

mer mit vielen staatlichen Stellen über die fehlende Kinderbetreuung von Pflegekräften. Was die Rekrutierung zusätzlicher Kräfte betrifft, so hat Mai den Eindruck, dass viele ausgebildete Pflegekräfte, die nicht mehr im Job sind, nun bereit seien, einen Beitrag zu leisten. In Rheinland-Pfalz gebe es außerdem eine zentrale Meldestelle für Kurz- und Aufstiegsqualifizierung. So ließen sich Intensivpflegekräfte gewinnen. Angedacht sei derzeit eine 80-stündige Fortbildung für Intensivpflege.

Ein großes Problem bleibe der Mangel an Schutzkleidung, so Mai. Vergessen würden dabei vor allem die Langzeitpflegenden. „Durch die vielen Entlassungen von Patienten aus Kliniken entsteht eine Notlage im ambulanten Bereich und der Langzeitpflege. Aus dieser Gruppe erreichen uns derzeit viele Fragen, wie man dauerhaft an Schutz-

kleidung komme.“ Die Langzeitpflege bekomme zu wenig Aufmerksamkeit, bemängelte Mai. „Das Material muss aber in allen Settings zur Verfügung stehen.“ Mai appellierte aber auch an die Langzeitpflegenden, Schutzkleidung nicht unnötig zu verschwenden. Denn derzeit würde sie teils unnötig eingesetzt. „Die Kollegen sind angehalten, sparsam mit dem Material umzugehen.“

In der Analyse der Krise schließt sich für Mai der Kreis: „Ich wünsche mir, dass Politik und Gesellschaft nach der Krise nicht vergessen, wie wichtig die einzelnen Pflegeberufsgruppen für die Versorgung sind. Im Klartext heißt das, die Sektoren müssen endlich stärker zusammenwachsen. Die Frage, ob wir uns zwei Sektoren noch leisten können, muss nach der Krise endlich ernsthaft diskutiert werden.“



ORBIS MedCo

Ihre Herausforderungen erfolgreich meistern. Gemeinsam.

Erlössicherung und MDK Sicherheit – mit digitaler Assistenz

Für genau dieses wirtschaftliche Ziel und den Alltag des Medizincontrollings wurden Dashboard und Assisted Coding als integrale Bestandteile von ORBIS MedCo entwickelt.

Alle Informationen auf einen Blick, mit dem Dashboard. Kodierpotenzial erkennen und Problemfälle identifizieren, ganz präzise und leicht gemacht. Neben dem ORBIS DRG-Workplace rundet Assisted Coding, mithilfe der automatischen semantischen Analyse der gesamten Patientenakte, die integrierte Kodierunterstützung ab. Umfassende Regelwerke perfektionieren unsere Lösungen.

Heute. Und in Zukunft.

agfahealthcare.de

Auf Gesundheit fokussiert agieren

AGFA 
HealthCare

Personaluntergrenzen

„Wir brauchen das Fachpersonal“

Noch ist die Patientenzahl bei Vivantes überschaubar, dennoch bereitet man sich mit Hochdruck auf eine steigende Zahl vor, berichtete Kathrin Leffler, Leiterin des Direktorates Pflegestrategie und Betreuungsmanagement bei Vivantes.

Von Christina Schröder

„Es wird noch mehr Engagement von medizinischem Personal abverlangt, das bereits vorher stark beansprucht war.“

Kathrin Leffler ist Leiterin des Direktorates Pflegestrategie und Betreuungsmanagement bei Vivantes, Deutschlands größtem kommunalen Klinikkonzern.



Die Patientenzahl in den Kliniken sei noch sehr überschaubar, sagte Kathrin Leffler, Leiterin des Direktorates Pflegestrategie und Betreuungsmanagement bei Vivantes, auf dem Virtuellen DRG-Forum. Dennoch bereite man sich intensiv auf das Coronavirus und die damit zu erwartende erhöhte Patientenzahl in Krisenstäben vor. „Wir rechnen jeden Tag damit“, sagte Leffler. Man versuche, den Mitarbeitern noch einmal Freizeit zu geben; außerdem werden Mitarbeiter in die Intensivpflege eingewiesen, „damit nicht alles erst im Notfall stattfindet“, sagte Leffler. Zudem wurden Hotlines eingerichtet, Infoveranstaltungen an den Standorten durchgeführt und zusätzlich eine psychologische Betreuung vorgehalten, damit Mitarbeiter mit ihren Ängsten gehört werden.

„Auch unser Hygienemanagement haben wir geändert, um sparsam mit den Ressourcen umzugehen“, sagte

Leffler. Denn es mangle am meisten an den FFP3-Masken, die für die Virusklasse geeignet seien. Diese würden nur noch an Mitarbeiter vergeben, die im Intensivbereich tätig seien. Allen anderen Mitarbeitern wie etwa in der Speiserversorgung stelle man genähte Masken zur Verfügung. Alles sei mit den Krankenhaushygienikern abgestimmt, man bleibe so weit flexibel, wie es die Sicherheit erlaube.

Auch von Diebstählen sei der Krankenhauskonzern betroffen, sagte Leffler. Desinfektionsmittel wurden daraufhin weggeschlossen, Lieferungen finden nur noch persönlich statt. „Seitdem wir einen Besucherstopp haben, ist es aber besser geworden.“

Verschärft habe sich hingegen die Situation für das Personal. „Wir versuchen, unsere Beatmungskapazitäten zu verdoppeln. Dafür brauchen wir aber das Fachpersonal“, so Leffler. Man ha-

be Aktionen gestartet, um zusätzliches Personal zu werben. Den Qualifikationsmix stärke man unabhängig von den Personaluntergrenzen. Rentner habe man beispielsweise angeschrieben, zusätzliches Hilfspersonal komme zum Einsatz, wo es möglich ist.

Auch die Dokumentationspflicht werde man auf ein Minimum herabsenken. „Wir schreiben dann nur noch das nieder, was zur Patientensicherheit dient.“ Sie wünscht sich, dass das Personal von Vorschriften und Datenlieferungen ferngehalten werde. Man müsse bedenken: Es werde noch mehr Engagement von medizinischem Personal abverlangt, das bereits vorher stark beansprucht war. „Das dürfen wir auch nach der Krise nicht vergessen.“

Software heißt nicht gleich Arbeitserleichterung!

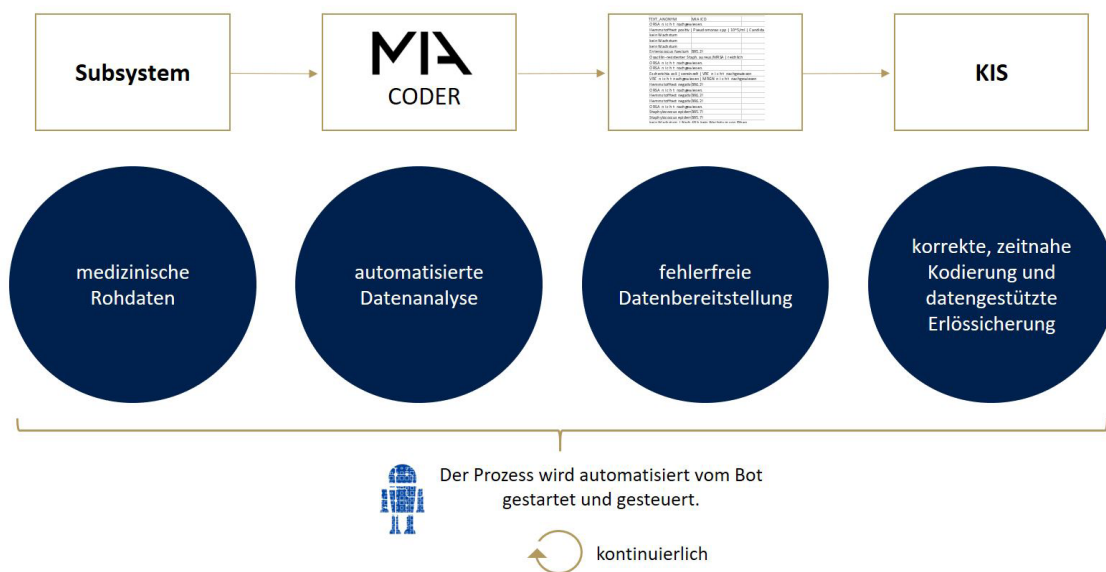
Der Bedarf an unterstützender Kodiersoftware steigt in deutschen Kliniken. Dabei ist das vorrangige Ziel, die Mitarbeiter in der täglichen Arbeit zu entlasten und zeitgleich die erbrachten Krankenhausleistungen bestmöglich abzurechnen.

Doch führt die Implementierung von immer mehr Software tatsächlich zur gewünschten Arbeitserleichterung im Krankenhaus? Oder werden manuelle Prozesse nur verlagert? Fakt ist, dass zahlreiche Systeme im Krankenhaus aufgrund fehlender Schnittstellen sowie der diversen Datenquellen und -formate keinen Datenaustausch untereinander gewährleisten können. Mit der Folge, dass zusätzliche manuelle Aufwände entstehen, z.B. durch die doppelte Pflege von abrechenbaren Codes in verschiedenen Systemen. Aktuell wird die Situation durch den Bedarf an erhöhter Liquidität aufgrund der Corona-Pandemie zusätzlich verschärft.

