

62. Jahrestagung des Verbandes der Krankenhausdirektoren Deutschlands (VKD) am 9. und 10. Mai 2019 in Berlin

Jens Spahn: „Wir sind nicht die besseren Geschäftsführer“

Die Zeiten sind nicht einfach für Geschäftsführer deutscher Krankenhäuser. Gründe dafür gibt es viele. Einer davon ist das Verhalten der Krankenkassen und ihres Medizinischen Dienstes. Dass Bundesgesundheitsminister Jens Spahn mit dem Referentenentwurf für eine MDK-Reform „im Gepäck“ in die Jahrestagung des VKD kam, brachte ihm da erhebliche Sympathiepunkte. Wie geht es nach einem rasanten gesetzgeberischen Start weiter in der Gesundheitspolitik? Darüber wollte er die rund 200 Teilnehmer der zweitägigen Konferenz am 9. und 10. Mai in Berlin informieren.

Zunächst aber nutzte VKD-Präsident Dr. Josef Düllings die Möglichkeit, in seinem Eröffnungsvortrag wesentliche Probleme der Krankenhäuser zu thematisieren und Forderungen und Vorschläge des Verbandes nicht nur den Teilnehmern, sondern auch dem Minister direkt vorzutragen.

Das Positive zuerst: Die Vorlage des Referentenentwurfs eines MDK-Reformgesetzes vom 2. Mai sei wie „Balsam auf die Wunden“. Damit habe der Bundesgesundheitsminister die Frage, wie es nun weitergehe, in einem ersten Aufschlag gut beantwortet, so Dr. Düllings. Die vorgesehene Abkopplung des MDK von den Krankenkassen sei schon länger vom VKD gefordert worden. Auch wenn wichtige Details noch zu diskutieren seien, bestehe die Chance, dass der Schiedsrichter wirklich Unparteiischer werde. Der Verband begrüße auch die geplante Begrenzung der maximal zulässigen Prüfungen mittels Obergrenzen für Prüfquoten. Eine Klarstellung der Unterscheidung zwischen Falschabrechnung und strittiger Versorgungsform müsse allerdings noch vorgenommen werden.

Dr. Düllings betonte in diesem Zusammenhang erneut, dass die Behauptung, 50 Prozent der Abrechnungen seien falsch, nicht stimmt. Er verwies auf eine Analyse der Daten des MDK Nordrhein durch Kaysers Consilium, wonach im Gegenteil über 96 Prozent der Abrechnungen korrekt sind. Der MDK stufe hier korrekte Abrechnungen als falsche Versorgungsform und damit als Falschabrechnung ein. So sei z. B. durch den Pflegekräftemangel im ambulanten Bereich und in der Reha eine zeitnahe Anschlussversorgung aktuell immer schwieriger zu organisieren. Das Krankenaus erbringe daher ersatzweise die notwendigen Pflegeleistungen. Diese im Sinne der Patienten entstehende Verweildauererlängerung würden von den Kassen ungeachtet der Versorgungslage aber nicht vergütet. Zwar sehe der Referentenentwurf hier eine entsprechende Vorgabe vor, die der Verband allerdings in ihrer Wirksamkeit skeptisch beurteile.

Zur ambulanten Notfallversorgung – ein weiteres strittiges Thema – verwies Dr. Düllings darauf, dass sich in nicht wenigen Regionen Deutschlands nur noch 30 Prozent der Kassenärzte daran beteiligten. Patienten würden dadurch die Kliniken übermäßig in Anspruch nehmen. Positiv sei, dass die ambulanten Behandlungsmöglichkeiten im Krankenhaus erweitert werden sollen. Sie sollten aber nicht auf ambulante Operationen und stationersetzende Maßnahmen begrenzt werden. „Der VKD will nicht, dass sich der ambulante Bereich auf Kosten der

Krankenhäuser entlasten kann.“ Wie viele Kassenärzte nehmen bundesweit eigentlich noch an der Notfallversorgung teil? Die Antwort der KBV auf eine entsprechende Anfrage könne aufschlussreich sein.

Thema des Vortrags waren natürlich auch die Pflegepersonal-Untergrenzen. Gut gemeint, so Düllings. Sie würden aber die Probleme vor Ort weiter vergrößern. Sinnvoll wäre dann eher der von der DKG vorgeschlagene „Ganzhausansatz“.

Es gebe zwar positive Ansätze aus der Politik auch im Sinne der Krankenhäuser. Gleichzeitig laufe jedoch die seit Jahrzehnten größte Branchenkrise. Erneut verwies der VKD-Präsident auf die fortschreitende „Mehr-Ebenen-Rabattmechanik“, die immer mehr Kliniken in die Pleite treibe: Volle Schatullen auf der Kassenseite, große Löcher in den Krankenhausbudgets.

Lösungen würden oft verhindert, weil Bundes-, Landes- und kommunale Ebene nicht an einem Strang zögen, so eine weitere Kritik. Die Länder lehnten sich entspannt zurück, Bürgermeister und Landräte stünden zum Teil auf der Bremse, wenn ein Krankenhaus den Mut zum Strukturwandel aufbringen würde. „Wir brauchen einen Masterplan deutsches Krankenhaus!“. Es wäre eine gute Idee, die Beratungen dazu in der Bund-Länder-Arbeitsgruppe aufzunehmen, so der VKD-Präsident.

Rasanter Start – und wie nun weiter?

Nicht alle Entscheidungen des BMG führten gleich „ins Paradies“. Man wolle aber dazu beitragen, dass es besser werde. Er sei dankbar, dass vom Krankenhausmanagement wahrgenommen werde „dass etwas passiert“ leitete Jens Spahn seinen Vortrag ein. Krankenhäuser seien das Rückgrat der Versorgung und 24 Stunden am Tag das ganze Jahr über immer am Netz, streichelte er die Seele der Teilnehmer.

Als aktuelles Megathema bezeichnete er den Mangel an Pflegekräften in Krankenhäusern und in der Altenpflege. Gerade die Pflege mache im Alltag den Unterschied. Spahn erklärte, er mache dafür nicht den Geschäftsführern einen Vorwurf, sondern dem System. Die Länder stellten nicht ausreichend Investitionsmittel bereit. Daher würden auch Mittel verwendet, die ausschließlich für die Behandlung der Patienten vorgesehen seien. „Am Ende hat es die Pflege getroffen.“

Die klare Botschaft sei nun, dass jede zusätzliche Pflegekraft finanziert werde. Er wisse natürlich, dass derzeit Pflegekräfte sehr schwer zu finden seien, aber eine grundsätzliche Problematik brauche eine grundsätzliche Lösung. Dazu gehöre auch die Festlegung von Personaluntergrenzen. Ein rotes Tuch für viele Krankenhausgeschäftsführer. Ihm komme es aber darauf an, so der Minister, dass strukturell ausreichend Personal vorhanden sei – ein Mittel- und Langzeitziel. Man wolle Erfahrungen sammeln. „Wir sind nicht die besseren Geschäftsführer, die Ihnen sagen, wie Sie Ihr Personal verteilen.“

Ein weiteres großes Thema seien die Strukturen, sei das Arbeiten in Verbänden. Nicht jedes Krankenhaus müsse alle Leistungen erbringen. Hier könnten sinnvolle Absprachen erfolgen.

In den besonderen Fokus der Diskussionen des zweiten Halbjahrs will das Ministerium die Qualität und damit auch die Patientensicherheit stellen. „Die Debatte über Mindestmengen werden wir dann nochmals stärker führen“, erklärte Spahn.

Und noch immer auf der Tagesordnung stehe auch die Notfallversorgung – eine große Baustelle – in Berlin und in Ballungsgebieten größer als etwa in Mecklenburg-Vorpommern. Für die integrierte Notfallversorgung gebe es durchaus schon Beispiele. Hier sei der erste Schritt die Einrichtung integrierter Notfallzentren mit einem 24-Stunden-Angebot zur Beratung und Steuerung der Patienten unter der Nummer 116117. Danach müsse auch die 112 damit verknüpft werden.