Einmal mehr gilt, dass die Lösungen in den Gesamtprozess passen müssen und eine Software allein meist nicht die ge-

wünschten Ziele der Arbeitserleichterung mit gleichzeitiger Kodieroptimierung erfüllen kann. Die MIA Medical Information Analytics GmbH konzentriert sich auf die Möglichkeiten, die dem Medizincontrolling aktuell vorliegen und ergänzt den angestrebten Prozess, neben einer möglichen Software-einführung, durch Servicedienstleistungen und MIA Robotic Coding.

Gemeinsam mit dem Westküstenklinikum (WKK) Heide konnte die MIA so einen manuellen und fehleranfälligen Prozess ersetzen. Mithilfe eines installierten Bots übernimmt die MIA die vorher definierten medizinischen Rohdaten (HL7-Format) aus einem mikrobiologischen Subsystem und überträgt diese automatisiert in ein Analysetool für eine intelligente Auswertung der Daten. Die daraus extrahierten mikrobiologischen Werte werden im MIA Coder sofort in abrechenbare Codes umgewandelt und im nächsten Schritt durch den MIA-Bot direkt ins KIS zurückgeschrieben, wo sie für die Abrechnung zur Verfügung stehen.



Im WKK Heide hat die MIA diesen Prozess für mikrobiologische Daten erfolgreich eingeführt. Die Zeitersparnis ist enorm – durch den MIA-Bot wird der Prozessschritt von 4:11 Minuten (ausgeführt durch einen Mitarbeiter) auf 25 Sekunden Arbeitszeit des MIA-Bots reduziert. Die Zeitersparnis gilt für einen kodierten Mikrobiologischen Befund! Für die beispielhafte Bearbeitung von 300 Datensätzen benötigt das WKK Heide nur noch 6 Sekunden. Neben der hohen Zeitersparnis kann zudem eine fehlerfreie und vollständige Übertragung der Daten gewährleistet werden. Eine korrekte sowie zeitnahe Kodierung ist damit, trotz Einsatz von diversen Systemen, sichergestellt.

MIA Robotic Coding unterstützt hierdurch in nahezu jeder vorhandenen Situation im Medizincontrolling den bestehenden Prozess und ergänzt die vorhandene oder einzuführende

Systemlandschaft mit dem Ziel der Optimierung des Gesamtprozesses.

Die Idee und Umsetzung sind so erfolgsversprechend, dass die MIA Medical Information Analytics GmbH auf Platz 3 der Digitalisierungsthemen 2020 der Entscheiderfabrik gewählt wurde.

Wir freuen uns mit Ihnen Ihre Prozesse zu analysieren und die "Zeitfresser" mit MIA Robotic Coding zu eliminieren.

Kontaktieren Sie uns:

MIA Medical Information Analytics GmbH
Mathias Steinkopff - Leitung Vertrieb

mathias.steinkopff@mia.rhenus.com - mia.rhenus.com

Personal

„Pflege ist ein elementarer Bestandteil“

Krisensitzungen stehen zur Zeit der Corona-Pandemie auf der Tagesordnung von Sabine Brase. „Wir besprechen gemeinsam die Schritte für eine mögliche Eskalation“, so die Pflegedirektorin des Darmstädter Klinikums. Dabei gehen die Beteiligten Schritt für Schritt vor, so Brase. Es sei wichtig, alles zu organisieren, „damit das Personal vorbereitet ist und strukturiert und nicht hektisch reagiert“.

Von Luisa-Maria Hollmig



„Die Pflegenden sind sehr wachsam und hoch motiviert, sich für die Patienten einzubringen.“

Sabine Brase ist Pflegedirektorin des Klinikums Darmstadt, ein Haus der Maximalversorgung sowie Akademisches Lehrkrankenhaus der Universitäten Frankfurt/Main und Heidelberg-Mannheim.

Bei den Sitzungen sind Geschäftsführung, Krankenhausleitung und Katastrophenbeauftragte dabei. Situativ auch Hygieneexperten, Intensivleitung oder Personalabteilung, um alle Expertisen für diese Situation zu nutzen. Bisher komme man mit den vorhandenen Personalressourcen aus. Es sei noch nicht geplant, Kräfte aus dem Urlaub oder aus dem Ruhestand zurückzuholen, schilderte sie. Für den Fall der Fälle gebe es aber eine Adressliste, auf die zurückgegriffen werden kann. Es gebe sogar Anfragen von außen, zum Beispiel von Rettungsdienstkraften oder Medizinstudenten, die in dieser Ausnahmesituation helfen wollen. Die für die Corona-Krise so wichtigen Inten-

sivstationen seien gut aufgestellt, die Fachkräfte sind durch Fort- und Weiterbildungen bestens geschult.

„Die Pflegenden sind sehr wachsam und hoch motiviert, sich für die Patienten einzubringen“, lobte Brase. Dennoch sorgen sich viele um die eigene Gesundheit beziehungsweise die ihrer Familien. Das müsse man sehr ernst nehmen. Das Klinikum unterstützt in dieser Situation durch weitere Schulungen, Schutzmaßnahmen oder bei der Betreuung von Kindern und Angehörigen. Besonders wichtig sei „Transparenz, Information und Präsenz der Führung vor Ort“, so Brase.

Gerade in Zeiten der Corona-Krise werde deutlich, dass Pflege ein elemen-

terer Bestandteil der Gesundheitsversorgung in Deutschland sei. Viele Kliniken hätten Schwierigkeiten Personal zu akquirieren. Für die Zukunft wünscht Brase sich eine bedarfsgerechte Finanzierung. Für die momentane Lage wünscht sich die Pflegedirektorin eine Sicherstellung des Materials für alle Einrichtungen sowie eine Regelung, wer welche Patienten betreut und wer welches Material und welche Ausstattung zu den Personen bringt, die die Patienten versorgen müssen.

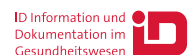
VIELEN DANK!

Aufgrund der Corona-Pandemie fand das DRG-Forum in diesem Jahr erstmals virtuell statt. Wir danken unseren Partnern für ihr Verständnis dafür, dass somit auch keine Industrieausstellung stattfinden konnte. Ein besonderes Dankeschön gilt den Partnern, die sich kurzfristig für eine Beteiligung am Virtuellen DRG-Forum entschieden haben. Wir hoffen, Sie im kommenden Jahr wieder persönlich auf dem DRG-Forum begrüßen zu können.

PLATINPARTNER



GOLDPARTNER



WEITERE PARTNER AUS INDUSTRIE UND DIENSTLEISTUNG



MEDIENPARTNER



MIT UNTERSTÜTZUNG VON



PARTNER INNOVATIONSARENA



drg-forum.de | nationalesrehaforum.de



Vordenker 2020

„Die richtige Diagnose für jeden Patienten“

Prof. Dr. Michael Forsting ist Vordenker 2020. Seit vielen Jahren treibt er als Chef der Radiologie und als Medizinischer Leiter der IT die Digitalisierung des Universitätsklinikums Essen und der Medizin insgesamt Schritt für Schritt voran und erweist sich damit als Wegbereiter einer personalisierten Medizin.

Herr Forsting, wie sehr wird Künstliche Intelligenz (KI) die Medizin verändern?

Bei der Einführung von KI ist es ähnlich wie bei der Einführung der Kernspintomografie in der Radiologie. Die war rückblickend disruptiv. Als Ärzte haben wir das damals gar nicht so erlebt, für uns war das eher eine Evolution. Die Geräte waren nicht besonders gut, wir haben auf den Bildern zunächst wenig erkannt. Ähnlich erlebe ich die Arbeit mit KI. Am Anfang war es holprig, nun nimmt es an Fahrt auf. Mit dem Disruptionsbegriff wäre ich allerdings vorsichtig, denn der sorgt mitunter für Angst.

Zu Recht?

Nein, das Ziel von Digitalisierung und KI ist ja nicht Rationierung, sondern die Medizin besser zu machen. Denn warum digitalisieren wir die Medizin? Das nichts mehr verloren geht? Das ist sicher ein Nebeneffekt. Aber im Kern tun wir das, um eine personalisierte Medizin zu ermöglichen. Die ist in der Onkologie schon relativ etabliert. Um auch in anderen Bereichen eine individualisierte Therapie hinzubekommen, brauchen wir KI. Denn es fließen so viele Daten in die Therapieentscheidung – Labordaten, genetische Daten, molekularpathologische Daten –, dass man das mit

Kopfrechnen alleine nicht mehr hinbekommt, leuchtet jedem ein. Eigentlich ist das ganz einfach.

Wenn es so einfach ist: Warum gibt es dann immer noch Widerstände?

Es gibt einige Fantasten, die mit KI Dinge machen wollen, die objektiv betrachtet Unsinn sind. Ich habe bei einer Tagung einen Vortrag gehört, wo jemand mithilfe von Kopf-MRT-Bildern auf den Charakter eines Menschen schließen wollte. Das ist genauso Unfug wie die Vorstellung, einen Menschen ins CT zu stecken und auf Knopfdruck 34 Diagnosen zu bekommen.

Was ist realistisch?

Man sollte sich immer zwei Fragen stellen. Erstens: Wo gibt es einen unerfüllten Bedarf, sogenannte „Unmet needs“? Und zweitens: Haben wir dafür Daten? Für KI braucht man die „echte Wahrheit“, also dass, was Informatiker die „Ground truth“ nennen. Daran ist unter anderem IBM Watson gescheitert. Wenn man einer KI-Software 1.000 Mammografien anbietet, von denen 200 falsch gelabelt sind, kann sie das nicht lernen. Diese guten Datensätze in der Medizin zu finden, ist eine echte Herausforderung.

Welche Daten nutzen Sie, wo arbeiten Sie bereits mit KI-Anwendungen?

Wir haben eine Applikation gebastelt, die das Knochenalter von Kindern bestimmt. Wir machen im Jahr 10.000 Untersuchungen dieser Art, kein Radiologe wertet diese Bilder gerne aus, indem er sie mit einem alten Atlas abgleicht. Wir haben außerdem eine App entwickelt, die Kontrastmittel in der Computertomografie reduziert oder sogar ganz ersetzt. Wir haben viele CT-Datensätze ohne und mit Kontrastmittel. Und die benutzen wir, um den Algorithmus zu trainieren. Also wieder: Erst „Unmet needs“ definieren (wir würden gerne weniger Kontrastmittel gebrauchen) und dann gucken, wo sind die Datensätze. Hier sind wir inzwischen soweit, dass wir 50 Prozent der Kontrastmittel einsparen können.

Haben Sie diese Anwendungen alleine entwickelt?

Wir haben in Essen vor circa fünf Jahren mit KI angefangen, inzwischen sind wir eine Arbeitsgruppe von 15 Leuten. Wir haben zudem ein Institut für KI gegründet und besetzen gerade vier Professuren für KI in der Medizin.

Wo wird es die größten Veränderungen durch KI geben?

Hochtechnologisierte und digitalisierte Fächer wie das Labor oder die Radiologie arbeiten im Grunde schon heute fehlerfrei. Die größten Veränderungen wird KI in der sprechenden Medizin bringen, denn hier passieren die meisten Fehler. Bestes Beispiel ist die Diagnose einer Depression. Sie wird oft fälschlich nicht erkannt, aber auch bei einigen diagnostiziert, die gar keine haben. Es ist inzwischen möglich, anhand von Fotos, die auf

Instagram hochgeladen werden, eine zu 70 Prozent korrekte Diagnose zu treffen. Wenn man dazu noch die Postings von Facebook auswertet, ist man schon fast so gut wie ein Psychiater. Wenn man noch weitergeht, und Sprache oder Wortwahl analysiert, dann ist man sogar besser und schneller. Das ist medizinisch auch total logisch, denn jeder weiß, dass depressive Menschen ihren Tag-Nacht-Rhythmus ändern, anders malen und anders sprechen. Die entscheidende Frage ist: Wo bekommen wir die Daten her?

Ihre Antwort?

Grundsätzlich kommen mehrere Player infrage, diese Daten zu sammeln. Eine zentrale Rolle werden große Krankenhäuser spielen. Wir werden in Zukunft Zentren für Superdiagnostics haben, wo alle diagnostischen Informationen zusammenfließen. Diese müssen gut vernetzt arbeiten, sonst werden sie nicht ausreichend große Datensätze zum Trainieren der Algorithmen bekommen. Eine pathologische Praxis muss ihren Befund auch in unseren Datensee geben können. Zudem brauchen wir Data-Validation-Abteilungen in Krankenhäusern, die überprüfen, wie gut die Daten sind. Handelt es sich um eine Verdachtsdiagnose oder um eine gesicherte?

Werden weitere Player auf den Plan treten?

Davon gehe ich fest aus. Amazon und Google wissen genau, wie man Daten sortiert und analysiert. Sie werden Kooperationen mit Krankenhäusern eingehen bzw. tun dies bereits.

Wie bewerten Sie diese Entwicklung?

Das haben wir selber gar nicht in der Hand! Wenn es in einem Amazon- oder Google-Krankenhaus die bessere Diagnose gibt, werden viele Patienten dort hingehen.

Wie verändert KI den Beruf des Arztes?

Niemand muss sich sorgen, dass er morgen keinen Job mehr hat. Wir haben ein ganz anderes Problem: Es gibt zu wenig Ärzte für zu viele Patienten. KI kann helfen, Ärzte von langweiligen Routinetätigkeiten zu entlasten. Zudem wäre es doch großartig, wenn in Ostfriesland nicht ärztliches geschultes Personal mit einem Fragebogen Patienten für eine Ersteinschätzung interviewen könnte.

Brauchen wir mehr Unterstützung aus der Politik?

Ich weiß nicht, ob es sinnvoll ist, eine neue Bundesinitiative mit Milliardenbeträgen einerseits und Bedenkenträgern andererseits zu starten. Warum nicht lieber auf Schwarm-Intelligenz setzen? Haben wir lieber den Mut, einzelne Player das Problem lösen zu lassen! Es wird mehrere Lösungswege für ein Problem geben. Ein einzelnes Universitätsklinikum ist beweglicher als ein Konsortium aus 30 Uniklinika.

Welche Auswirkungen erwarten Sie für die Versorgungslandschaft insgesamt?



„Wir werden in Zukunft Zentren für Superdiagnostics haben, wo alle diagnostischen Informationen zusammenfließen.“

Prof. Dr. Michael Forsting leitet seit 2004 die Diagnostische und Interventionelle Radiologie und Neuroradiologie am Universitätsklinikum Essen. Seit 2016 ist er zudem Medizinischer Direktor der zentralen IT.

Statt der bisherigen Sektorentrennung ambulant und stationär sollten wir Diagnose und Therapie trennen. Erst mit der richtigen Diagnose kann man die korrekte Therapieempfehlung geben. Wenn das klappen würde, hätten wir eine dramatische Kostenreduktion. Ein solches System wird sich allerdings erst dann durchsetzen, wenn klar ist, dass solche Superzentren die bessere Diagnose liefern. Wohlgedacht: Besser, nicht billiger. Die Medizin ist in der Vergangenheit immer teurer geworden.

Welche Vorteile bringt es mit sich, wenn man Chef der Radiologie und der IT ist?

In dieser Rolle kann ich etwas Emotionen aus der Sache nehmen. Die Einführung der elektronischen Patientenakte lief auch bei uns in Essen nicht perfekt, es gab Medienbrüche und Diskussionen. Viele haben sich die alte Akte zurückgewünscht. Als Mediziner konnte ich gut erklären: Es gibt nicht aus dem Stand die perfekte Lösung.

Wie ist ihre Rolle in der IT?

Es gibt einen technischen Leiter, der für die Technik an sich zuständig ist, also für Netzwerke, die Rechenzentren etc. Meine Aufgabe ist es, die Unmet-needs zu identifizieren, zum Beispiel die elektronische Patientenakte. Die haben wir innerhalb von 15 Monaten eingeführt. Sie ermöglicht es uns, diese Daten mit den radiologischen und Labordaten zu analysieren. Das ist nicht perfekt, aber ein guter Anfang. Nun stehen wir kurz davor, die Intensivstation zu digitalisieren, parallel soll

auch die Pathologie digital werden. Pathologische Daten sind für die Diagnose viel wichtiger als Radiologiedaten. Das ist ein großer Anlauf, denn es verändert unsere Prozesse und Arbeitsweise.

Was muss eine Krankenhaus-IT heute leisten?

Vor zehn Jahren war unsere zentrale IT noch ein reiner Dienstleister. Das sollte sie auch heute noch sein, gleichzeitig wird sie aber auch zum Innovationstreiber. ITler sitzen bei allen relevanten Projekten mit am Tisch. Wir beginnen zudem, die IT zu akademisieren. Denn wir brauchen Leute, die programmieren und Lösungen kreieren können, die man eigentlich nur mit akademischem Hintergrund hinkommt.

Zum Abschluss: Welchen Tipp würden Sie Klinikmanagern für Digitalisierungsprojekte mit auf den Weg geben?

Fangen Sie einfach an, statt einen 10-Jahres-Plan zu machen. Beginnen Sie mit einer kleinen, gut gemischten Gruppe, die eine Bestandsaufnahme macht und Unmet-needs definiert. Oft kann man schon etwas verbessern, indem man sich austauscht und vernetzt.

Das Interview führten Florian Albert und Christina Schröder.

Mehr im Web

Ein Video-Interview mit Prof. Michael Forsting, Einblicke in seine Arbeit und alle weiteren Infos zum Vordenker-Award finden Sie unter vordenker.bibliomed.de

Die Begründung der Jury

Prof. Dr. Michael Forsting verkörpert Innovationsgeist, unternehmerisches Denken und ethisch-medizinische Haltung. Seit vielen Jahren treibt er als Chef der Radiologie und als Medizinischer Leiter der IT die Digitalisierung des Universitätsklinikums Essen und der Medizin insgesamt Schritt für Schritt voran und erweist sich damit als Wegbereiter einer personalisierten Medizin. Indem er sich als Arzt dem Wandel seiner Profession nicht nur stellt, sondern ihn aktiv befördert, erweist sich Forsting als echter Vordenker im deutschen Gesundheitswesen.

Die Kriterien im Einzelnen

Innovationsgeist

Die Digitalisierung verändert die Medizin gravierend. Das bietet viele Chancen, ruft aber auch Ängste hervor. Forsting beweist an seinem Institut seit vielen Jahren, dass Big Data und Künstliche Intelligenz die Gesundheitsversorgung verbessern – und dass objektive Informationen Ärzte in Zukunft darin unterstützen können, bessere Entscheidungen zu treffen. Er arbeitet schrittweise und pragmatisch daran, dass der Standard die ärztliche Kunst – zumindest partiell – ablösen wird. Damit beweist Forsting Mut und Weitsicht.