Jens Spahn stellte sich nach seinem Vortrag auch Fragen der Teilnehmer. Einige Beispiele:

Fusionen und Absprachen vor allem kommunaler Krankenhäuser können zu Schwierigkeiten mit dem Kartellamt führen. Gibt es Überlegungen, hier einzugreifen? Der Minister sah hier kein regelhaftes Problem, schlug aber vor, entsprechende Fälle zu „sammeln“, um das herauszufinden.

Welchem Bereich werden im Rahmen der integrierten Notfallversorgung welche Leistungen zugeordnet? Kann man eine gesetzliche Basis für die Abrechnung schaffen? Jens Spahn erklärte, dass zunächst die Bereiche identifiziert werden müssten und verwies auf die Bund-Länder-Arbeitsgruppe, die sich mit der sektorenübergreifenden Versorgung beschäftigt.

Das Thema Leasingkräfte ist für viele Krankenhäuser ein Problem. Mit der Festlegung von Personaluntergrenzen verschärft es sich, die Preise steigen nochmals. Können wir mit einer Initiative rechnen, damit das Geld nicht die Leasingfirmen reich macht, sondern in der Patientenversorgung bleibt? Spahn dazu: Die Gewerkschaften wollten diese Entwicklung verbieten, die Arbeitgeber aber benötigten Leasingkräfte. Das Kernproblem sei, dass es sich um ein Symptom der Arbeitsmarktsituation handele. Er glaube, dass Zeitarbeit eine gute Idee ist, nehme das aber für die Krankenhäuser als Problem wahr. Eine abschließende Lösung habe er aber noch nicht.

Keine Frage, sondern die Bitte war, zur Gesundheitsministerkonferenz am 5. Juni das Thema Investitionen anzusprechen. Spätestens nach Ausgliederung der Pflegekosten werde das Thema Investitionen nochmals relevanter – und damit die Gefahr von steigenden Insolvenzen. Eigentlich seien die Investitionen in die Krankenhäuser, aber auch in die Altenpflege, Ländersache. In beiden Bereichen machten sich die Länder „einen schlanken Fuß“. Ob er hier die Länderminister anspricht? Das blieb offen. Er hat das mehrfach getan. Bisher offensichtlich ohne Erfolg.

Regulierungswut – kommen wir noch hinterher?

In der Podiumsdiskussion im Anschluss an die Ministerrunde wurden diese aktuellen Fragen der Krankenhauspolitik weiter vertieft. Jens Spahn und VKD-Präsident Dr. Josef Düllings waren nicht die einzigen, die an diesen zwei Tagen kein Blatt vor den Mund nahmen. Das war sicher auch ein Grund dafür, dass aus dem Publikum – rund 200 Teilnehmer waren registriert – deutlich mehr Fragen kamen als in Jahrestagungen der vergangenen Jahre. Klar ist: Es gibt zahlreiche Unwägbarkeiten und Unsicherheiten gerade im Hinblick auf die Gesetzeslage.

Wie umgehen mit der aktuellen Regulierungswut? Dr. Falko Milski, Pressesprecher des VKD, der die Runde mit VKD-Präsident Dr. Josef Düllings, Nina Hammes, Unterabteilungsleiterin 21 „Gesundheitsversorgung, Krankenhauswesen“ im BMG, Dr. Gerald Gaß, Präsident der DKG, Dr. Jürgen Malzahn, Abteilungsleiter Stationäre Versorgung der AOK und Dr. Christof Veit, Institutsleiter des IQTIG, moderierte.

„Gefühlt produzieren wir im Wochentakt Gesetze“, so Nina Hammes. Man sehe aber auch, was passiere, wenn nicht ordentlich reguliert werde. An manchen Stellen dürfe man die Selbstverwaltung nicht überfordern. Mit Blick auf die MDK-Reform: „Wir haben das Bestreben, die Akteure wieder zu gemeinschaftlichem Handeln zu bringen.“

Eine Menge an Gesetzen sei auf den Weg gebracht. Das führe aber auch zu einem beträchtlichen Aufwand bei allen, konstatierte Dr. Jürgen Malzahn. „Manchmal stellt sich die Frage, ob diese Menge von den Ortsebenen noch leistbar ist.“ Er befand, ein Zielbild sei notwendig: Wo steht die Krankenhausversorgung im Jahr 2025?