Betriebswirtschaftliche Vernunft

Was viele Experten immer wieder fordern, hat Forsting bereits seit vielen Jahren realisiert. Er hat die Radiologie des Uniklinikums Essen mit anderen Kliniken vernetzt und Versorgungskooperationen geschmiedet. Dahinter steht die Überzeugung, dass eine hochwertige und bezahlbare medizinische Versorgung in Zukunft nur dann sichergestellt werden kann, wenn sich alle Akteure für Partnerschaften öffnen und bereit sind, Wissen und Ressourcen zu teilen. Als hoch spezialisiertes Zentrum fungiert die Hochschulmedizin Essen bereits heute als Dienstleister für andere Kliniken und stellt ihr Spezialwissen zur Verfügung. Forsting formt die Uniklinik zu einem „Zentrum für Superdiagnostics“, das alle diagnostischen Dienstleistungen bündelt und überregional dem Gesundheitsbetrieb zur Verfügung stellen wird. Forsting ist somit ein Wegbereiter vernetzter, kooperativer und abgestimmter Versorgungsstrukturen. Als Medizinischer Direktor der IT steuert er zudem die Transformation seines Krankenhauses aktiv mit und sorgt so für Akzeptanz, aber auch Verbindlichkeit bei seinen Kolleginnen und Kollegen.

Soziale und ethische Verantwortung

Der sinnvolle und zielgerichtete Einsatz von Künstlicher Intelligenz in der Medizin ist für Forsting eine ethische Verpflichtung. Denn eine gesicherte Diagnose und eine möglichst individualisierte Medizin helfen nicht nur den Patienten, sondern sparen dem System kostspielige Folgebehandlungen. Auch mit seinen Beiträgen in den Medien sowie bei seinen vielen öffentlichen Auftritten beweist sich Forsting bei diesem mitunter Ängste-behafteten Thema als echter Vordenker.

Jury

Florian Albert, Chefredakteur f&w führen und wirtschaften im Krankenhaus
 Prof. Dr. Jörg F. Debatin, Leiter Health Innovation Hub des Bundesministeriums für Gesundheit.
 Dr. Iris Hauth, Regionalgeschäftsführerin und Ärztliche Direktorin, Alexianer St. Joseph Berlin-Weißensee GmbH
 Prof. Heinz Lohmann, Ehrenvorsitzender Initiative Gesundheitswirtschaft e.V.
 Prof. Dr. Herbert Rebscher, Geschäftsführer IIGIV RESEARCH
 Prof. Dr. Norbert Roeder, Geschäftsführende Gesellschafter Roeder & Partner
 Prof. Dr. Alexander Schachtrupp, Geschäftsführer B. Braun-Stiftung
 Prof. Dr. Jens Scholz, Vorstandsvorsitzender Universitätsklinikum Schleswig-Holstein (UKSH)



**Vordenker
Award** 2020



„wie weit“, 15 x 8,5 x 35 cm, Holz, Wachs, Glas, Tusche, Spiralfeder, Kugellager, Messing, Draht, 2020.

Gespräch mit Künstlerin Yukari Kosakai

„Meinen Arbeiten liegt etwas Experimentelles zugrunde“

Der Preisträger des Vordenker-Awards 2020, Prof. Dr. Michael Forsting, hat als Kunstwerk „wie weit“ überreicht bekommen. Der Gesundheitsunternehmer und Kunstsammler Professor Heinz Lohmann im Gespräch mit der japanischen Künstlerin Yukari Kosakai.

Wäre es falsch, wenn ich Ihre Kunst als ganz schön asketisch und ein klein wenig technisch bezeichnen würde?

Nein, sicher nicht, obschon es mir darum nicht vorrangig geht. Zunächst interessiere ich mich für die Vielfalt und Ambivalenz von Wertvorstellungen, die ich versuche, in meinen Arbeiten erfahrbar zu machen.

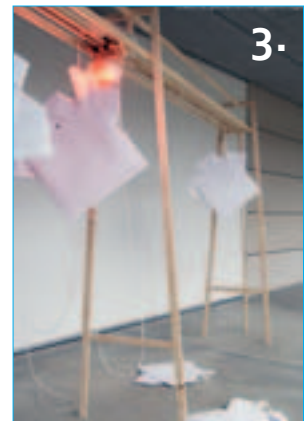
Es geht Ihnen also um die Reflexion komplexer Umgebungen, in denen die Menschen leben.

Richtig. Menschen genießen zwar die praktischen Annehmlichkeiten, von denen das moderne Leben voll ist.

Aber viele der sie ermöglichenden Technologien sind in der Tat sehr komplex. Deren Funktionen und physikalischen Prinzipien bleiben oft verborgen. An diesen Phänomenen bin ich sehr interessiert.

Phänomene des alltäglichen Lebens sind häufig Ausgangspunkte und Inhalt Ihrer Arbeit. Welche Mittel benutzen Sie, um diesen Gedanken in Ihren Arbeiten zu transportieren?

Solche Phänomene und die Wechselbeziehungen untereinander versuche ich, auf einfache uns umgebende



Weitere Kunstwerke:

1: „Schritte zum Gegenpol (1)“ / 2017 / c.a. 600 x 200 x 345 cm / Pappe, Holz, Metall, Kette, Gummischnur, Reis, Seilrolle

2: „>>><< (2018)“ / 2018 / 50 x 50 x 50 cm (größt eines Wuchswürfels) / Wachs, Holz, Rotlichtlampe, Spiralfeder, Seil, Metall, Kunststoff

3: „maus begleitet emanzipationsgang“ / 2012 / 55 x 370 x 215 cm / Wachs, Holz, Rotlichtlampe, Metall, Papier



„Mir geht es um die Reduktion von Komplexität. Ich wähle dazu aus den alltäglichen Prozessen und Bewegungen einzelne Elemente aus, die ich in meiner Arbeit vereinfache, verwandle und befrage.“



Yukari Kosakai, geboren 1974 in Aichi/Japan, studierte Lehramt mit dem Hauptfach Kunst an der Aichi University of Education und Freie Kunst an der Muthesius Kunsthochschule in Kiel. Sie realisierte seit 2009 diverse Ausstellungen.

Materialien zu übersetzen. Damit beschäftige ich mich immer wieder sehr intensiv.

Holz und Wachs beispielsweise sind die Hauptarbeitsmaterialien, mit denen Sie das Kunstwerk gestaltet haben, das der diesjährige Preisträger des Vordenker-Awards erhält.

Genau. Mir geht es dabei um die Reduktion von Komplexität. Ich wähle dazu aus den alltäglichen Prozessen und Bewegungen einzelne Elemente aus, die ich in meiner Arbeit vereinfache, verwandle und befrage. Im Verlauf der Beschäftigung mit dem Material entstehen unerwartete Dinge und poetische Momente, die dem „Alltag“ eine andere Lesbarkeit hinzufügen.

Ich finde Ihr Bild sehr treffend, gerade für unseren Preis. So analysiert doch der Vordenker komplexe Zusammenhänge,

verlängert sie in die Zukunft, setzt sie Unerwartetem aus und präsentiert das kommunikationsfähige Ergebnis.

Mit ist zudem auch wichtig, dass das Ergebnis nur ein Zwischenstand ist. Allen meinen Arbeiten liegt deshalb etwas Experimentelles zugrunde. Das gilt auch hier bei dem Objekt für den Vordenker. Erst durch den Prozess der Wandlung, beeinflusst durch Zeit und Bewegung, gewinnt mein Kunstwerk seine unmittelbare Bildhaftigkeit und poetische Wirksamkeit.

Der Vordenker kann sich mithin auf ein Kunstwerk im Wandel freuen. Vielen Dank für diese visionäre Idee.

Das Gespräch führte Professor Heinz Lohmann, Ehrenvorsitzender der Initiative Gesundheitswirtschaft (IGW).



Prof. Dr. Bernd Halbe



Dr. Nikolai von Schroeders



Daniel Diekmann



Dr. Torsten Schlosser

MDK: Neustart des Prüfregimes

Gesetz prallt auf Wirklichkeit unter verschärften Bedingungen

Das Webinar über den Neustart des MDK-Prüfregimes war nur wenige Minuten gelaufen, dann war die Vorstellung, dass das Thema angesichts der Coronakrise an aktueller Dringlichkeit verloren hätte, schon vom Tisch. In seiner Anmoderation hatte Prof. Dr. Bernd Halbe, Fachanwalt für Medizinrecht und Honorarprofessor an der Universität zu Köln, bereits die Hoffnung geäußert, „dass wir relativ schnell wieder in eine gewisse Normalität eintreten“, und dann würden „diese Fragestellungen das deutsche Krankenhauswesen ganz maßgeblich betreffen.“ Schnell zeigte sich in der weiteren Diskussion, dass auch die aktuellen Herausforderungen durch das Corona-Virus brisante Fragen zur MDK-Reform, seiner Handhabung und zum Medizincontrolling generell aufwerfen – gewissermaßen nach dem Motto: Gesetz prallt auf Wirklichkeit unter verschärften Bedingungen.

Dr. Torsten Schlosser vom Berliner Softwareunternehmen ID Information und Gesundheitswesen GmbH & Co. KGaA lifete den Vorhang über zwei nach den Vorgaben des MDK-Reformgesetzes auf den aktuellen Stand gebrachte Softwarepakete seines Hauses, dem Controlling-Tool ID EFIX und dem Codier-Assistenten ID CCC (Clinical Context Coding). Die vom Gesetz vorgegebenen neuen Fristen seien eingearbeitet, erhöhte Anforderungen an die Software hätten sich unter anderem dadurch ergeben, dass die einmal eingereichte Schlussrechnung nicht mehr korrigiert werden soll. Das heißt: „Der erste Wurf muss sitzen.“ ID CCC soll den Codierprozess fallbegleitend ermöglichen, durch semantische Suche zieht sich das Programm relevante Daten aus Textdokumenten und klinischen Subsystemen, identifiziert Leistungen und gibt automatisch Belegstellen in den verknüpften Quellen an.