Notwendige Reformen sollte man angehen, erklärte Dr. Gerald Gaß. Er könne aber nicht garantieren, dass alle Regulierungen jeden Tag eingehalten würden. Es sei schwer, alle zu überblicken. Daher sei auch Vertrauen in die Arbeit der Krankenhäuser wichtig. Einzelne Vorfälle dürften zudem nicht gleich zum Anlass für eine Regulierung werden, die dann gleich für alle Kliniken gelte.

Bei der Ausgliederung der Pflegekosten aus den DRGs stelle sich die Frage, wie es mit dem DRG-System insgesamt weitergeht, so Dr. Milski.

Die Vorteile des Systems überwiegen die Nachteile, war Dr. Malzahn überzeugt. „Das Bessere gibt es noch nicht.“

Die Ausgliederung sei auf jeden Fall ein ungeheurer Eingriff in das DRG-System, so Dr. Gaß. Man werde in der Selbstverwaltung große Diskussionen darüber führen, was ins Pflegebudget gehört. „Die ersten Budgets werden wir nicht vor 2021 haben.“ Er könne auch nicht sagen, wie das 2020 aussehen werde und habe die große Sorge, dass am Ende die Krankenhäuser flächendeckend weniger Geld hätten. Das sahen auch diejenigen unter den Teilnehmern so, die dazu schon eigene Berechnungen angestellt hatten.

Welche Folgen es haben könne, wenn ein Baustein aus dem komplexen DRG-System herausgelöst werde, sei valide nicht vorauszusagen. „Nach einem Jahr sehen wir, was das für die Pflege gebracht hat. Ich bin skeptisch“, so Dr. Malzahn. Es werde vermutlich etliche Kollateralschäden gebe. Das betreffe z. B. die Sachkosten, die neu verhandelt werden müssten. Das Geld dafür werde weniger werden.

Natürlich konnte in der Diskussion das gefühlt ewige Problem der mangelhaften Investitionsfinanzierung durch die Länder nicht ausgespart bleiben. Dr. Düllings kritisierte, dass zwar Einzelprobleme von der Politik angefasst würden, dieses Grundproblem jedoch nicht gelöst werde. Das werde aber an Dramatik gewinnen. „Die Brisanz der nächsten Jahre wird nicht erkannt.“ Was eine immer wieder einmal ins Spiel gebrachte monistische Finanzierung durch die Krankenkassen betreffe, sei er nach den jüngsten Erfahrungen skeptisch. „Da haben wir jegliches Vertrauen verloren.“

Dr. Gaß ergänzte, die DKG sei durchaus bereit, auch schwierige Diskussionen mitzugehen, aber der Prozess müsse von den Ländern gesteuert werden. Wenn das eine oder andere Krankenhaus aus der Versorgung verschwinde löse dies das Problem nicht.

Informationen zum Thema Qualitätsindikatoren brachte Dr. Christoph Veith in die Podiumsdiskussion mit ein. Nach der Veröffentlichung seien die Ergebnisse in den Medien zum Teil falsch dargestellt worden. Fachgesellschaften hätten eingeschätzt, dass hier Weiterentwicklung notwendig sei. Qualität soll künftig umfassen, transparent und auch für Laien verständlich dargestellt werden. Man arbeite hier an einem zweistufigen Prozess, der sowohl einen guten Überblick ermögliche, aber auch umfassende Informationen zugänglich mache. Man wolle zudem anderen Portalen zertifizierte Informationsqualität bieten.

Digitalisierung – anderswo geht es besser

Die Rezession im Jahr 2008 war der Anstoß für die Digitalisierung der US-amerikanischen Krankenhäuser. Die Kosten für das Gesundheitswesen waren im internationalen Vergleich viel zu hoch – 17,1 Prozent des BIP. Es gab zu viel Personal und eine hohe Zahl von Todesfällen in den Krankenhäusern. Prof. Dr. Larry Friedman, Associate Dean & CEO International, University of California Health System San Diego, Kalifornien, schilderte die damalige Situation, geprägt durch Verschwendung und Ineffizienz. Offenbar genügend Gründe für den Staat, die Digitalisierung des Gesundheitswesens im großen Stil anzupacken und zu finanzieren – verbunden mit der Pflicht zum Nachweis des sachgerechten Einsatzes der Mittel. Viel Geld sei in die Strukturen und auch in die Bildungseinrichtungen geflossen.

Wachstum gebe es nur durch innovative Technologie, erklärte Ken Lawonn, Senior Vice President & CIO, SHARP HealthCare, San Diego, Kalifornien. In seinem Unternehmen seien etablierte und funktionale Geschäftsprozesse – ob analog oder elektronisch – dekonstruiert und Prozesse und -modelle etabliert worden. Daten seien der Schlüssel zum Erfolg. Daher sei ein Health Information Management notwendig.

Das, was Bundesgesundheitsminister Jens Spahn gerade u. a. mit seinem Digitale Versorgung-Gesetz anstrebt - das Smartphone als Medizinprodukt – ist in den USA realisiert. Das Apple Health Record ab IOS11.3 ist kostenlos und der Patient Herr seiner Daten. Auch für die Krankenkassen ist diese Art der Kommunikation von Vorteil – sie können die Patienten durch Informationen direkt steuern. Wichtige Voraussetzung der Digitalisierung sei aber, dass ein Krankenhaus eine digitale Agenda habe.

Kampf ums Personal

Nahezu tägliches Thema in vielen Krankenhäusern: Personalmangel. Gibt es Strategien, die hier Besserung der Situation versprechen? Von heute auf gleich sicher nicht. Das machte Heinz Kölking, Projekte und Entwicklung, Artemed SE, Rotenburg/Wümme in seinem Vortrag deutlich.

Die Strukturen ändern sich, Ursache und Wirkung seien nicht mehr so einfach einander zuzuordnen. Er betonte die große Bedeutung eines modernen Personalmanagements.

Nur mit qualifizierten und engagierten Mitarbeitern seien die Herausforderungen für die Krankenhäuser – Bereitstellung eines passgenauen Leistungsangebots, transsektorale Versorgungsketten, Digitalisierung und Transformation von Strukturen und Prozessen – zu bewältigen.

Allerdings seien Arbeitskräfte in allen Branchen knapp. Die Erwartungen der Mitarbeiter an ihre Arbeitgeber hätten sich deutlich verändert. Hinzu käme die demografische Entwicklung, der sich verschärfende Wettbewerb, hohe Personalkosten und auch ein stetig gewachsener administrativer Aufwand.

Wichtig für die Mitarbeiter sei eine Unternehmenskultur, in der sie sich wohlfühlten, seien attraktive Arbeitsplätze mit attraktiven Angeboten. Das erfordere hohe Führungsqualitäten und Führungskräfte, die auch durch das eigene Vorbild wirkten.

Nur in Einzelfällen sollten Leasingkräfte eingesetzt werden. Sie seien nicht die Lösung, da sie negative Auswirkungen auf das Betriebsklima und die Stammbesetzung hätten und erhebliche Kosten verursachten.

Heinz Kölking warb für die Initiative DOC JOB EU - ein strukturiertes Weiterbildungsprogramm, an dem die europäische Vereinigung der Krankenhausmanager beteiligt ist und das derzeit aufgebaut wird.

Marketing reloaded

Kreative Zerstörung im Klinikmarketing – Keine Angst vor Aufmerksamkeit! Zur Neuerfindung des Marketings an den KEM | Evang. Kliniken Essen-Mitte teilten sich Geschäftsführer Dr. Frank Mau und Sabine Loh, Unternehmenssprecherin und Leiterin Marketing-Unternehmensentwicklung einen sehr munteren und bildhaften Vortrag.

Besser und effizienter auf sich aufmerksam zu machen – das war das Ziel. In Zeiten zurückgehender Fallzahlen und verschärftem Wettbewerb sei es notwendig gewesen, sich als Krankenhaus mit seinen Leistungen und seinen qualifizierten Mitarbeitern neu, frisch und modern darzustellen. Das alte Design der Homepage, das Logo, die Informationsmaterialien hätten inzwischen verstaubt gewirkt, seien unattraktiv und ungeordnet gewesen. Als Grundlagen der Neuerfindung des Klinik-Marketings wurden vor allem Offenheit, Ehrlichkeit, ethische Verlässlichkeit, Menschlichkeit, Frische und Empathie definiert.