Zu dem Zeitpunkt hatten sich bereits 120 Teilnehmer in das neue Webinar-Format eingewählt, als der Referent der Runde erst einmal aus technischen Gründen vorübergehend abhanden kam. Auftritt Dr. Nikolai von Schroeders, Vorstandsvorsitzender der Deutschen Gesellschaft für Medizincontrolling e. V., der den Bogen vom Relaunch des MDK – bei dem das K künftig entfällt – zur aktuellen Situation schlug, denn es werde ja gerade „intensiv diskutiert, inwieweit ein Aussetzen von bürokratischen Aufwänden in Krankenhäusern möglich ist und da steht das Thema der MDK-Prüfung natürlich absolut im Vordergrund.“ Die Kapazitäten des medizinischen und pflegerischen Personals würden dringend benötigt, um Patienten zu versorgen, daher sei es notwendig die Abrechnungsprüfungen bis auf Weiteres zu stoppen. Auch die für das zweite Halbjahr vorgesehenen Strukturprüfungen seien auf 2021 zu verschieben, außerdem sei die Liquidität der Krankenhäuser durch bundesweit einheitlich kurze Zahlungsfristen und den Verzicht auf die Rückweisung von Rechnungen und auf das Aufrechnen sicherzustellen.

Generell rät von Schroeders den Kliniken, ihre Reportingtools anzupassen, um damit die Prüfstrategien der einzelnen Kassen erkennen, die Prüf- und Verlustquoten überwachen und Prüfergebnisse hochrechnen zu können. Hinsichtlich der Strukturprüfungen sei neben dem Aufbau von Know-how eine intensive Vorbereitung ratsam, die mit einer Begehung vor Ort verbunden sein sollte.

Zur Frage von Moderator Halbe, ob durch die Reform das Ziel erreicht wurde, den MDK zu stärken, führte von Schroeders aus, der Kern des Problems sei nicht die fehlende Unabhängigkeit des MDK, sondern die Frage, „wer hat das Prüfregime, wer hat das Heft in der Hand.“ Der Gesetz-

geber habe leider ein System belassen, „in dem der Wettbewerb zwischen Krankenkassen sich nicht um Qualität und gute Versorgung dreht, sondern darum, wer die meiste Kohle rausholt.“ Allerdings sei keineswegs alles nur negativ, das Gesetz enthalte auch „wirklich gute Dinge“, etwa die Strukturprüfung oder die Reduktion der Prüfquoten: „Bürokratieabbau war ja ein Ziel, und auch ein einfacheres Prüfregime würde natürlich eine Kapazitätsfreisetzung zugunsten der Patientenversorgung ermöglichen.“

Auf die Frage aus dem Publikum, wie er die Verpflichtung zum digitalen Austausch mit dem künftigen MD beurteile, antwortete von Schroeders: „Die Fähigkeit eines Krankenhauses, das Dokumentationsmaterial eines stationären Aufenthaltes digital vorzuhalten, finde ich, unabhängig davon, was im Gesetz steht und was vom MDK gefordert wird, absolut zentral. Wir sehen schon jetzt, dass die Arbeit nach Entlassung eines Patienten, zu einem Zeitpunkt, wo viele Menschen diese Akte haben wollen, eigentlich nur funktioniert, wenn sie digital ist. Klar, die nächsten drei Monate macht keiner ein Digitalisierungsprojekt, aber danach würde ich nicht die Hände in den Schoß legen.“

Auch ID-Geschäftsführer Daniel Diekmann betonte angesichts der dramatischen Situation die Bedeutung von Daten: „Ich bin der festen Überzeugung, dass die medizinische Dokumentation auch gerade in diesen Zeiten eine elementare Bedeutung hat: Wenn wir vernünftig damit umgehen wollen, brauchen wir valide Daten, wir brauchen möglichst alle Informationen über jeden Patienten, der das Coronavirus hat, wir brauchen jede Nebendiagnose. Denn diese Krise wird auch mit Daten bekämpft werden müssen. Ich bin überzeugt, dass dies auch Einfluss auf das Outcome hat.“ Vielleicht, so der Mediziner, sei in den vergangenen Jahren unter den DRG-Bedingungen etwas untergegangen: „Dass die medizinische Dokumentation kein Selbstzweck ist, um die DRG zu ermitteln, sondern dass sie wichtig ist, um die Patientenversorgung auf ein qualitativ hohes Niveau zu bekommen.“ Auch Themen wie fallbegleitende Codierungen würden in nächster Zeit eine andere Rolle spielen, „die Analysewerkzeuge werden viel mehr Daten einbeziehen müssen aus anderen Bereichen.“ *haj*

VIRTUELLES
DRG
2020 | **FORUM**

VIELEN DANK!

Aufgrund der Corona-Pandemie fand das DRG-Forum in diesem Jahr erstmals virtuell statt.
Wir danken unseren Partnern und Ausstellern, die das virtuelle Forum unterstützt haben.





Prof. Heinz Lohmann



Manuel Berger



Dr. Gerhard Sontheimer



Dr. Rainer Eckert

Interimsmanagement: Hin und weg? Manager für Krisenzeiten

Wenn in diesen Tagen das neuartige Coronavirus um sich greift, erkranken unter den Krankenhausmitarbeitern auch Klinikmanager. Dann kann es nötig sein, kurzfristig eine Ersatzkraft zu engagieren. Manuel Berger, Geschäftsführer des Beratungsunternehmens *consus clinicmanagement*, hat kürzlich einen Manager an eine Klinik vermittelt, die ihren erkrankten Einkaufsleiter für ein paar Wochen ersetzen musste. Das berichtete er im Webinar zum Thema Interimsmanagement beim virtuellen DRG-Forum. Wenn ein leitender Mitarbeiter ausfalle, könne es sinnvoll sein, übergangsweise einen Manager einzustellen, so Berger. Grundsätzlich überzeugt ihn das Modell aber nicht: „Wir halten das klassische Interim nicht mehr für eine zeitgerechte Lösung.“

Problematisch sieht Berger zum Beispiel die Fälle, in denen ein Manager übergangsweise geholt werde, um unliebsame, lange Jahre aufgeschobene Aufgaben zu erledigen – und danach wieder gehen soll. Das sei wenig sinnvoll, wenn eine Sanierung gelingen solle. „Wenn man eine Klinik dauerhaft wieder vernünftig aufstellen will, hat das auch immer etwas damit zu tun, dass man neue medizinische Strukturen aufbauen muss“, so Berger. Doch welcher Chefarzt gehe schon in eine Klinik, in der der Manager für seine Vorhaben nicht zur Rechenschaft gezogen werde, weil er schon bald wieder weg sei? Kliniken rät Berger daher, eine Stelle dauerhaft zu besetzen – und Veränderungen möglichst früh einzuleiten, um erst gar nicht in eine finanzielle Schieflage zu geraten.

Auch Dr. Gerhard Sontheimer ist beim Engagement von Interimsmanagern zurückhaltend, berichtete er im Webinar, das Prof. Heinz Lohmann, Geschäftsführer von LOHMANN konzept, moderierte. Wenn ein Manager das Unternehmen wieder verlasse, nehme er sein dort erworbenes Wissen mit, erklärte der Vorstand des kommunalen Klinik-

verbunds ANregio med. Der Wissenstransfer vom Interimsmanager auf die Mitarbeiter gelinge in der Regel nicht. Auch Klinikmanager Sontheimer hat in seiner Berufslaufbahn aber schon als Manager auf Zeit gearbeitet. Die Mitarbeiter erfuhren jedoch nicht, dass er dort nur vorübergehend tätig sein würde. „Wenn jemand für sechs oder zwölf Monate kommt, dann sitzt die Mannschaft das aus“, so Sontheimers Erfahrung. Veränderungen ließen sich dann nicht umsetzen.

Interimsmanager stünden grundsätzlich unter immer größerem Zeitdruck, so Dr. Rainer Eckert von der Eckert Rechtsanwälte Steuerberater Partnerschaftsgesellschaft. Grund hierfür sei zum einen, dass Klinikträger weniger Geld hätten als früher. Zum anderen erschwerten Gerichtsentscheide die Situation der Manager. So habe etwa das Brandenburgische Oberlandesgericht in einem Fall einen Interimsgeschäftsführer in Haftung genommen. Er hatte acht Tage benötigt, um zu prüfen, ob ein Insolvenzantrag gestellt werden musste. Zwei Tage hätten reichen müssen, argumentierte das Gericht. „Das schafft in der Praxis eigentlich niemand“, so Eckert.

Kritisch sieht er auch Teile eines aktuellen Gesetzentwurfs der Bundesregierung. Angesichts der Coronavirus-Krise soll die Pflicht, im Insolvenzfall innerhalb von drei Wochen einen Insolvenzantrag zu stellen, bis zum 30. September dieses Jahres ausgesetzt werden. Das sei jedoch zu kurz, um eine Fortführungsprognose zu erstellen, berichtete der Rechtsanwalt. Mehr Zeit solle daher auch hier die Devise sein.

hb



Dr. Christian Heitmann



Dr. Nicolas Krämer

Fusionen, Übernahmen, Kooperationen Das Ganze ist mehr als die Summe seiner Teile

Das f&w-Curacon-Fusionsradar zeigt, dass die großen Träger des kommunalen, freigemeinnützig-konfessionellen und des privaten Sektors stetig wachsen. Im Webinar „Fusionen, Übernahmen, Kooperationen“, gab Dr. Nicolas Krämer vom Rheinland Klinikum einen Einblick hinter die Kulissen eines Klinikzusammenschlusses. Der Impuls dafür kam von Dr. Christian Heitmann (Curacon). „Man sieht, der Markt ist richtig in Bewegung“, so Heitmann bei der Vorstellung des aktuellen Klinikrankings und Fusionsradars.