Verändert wurde die Grundfarbe Grün. Im neuen Logo sollten sich alle drei Standorte wiederfinden. Es gibt jetzt eine gemeinsame Wortmarke KEM (Kliniken Essen Mitte), die auch für andere Claims genutzt wird (Kirchlich Evangelisch Miteinander, Kreativ engagiert Menschlich, Kraftvoll, Einfühlsam Mutig). Eine Umgestaltung erfuhren alle Werbemittel – immer unter Einbeziehung der Mitarbeiter. Das Bildkonzept stellte die Mitarbeiter in den KEM in den Vordergrund. Auch das bis dato übliche Veranstaltungskonzept wurde verändert. Die Pressearbeit weitete man von den bisher regionalen auf bundesweit erscheinende Medien aus und bezog auch das Fernsehen mit ein.

Beleg-Krankenhäuser gehen in die Offensive

Die Situation der Beleg-Kliniken und -abteilungen war in den vergangenen Jahren nicht rosig. Christian Ernst, Kfm. Geschäftsführer, Die Facharztklinik Hamburg, schilderte die Probleme: Es fehle vor allem eine leistungsgerechte Vergütung, die Beleg-Krankenhäuser seien finanziell benachteiligt. In der Geburtshilfe sei durch die enorm gestiegenen Haftpflichtprämien eine kostendeckende Leistungserbringung gar nicht mehr möglich.

Aber: Die Gelegenheit für eine wirksame politische Lobbyarbeit sei derzeit günstig. Im Norden - Schleswig-Holstein und Hamburg – würden die Beleg-Kliniken bereits eng zusammenarbeiten. Es gebe eine Interessenvertretung in Arbeitsgruppen der Krankenhausgesellschaft, eine Beteiligtenrunde des Ministeriums in Schleswig-Holstein, einen Austausch mit dem Gesundheitsminister in Schleswig-Holstein sowie mit Abgeordneten des Bundestags-Gesundheitsausschusses und beim IQTIG seien zwei Vertreter der Nord-Beleg-Krankenhäuser als Experten registriert.

Da es bisher keine gemeinsame Vertretung der Beleg-Krankenhäuser gibt, wird eine Vernetzung mit Beleg-Krankenhäusern in Deutschland angestrebt. Die zentrale Forderung ist die Streichung des 20-Prozent-Abschlags in § 18 Abs. 3KHEntgG.

Das Belegarzt-System könne als Modell der sektorenübergreifenden Versorgung gelten. Die rechtlichen Grundlagen und Strukturen seien vorhanden. Mit Beleg-Krankenhäusern könne dem Fachärztemangel begegnet werden.

Fernbehandlungen – viele Fragen sind noch offen

Seitdem der Deutsche Ärztetag im vergangenen Jahr die Musterberufsordnung geändert hat, ist eine Fernbehandlung von Patienten auch ohne vorherigen direkten Kontakt zum Arzt möglich, wenn das ärztlich vertretbar ist. Fernbehandlung sei für Bestandspatienten aber auch zuvor schon möglich gewesen. Der Goldstandard sei aber immer der direkte Kontakt, erklärte Dr. Susanne Johna, Vorsitzende der Landesärztekammer Hessen.

Möglich sei z. B. Telemonitoring in Kombination mit Fernbehandlung, etwa der Einsatz nichtinvasiver Messgeräte, das Auslesen von Implantaten wie Herzschrittmachern, Einsatz von Smartphones, z. B. zur EKG-Übertragung. Als Beispiel einer sinnvollen Vernetzung im Sinne der Patienten nannte sie auch das Tele@NET NRW.

Allerdings gebe es noch ungelöste Fragen, etwa, wie die Aufklärung der Patienten laufe, wie das dokumentiert werde, auch Fragen des Datenschutzes und der Haftpflicht. Vorteile sah sie u. a. für die Notfallversorgung, da Beratungsanlässe wegfallen würden.