In den vergangenen Jahren gab es im Schnitt 75 bis 80 Meldungen zu Transaktionen im deutschen Krankenhausmarkt. Allein 2019 wurden dabei mehr als zwei Milliarden Euro Umsatz bewegt. Krämer richtete den Fokus auf Fusionen, da drei Häuser gesellschaftsrechtlich zum Rheinland Klinikum verschmolzen sind. „Mit jeder Verschmelzung, Kooperation oder einem Zusammenschluss soll etwas erreicht werden, was in der Summe besser ist, als wenn jedes Krankenhaus weiter für sich agieren würde“, so Krämer. Die Krankenhäuser stehen heute vor vielen Herausforderungen, wie dem Fachkräftemangel oder der zu-

nehmenden Multimorbidität der Patienten, bei kaum steigenden Fallzahlen. Zu Beginn des Zusammenschlusses des Rheinland Klinikums wurde zunächst geprüft, ob die Medizinstruktur dazu geeignet ist. Das Gutachten kam zu dem Ergebnis, dass alle Partner und Patienten davon profitieren würden, der gegenseitige Wettbewerb würde abgebaut und Kooperationspotenziale könnten genutzt werden, Vorteile ergeben sich zum Beispiel für den Einkauf.

Fachabteilungen sollten nicht geschlossen werden, vielmehr gehe es darum, Spezialisierungen zu generieren. Innerhalb des Verbundes wurde definiert, welche Eingriffe an welchem Standort stattfinden. Für die neue Dachmarke wurde ein neuer Name gesucht. Krämer bezeichnete die Fusion der Standorte Grevenbroich, Neuss und Dormagen als „magisches Dreieck der Gesundheitsversorgung“, was auch an der geografischen Lage der Städte liege – verbinde man diese auf einer Karte, ergebe sich ein Dreieck. Dieses Bild spiegelt sich auch im Markenauftritt wider. *hol*

Mehr zum Thema auch im f&w-Fusionsradar in dieser Ausgabe (Seite 345).

ID EFIX® Simulation

- Erlösrelevante Variablen
- Ermittlung vom Erlösdifferenzen
- Einzelfall und große Datenmengen
- Variable Darstellung inkl. Verlauf

ID Information und Dokumentation im Gesundheitswesen **id**

www.id-berlin.de



Prof. Dr. Andreas Beivers



Dr. Martin Albrecht



Dr. Michael A. Weber

Ambulantisierung – Die Mauer muss weg Zeit für ein neues DRG-System

Wenn es darum geht, wie viel Pflegepersonal in Deutschland auf 100.000 Einwohner kommt, schneidet das deutsche Gesundheitssystem im internationalen Vergleich nicht schlecht ab. Dennoch gibt es zu wenig Pflegepersonal bezogen auf die Zahl der Patienten. „Haben wir zu viele Patienten oder versorgen wir in den falschen Strukturen?“, fragte Prof. Dr. Andreas Beivers, Studiendekan für Gesundheitsökonomie an der Hochschule Fresenius München, als Moderator des Webinars „Ambulantisierung – Die Mauer muss weg“. Ein neues Vergütungssystem mit Hybrid- oder teilstationären DRG könne ein Ansatz sein, die vorhandenen Ressourcen adäquat und effizient zu nutzen. Wer intersektoral versorgen möchte, müsse auch intersektoral vergüten. Es müssten neue Leistungskomplexe definiert werden, um darüber bessere Anreize zu setzen.

Die Stationäre Vergütung ist nach Berechnungen des IGES Instituts bei bestimmten Indikationen deutlich höher, als die Vergütung im ambulanten Bereich. So könne die Vergütung etwa bei der Behandlung von Diabetes schon bei einem stationären Aufenthalt von zwei Tagen um den Faktor 10,3 höher liegen, stellte Dr. Martin Albrecht, Geschäftsführer und Bereichsleiter Gesundheitspolitik beim IGES Institut fest. Der Unterschied liegt im Ausgangspunkt der Berechnung: Während das DRG-System die Ist-Kosten abbildet, also auf der Krankenhauskalkulation beruht, und hier auch Allgemekosten finanziert werden müssen, handelt es sich beim EBM um Sollkosten, also Schätzungen, die sich zum Beispiel an Normarbeitszeiten orientieren.

Wie könnten Hybridpreise diese Vorhaltekosten abbilden? Allenfalls ärztliche Kernleistungen könnten gleich vergütet und dem Umlagesystem des DRG entzogen werden, so Albrecht. Hinzu komme, dass eine Differenzierung nach Patientencharakteristika eigentlich dazu führen muss-

te, das System noch stärker zu individualisieren. Sein Fazit: „Gleicher Preis bei gleicher Leistung wird der Komplexität nicht gerecht.“ Die Ambulantisierung lasse sich auch auf anderem Wege erreichen.

Dr. Michael A. Weber, Präsident des Verbands der Leitenden Krankenhausärzte Deutschlands e. V., sagte, dass es für Deutschland in Zeiten der Coronakrise nicht nachteilig sei, noch Krankenhauskapazitäten zu haben. Ihn stören die Aussagen, die in vielen Gutachten zur Ambulantisierung getroffen würden. „Da heißt es, ihr macht zu viel, in der Regel das Falsche und dann stellt ihr noch eine falsche Rechnung – und alles könnte ambulant gehen“, so Weber. „Das ist mir zu pauschal.“ Es werde auch deshalb sehr viel stationär gemacht, weil bisher eine ambulante Versorgung nicht möglich war oder wenn sie möglich war, nicht bezahlt wurde. „Wir müssen eine adäquate Finanzierung finden. Die ist in den DRG für das ein oder andere zu hoch und bei den EBM zu niedrig.“

Beivers schloss mit dem Fazit, dass niemand durch ein neues System bestraft werden solle. Die Ambulantisierung spare nicht unbedingt Geld, sondern viel mehr ginge es darum, mit knapper werdenden Ressourcen, etwa beim Personal, das Bestmögliche zu leisten. „Wir suchen in Deutschland immer nach hundertprozentigen Lösungen. Wir werden aber diesen Hunderprozent-Ansatz nicht finden.“ Dabei könnten Leistungen schon jetzt definiert und normative Vorgaben gemacht werden. „Und dann einfach mal losgehen“, so Beivers.

zan

Probe gefälltig?

Hygiene-E-Learning von Bibliomed
Campus – jetzt **kostenlos testen**.

**Als
Komplettsystem
oder Cloudlösung
oder für Ihr LMS
oder über
TeamPlus**

Jetzt Testzugang anfordern.

Ansprechpartner: Michael Krämer

michael.kraemer@bibliomed.de | 05661-7344-31

Bibliomed Medizinische Verlagsgesellschaft mbH | Stadtwaldpark 10 | 34212 Melsungen
www.bibliomed-campus.de



Prof. Dr. Matthias Köhler
(Moderation)



Dr. Benedikt Simon



Dr. Ralf Bürgy



Prof. Dr. Lutz Fritsche

Reha-Qualitätsmessung: PROMS in der Praxis Vielleicht geht es bald gemeinsam

Qualität und Rehabilitation – das war vom 1. Nationalen Reha-Forum an in jedem Jahr ein Workshop-Thema, ein zähes mitunter, eines mit vielen verschiedenen Ansätzen, die oft nicht recht zueinander passen wollten. Anders in diesem Jahr: „Aus meiner Sicht hat sich unheimlich viel getan“, so das Fazit von Moderator Prof. Dr. Matthias Köhler, medizinischer Geschäftsführer der Vamed Kliniken Deutschland, am Ende des Webinars beim Virtuellen DRG-Forum. Köhler bedauerte, dass kein Referent von der Deutschen Rentenversicherung (DRV) am Webinar teilnehmen konnte, da diese das Thema Qualitätsmessung in der Reha auch in Richtung Ergebnisqualität maßgeblich mitgestalte. Doch es gehe inzwischen bei allen Referenten in die gleiche Richtung. Hin zur Messung von Ergebnisqualität mit einheitlichen Messinstrumenten, zu mehr Vergleichbarkeit und Transparenz und zum Fokus auf der Patientenperspektive.

Ein wichtiges Mittel dafür sind Patient Reported Outcome Measures (PROMs), also validierte Fragebögen, die die Sichtweise der Patienten bezüglich ihres Gesundheitszustands und ihrer gesundheitsbezogenen Lebensqualität abbilden. In einem Pilotprojekt mit dem Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf (UKE) hat die Initiative Qualitätskliniken.de, ein Zusammenschluss von über 120 Reha-Kliniken unterschiedlicher Träger, mithilfe von PROMs die Behandlungsqualität von Patienten in der orthopädischen Reha erhoben. „Die Messungen zeigen, dass bei allen Kliniken positive Behandlungseffekte möglich sind“, sagte Dr. Ralf Bürgy, Leiter Organisationsentwicklung und Qualitätsmanagement bei der MediClin AG. Ziel sei es, mit standardisierten Qualitätsmessungen Behandlungserfolge transparent zu machen und im internationalen Wettbewerb darzustellen.

Patienten-Befragungen vor, während und nach der Reha will auch Median für alle Indikationen etablieren. Der bundesweit größte Reha-Anbieter geht beim Thema Qualitäts-

messung schon länger eigene Wege: „Wir steuern unsere Fragebögen über unsere App dem Patienten automatisiert zu“, erklärte Dr. Benedikt Simon, CDO bei Median. Das erfolge aus dem Klinikinformationssystem (KIS) heraus. Für die Psychosomatische Reha erhalte man konzernweit derzeit monatlich etwa 400 Patienten-Fragebögen zurück. Für die Orthopädie sei man dabei, Befragungen standardisiert einzuführen, als nächstes sei die Kardiologie an der Reihe. „Alle Antworten und Ergebnisse können übers KIS in die Patientenakte überführt werden“, sagte Simon. PROMs nutzt Median erst in kleinen Teilen. „Es wird spannend zu sehen, ob Sie mit PROMs die gleichen Ergebnisse erzielen, wie Qualitätskliniken.de“, fasste Köhler zusammen.

Anders als die Reha, verfügt die Akutmedizin bereits über ein etabliertes System der Ergebnismessung. Darüber berichtete Prof. Dr. Lutz Fritsche, Vorstand Medizin der Johannesstift Diakonie und Leiter der Arbeitsgemeinschaft PROMs in der Initiative Qualitätsmedizin (IQM). IQM betreut 500 Krankenhäuser in Deutschland und der Schweiz. Herausforderung sei es, die Daten aus den vielen Häusern zu sammeln, ohne ein einheitliches KIS. Fritsche: „Für ein Benchmark brauchen wir eine Datenstelle.“ Leider verzögere sich das Projekt aufgrund von Corona. „Aber“, so Fritsche, „was halten Sie von einem Zusammenspiel von Akutmedizin und Reha, von gemeinsamen Erhebungen der PROMs durch mehrere Leistungserbringer in der Versorgungskette?“ IQM sei bereits mit qualitätskliniken.de im Dialog. „Wir müssen schauen, wie wir gemeinsame Wege etablieren können.“

Dazu Moderator Köhler: „Ein transparenter Träger- und Sektoren übergreifender Vergleich würde letztlich zur weiteren Verbesserung der Behandlungsergebnisse unserer Patienten beitragen.“

res



BEST PRACTICE CONTROLLING

21./22. Oktober 2020 | Hannover

3. Seminar

Best Practice Krankenhaus-Controlling – neue Aufgaben in der Kliniksteuerung

JETZT
STAND-
FLÄCHE
SICHERN*

**Kommen Sie in Kontakt
mit 100 Controllern aus
der Gesundheitsbranche!**

Eine Veranstaltung von



Bibliomed
Medizinische Verlagsgesellschaft mbH

Anmeldung und Kontakt

Bibliomed Medizinische Verlagsgesellschaft mbH
Alexandra Lorenz | Veranstaltungsmanagement
Tel.: +49 (0) 56 61 / 73 44-30 | Fax: +49 (0) 56 61 / 75 11 30
E-Mail: veranstaltungen@bibliomed.de
bibliomed-manager.de | bibliomed.de/controllerseminar

***Sigrid Fecher** | Veranstaltungsmanagement & Mediaberatung
Tel.: +49 (0) 56 61 / 73 44-17 | E-Mail: sigrid.fecher@bibliomed.de



Prof. Dr. Arno Deister
(Moderation)



Thomas Brobeil



Olaf Neubert



Stefan Thewes

PEPP und PPP-RL

Jahr der Zäsur für Psychiatrie und Psychosomatik

Die neue Richtlinie der G-BA zur Personalausstattung in Psychiatrie und Psychosomatik (PPP-RL) gilt seit dem 1. Januar 2020. Die laut der PPP-RL festzulegenden verbindlichen Mindestvorgaben für therapeutisches Personal beruhen erstmals auf dem tatsächlich am Patienten tätigen Personal – auf Station arbeitende Ärzte, Pfleger und Sozialarbeiter. Der Bedarf wird in Minutenwerten ausgedrückt und ist regelmäßig nachzuweisen. Die Qualitätsberichte der Krankenhäuser werden veröffentlicht und dienen einem leistungsbezogenen Vergleich. Auch das pauschalierende Entgeltsystem Psychiatrie und Psychosomatik PEPP wird jetzt nach den neuen Regeln verhandelt. Das Ziel: Die Versorgung soll verbessert werden. Zweifel und Kritik an der praktischen Umsetzung der Leitlinie wurden schon vor ihrer Einführung geäußert. Moderator Prof. Dr. Arno Deister, Zentrum für Psychosoziale Medizin im Klinikum Itzeho, ließ in dem virtuellen Workshop „PEPP und PPP-RL“ verschiedene Stimmen zu Wort kommen.

Im Unterschied zur bisherigen Psychiatrie-Personalverordnung Psych-PV sei die PPP-RL eine Strukturqualitätsvorgabe und kein Budgetbemessungsinstrument, so Olaf Neubert, GKV-Spitzenverband. Trotzdem bilde die PPP-RL eine wesentliche Grundlage für Budgetverhandlungen, meinte Stefan Thewes, LVR-Dezernat Klinikverbund. Er sieht in der Richtlinie eine starke Einschränkung der Flexibilität des Systems. Zusätzlicher Personalbedarf kann nicht nachverhandelt werden, und über die Mindestvorgaben hinausgehende Minutenwerte wie Ausfallzeiten oder Sonderdienste sind im PPP-RL nicht geregelt. Sie müssten in den Budgetverhandlungen gesondert behandelt werden.

Eine Abweichung von der Vorgabe – beispielsweise aufgrund höheren Patientenaufkommens – bedeutet langfris-

tig einen Vergütungsausschluss. Thomas Brobeil, Geschäftsführer der Vinzenz von Paul Hospital gGmbH Rottweil, fasste diese Regelung des PPP-RL so zusammen: „Es kann nicht sein, dass wir bestraft werden, wenn wir Patienten versorgen.“ Durchschnittlich werde die PPP-RL jedoch im Vergleich zur Psych-PV zu einer Personalaufstockung von bis zu fünf Prozent führen. „Für viele ist das nicht genug – wir müssen schauen, wie wir damit hinkommen“, sagte Neubert.

In der jetzigen Ausnahmesituation der Corona -Krise wird nun die vorübergehende Außerkraftsetzung der neuen Richtlinie gefordert. „Für uns ist es gerade wichtiger, die Patientenversorgung in den nächsten sechs Wochen abzusichern“, fasste Brobeil die derzeitige Situation zusammen. Thewes forderte sogar eine Außerkraftsetzung für ein Jahr: „Die Richtlinie gilt nicht für Extremsituationen, sondern bildet die Regelversorgung ab.“ Dass sie aktuell wegen COVID-19 nicht so umgesetzt werden kann wie vorgesehen, sei klar. Ob mit oder ohne Coronavirus – die PPP-RL scheint der Realität nicht gewachsen.



Virtuelles DRG-Forum Live aus dem Netz

Qualitätskliniken.de:

Ruhe bewahren, vorbereitet sein und vorausdenken! Danke! Allen alles Gute und Danke an Bibliomed!



DBfK Nordwest:

... die Menschen sollten nicht nur dahin gehen, wo „gute Medizin“ gemacht wird, sondern auch, wo in viel und gut geschultes Pflegepersonal investiert und gute Pflege geleistet wird. #respectnurses



Ruth Hecker:

Zum Thema Krankenhausplanung, es gab in den letzten Jahren keine Erkenntnisprobleme, sondern es fehlt Umsetzungsmut. Danke an Herrn Busse, dass er dafür seit Jahren kämpft.



Peter Gausmann:

Guten Tag in die Chat-Runde. Wer weiß, wie wir zukünftig in unserem System kommunizieren werden. Im Moment lernen wir viel. Danke an die Organisatoren.



Jörg Wegener

Danke @Bibliomed! Hoffe, wir sehen uns nächstes Jahr alle zum „20-jährigen“ wieder gesund + live in Berlin!

Ina Weinert:

Vielleicht ist das endlich der Beginn einer neuen Chance für die Krankenhäuser.



Jörg Sturm:

Vielen Dank an alle, die dies auf die Beine gestellt haben, großartige Leistung!



.....Stellenmarkt

Inserenten des Stellenmarktes der Fachzeitschrift profitieren von der Reichweitenstärke durch das crossmediale f&w-Karrierenetzwerk.

Alle Stellenanzeigen erscheinen für 30 Tage ohne Aufpreis auf www.bibliomed-manager.de



LEITUNG (w/m/d) IM FINANZ- MANAGEMENT

KARRIERE MIT BESTER AUSSICHT IHR BLICK IN EINE ERFOLGREICHE ZUKUNFT!

Das DONAUISAR Klinikum, Lehrkrankenhaus der Medizinischen Hochschule Hannover, ist ein dynamischer, sich expansiv entwickelnder und regional aktiver Spitzenversorger mit annähernd 750 Planbetten. Es ist medizinisch hoch differenziert, versorgt jährlich weit über 35.000 stationäre Patienten/innen in 20 Fachdisziplinen und beschäftigt 2.000 Mitarbeiter/innen an drei benachbarten Klinikstandorten. Es stellt sich medizinisch innovativ und mit interdisziplinären Zentrumsstrukturen, insbesondere Onkologischem Zentrum, überregionalem Traumazentrum und überregionaler Stroke Unit, wirtschaftlich erfolgreich und unternehmerisch zielorientiert in den Dienst einer Vollversorgung für zwei Landkreise sowie als Schwerpunktversorger für ein weit darüber hinausgehendes, überregionales Einzugsgebiet. Über unsere Tochterunternehmen (Medizinische Versorgungszentren und Spezialisierte Ambulante Palliativversorgung) sind wir mit dem ambulanten Sektor eng verzahnt.

Um uns den zunehmenden wirtschaftlichen Herausforderungen im Gesundheitswesen zu stellen, suchen wir zur Erweiterung unseres kaufmännischen Teams einen hoch qualifizierten Kollegen (w/m/d) als Leitung des Finanzmanagements.

IHR PROFIL

- Hochschulabschluss in Betriebswirtschaft oder Wirtschaftswissenschaften, idealerweise mit dem Schwerpunkt Krankenhausmanagement
- Mehrjährige Führungserfahrung mit Fokus auf Finanz-, Kosten- und Investitionssteuerung, vorzugsweise in einem Gesundheits- oder Wirtschaftsunternehmen, aber auch Kenntnisse in anverwandten Gebieten, z.B. Controlling, Steuerrecht
- Analyse- und Methodenkompetenz sowie Anwendungserfahrung relevanter IT Tools
- Ausgeprägte Projektmanagementfähigkeiten und Erfahrung in der Projektleitung
- Sehr gutes Kommunikations-, Organisations- und Verhandlungsgeschick, intern wie extern
- Unternehmerisches Denken und Handeln

WIR BIETEN

- Leistungsgerechte Vergütung nach TVöD-VKA mit außertariflichen Zulagen und allen Sozialleistungen des öffentlichen Dienstes
- Unbefristeter Arbeitsvertrag in Vollzeit
- Sicherer Arbeitsplatz in einem modernen Unternehmen der Gesundheitsbranche
- Eigenverantwortliche und abwechslungsreiche Tätigkeit mit Entwicklungsmöglichkeit in einem kollegialen, motivierten und kreativen Team
- Geförderte, individuelle Fort- und Weiterbildungsmöglichkeiten

IHR ANSPRECHPARTNER FÜR WEITERE AUSKÜNFTE

Herr Bernhard Stern, Personalleiter, unter der Telefonnummer 0991 380-3355.

IHRE AUFGABEN

- Leitung der Finanzverwaltung mit Führen der zugeordneten Organisationseinheiten
- Wirtschaftsplanung, finanzielle Steuerung und Bilanzierung nach Maßgabe des Vorstands
- Liquiditäts- und Investmentplanung für das Gesamtunternehmen
- Vertragsverhandlungen mit Kooperationspartnern und externen Firmen
- Klärung von verwaltungsrechtlichen Themen
- Verantwortung für die korrekte Verwendung von Geldmitteln, Spenden und Drittmittel
- Unterstützung bei der strategischen Weiterentwicklung des Gesamtunternehmens
- Optimierung von Strukturen und Prozessen

WORAUF SIE SICH AUSSERDEM FREUEN KÖNNEN

- Zahlreiche Zusatz- und Sonderleistungen
- Corporate Benefits mit attraktiven Vergünstigungen bei regionalen und überregionalen Anbietern
- Betriebliches Gesundheitsmanagement mit gesunder Küche und attraktiven Fitnessangeboten (z.B. regelmäßige Yoga-Kurse)
- Gemeinsame Erlebnisse bei betrieblichen Feiern, Team-Buildingmaßnahmen und diversen Veranstaltungen
- Vergünstigte Kinderbetreuung in der Kinderkrippe an der Betriebsstätte Deggendorf
- Attraktiver, familienfreundlicher Klinikstandort mit vielen Freizeitmöglichkeiten im Bayerischen Wald

BEWERBUNG AN: karriere@donau-isar-klinikum.de

GEMEINSAM MIT KOMPETENZ & HERZ



IMPRESSUM

f&w führen und wirtschaften im Krankenhaus

ISSN 0175-4548

Herausgeber und Verlag:

Bibliomed-Verlag, Stadtwaldpark 10,
34212 Melsungen, Telefon (05661) 73 44-0
E-Mail: info@bibliomed.de, Internet: www.bibliomed.de

Geschäftsführung und Verlagsleitung:

Dr. Annette Beller

Redaktion:

Florian Albert (Chefredakteur, verantw.), Telefon (05661) 73 44-49,
florian.albert@bibliomed.de

Jens Mau, Telefon (030) 51 65 12-75, jens.mau@bibliomed.de

Lena Reseck, Telefon (05661) 73 44-24, lena.reseck@bibliomed.de

Christina Schröder, Telefon (05661) 73 44-99, christina.schroeder@bibliomed.de

Luisa-Maria Hollmig, Redaktionsvolontärin, Telefon (05661) 73 44 43,
luisa-maria.hollmig@bibliomed.de

Grafik: Christiane Meurer (verantw.), Manuela Winter

Beilage:

Mitteilungen des Bundesverbands Deutscher Privatkliniken e.V.
Mitteilungen des Bundesverbands der Beschaffungsinstitutionen
in der Gesundheitswirtschaft Deutschland e.V.
Mitteilungen des Deutschen Vereins für Krankenhaus-Controlling e.V.

Anzeigen:

Andreas Eckhardt (Anzeigenleitung, Online), Telefon (05661) 73 44-52,
andreas.eckhardt@bibliomed.de

Franziska Füllgraf (Industrieanzeigen), Telefon (05661) 73 44-64,
franziska.fuellgraf@bibliomed.de

Birgit Husemann (Stellenanzeigen), Telefon (05661) 73 44-80,
birgit.husemann@bibliomed.de

Gültige Anzeigenpreisliste Nr. 36 vom 1. 1. 2020

Abonnentenservice:

Bibliomed Leserservice, 65341 Eltville,
Telefon (061 23) 92 38-227, Telefax (061 23) 92 38-228,
bibliomed@vertriebsunion.de

Die Redaktion übernimmt für unverlangt eingesandte Manuskripte und Bilder keine Verantwortung. Nachdruck – auch auszugsweise – sowie die Herstellung von fotografischen Vervielfältigungen sind nur mit ausdrücklicher Genehmigung des Verlages und unter genauer Quellenangabe gestattet.
Der Verlag behält sich das Recht vor, die veröffentlichten Beiträge (inkl. Tabellen und Abbildungen) ins Internet zu übertragen und zu verbreiten.

© Bibliomed Med. Verlags GmbH, Melsungen

Bibliomed
Medizinische Verlagsgesellschaft mbH

Krankenhaus aktuell



Neue Technologien kritisch zu hinterfragen und aus ethischer Sicht zu beurteilen – darum geht es im neuen zweisemestrigen berufsbegleitenden Zertifikatsstudiengang **Technoethik** des Distance and Independent Studies Centers (DISC) der Technischen Universität Kaiserslautern. Der Fernstudiengang ist bisher EU-weit einzigartig.

Dieses Zertifikat wendet sich unter anderem an Personen aus den Bereichen Natur- und Ingenieurwissenschaften, Gesundheitsmanagement, medizinische Informatik, medizinische IT-Beratung und Systemmanagement sowie an Ärztinnen und Ärzte, medizinisches Fachpersonal sowie Pflegekräfte.

Je nach persönlichem Interesse können das Zertifikat „Basiswissen Technoethik“

und die beiden Spezialisierungszertifikate „Technoethik der Medizin“ oder „Technoethik der Informatik“ erworben werden.

Die Spezialisierung „Technoethik der Medizin“ beschäftigt sich mit den ethischen Herausforderungen aufkommender medizinischer Verfahren, Chancen und Risiken des digitalen Wandels im Gesundheitswesen und ermöglicht damit den Teilnehmenden, ethische Aspekte in ihre Entscheidungen zu integrieren. Die Spezialisierung „Technoethik der Informatik“ setzt eine Ebene zuvor an: Wie muss Technologie gestaltet werden und wie ist mit den unerwünschten Nebenwirkungen umzugehen? Es werden unter anderem Fragen der Messung und Nutzung persönlicher Daten sowie Herausforderungen durch

Automatisierung, künstliche Intelligenz und maschinelles Lernen behandelt.

Das Konzept des Studiengangs basiert auf Selbststudienphasen, die durch zwei Präsenzphasen (in der Regel im Februar/März und im August/September) vertieft und ergänzt werden. Der Studiengang verfügt über eine betreute virtuelle Lernumgebung, die speziell für diesen Studiengang entwickelte Selbstlernmaterialien beinhaltet.

Eine Einschreibung ist stets zum Wintersemester jedes Jahres möglich, die Bewerbungsphase beginnt Mitte Mai 2020. Weitere Informationen finden Sie unter: <https://www.zfuw.uni-kl.de/science-engineering/technoethik>.



EINTAUSENDSECHSHUNDERT MÖGLICHKEITEN

PRÄSENTIEREN SIE IHR UNTERNEHMEN
AUF UNSERER AUSSTELLUNG!

18. & 19. März 2021

1.600 hochkarätige Teilnehmer: Krankenhausmanager und Entscheidungsträger aus Politik, Wirtschaft, Verbänden und Wissenschaft auf der Suche nach neuen Konzepten und Erkenntnissen.

Sichern Sie sich bereits jetzt eine der begehrten Ausstellungsflächen für 2021.

Kontakt: Sigrid Fecher | (0 56 61) 73 44-17 | sigrid.fecher@bibliomed.de

drg-forum.de | nationalesrehaforum.de



18. & 19. März
ECC BERLIN

DRG | REHA | FORUM 2021

JOIN THE FUTURE
SAVE THE DATE

18. & 19. März 2021



drg-forum.de | nationalesrehaforum.de