Als praktisches Beispiel von Fernbehandlung stellte Jens Gabriel, St. Josefs-Hospital Rheingau, Rüdesheim, das Modell „Nachversorgung Rheingau“ Hausbesuch mit dem Tablet: Auf Tour mit der „Tele-NäPa“ vor. Als Kernstück wurde ein Video-Konferenz-System an allen drei Standorten für interdisziplinäre Fallbesprechungen mit Übertragung von Bildmaterial installiert. In einem ersten intersektoralen Schritt erfolgte die Verbindung zu einer großen Arztpraxis. Inzwischen sind 35 Praxen dabei. Das Interesse sei groß.

Gabriel demonstrierte in einem Video ein Anwendungsbeispiel aus der Wundversorgung. Eine Wundschwester besuchte den Patienten zuhause, begutachtete sein betroffenes Bein, fertigte – weil es eine von ihr nicht einzuordnende Entwicklung gab – ein Video an, schickte es in die Praxis, ein Facharzt aus dem Krankenhaus wurde zugeschaltet. Ein stressfreies Vorgehen für die Patienten, Fahrzeiten und Klinikaufenthalte werden verringert, die Lebensqualität der Betroffenen verbessert. Der Personaleinsatz von Pflegenden und Ärzten wird effizienter.

Lassen sich telemedizinische Verfahren auch in der Psychiatrie umsetzen? Zur telemedizinischen Nachbehandlung in der Psychiatrie sprach Prof. Dr. Wolfgang Gaebel, LVR-Klinikum, Düsseldorf.

Was Evidenz und Indikationen telepsychiatrischer Verfahren betreffe, erklärte er, dass bilddirektionale audiovisuelle Verfahren in Echtzeit bisher am besten untersucht seien. Die Ergebnisse bezüglich des klinischen Outcomes, der Nutzerzufriedenheit und Kosteneffektivität seien dabei vergleichbar mit face-to-face Behandlungen.

Als bisher untersuchte Indikationen nannte er Depression, Angst- und Panikstörungen, Demenz in der Unterstützung von Versorgungsplanung und Schizophrenie in der Medikationsadhärenz.

Unbehandelt hohe Rückfallquoten nach stationärer psychiatrischer Behandlung, lange Wartezeiten für ambulante Therapien, erschwerte Erreichbarkeit psychiatrischer Angebote, vor allem ländliche Versorgungslücken kennzeichneten die deutsche Situation. Positiv: Im Mai 2018 sei die ärztliche psychotherapeutische Berufsordnung für telemedizinische Behandlungen geöffnet worden. Es gebe zunehmend Wirksamkeitsnachweise für telemedizinische Angebote.

Inzwischen gebe es mit dem eMEN-Projekt eine Kooperation von zehn Organisationen aus sechs europäischen Ländern u. a. zur Entwicklung einer europäischen Policy Solution und Einrichtung einer transnationalen Kooperationsplattform.

Assistenzroboter schon im Anmarsch?

Ganz so forsch haben sie sich noch nicht auf den Weg gemacht. Dr. Birgit Graf vom Fraunhofer Institut für Produktionstechnik und Automatisierung stellte den Care-O-Bot des Fraunhofer IPA vor – die Produktvision eines Serviceroboters zur Unterstützung der Menschen im täglichen Leben. Er findet auch in dynamischen Alltagsumgebungen seinen Weg zum Ziel, er lernt, detektiert und greift automatisch unterschiedliche Haushaltsgegenstände, trägt mit Hilfe eines Tablett Gegenstände sicher, übergibt sie oder nimmt sie entgegen. Doch das ist eher im Klinik- und Pflegeheimalltag noch nicht das, was man sich wünscht. Erste spezialisierte Lösungen sind aber doch bereits praxistauglich, u. a. zur Erkennung, Ansprache und Führung von Personen. Diese praxiserprobte Anwendung kann auch für die Nutzung in Krankenhäusern und Pflegeheimen transferiert werden.

Kurz- bis mittelfristig könne dann auch die Produktumsetzung intelligenter Pflegewagen, von Serviceassistenten, mobilen Kommunikationsassistenten erfolgen. Geforscht werde derzeit u. a. an einem Rollator zur Begleitung beim Gangtraining z. B. für Schlaganfallpatienten.

Cyberkriminalität – die aktuelle Bedrohung

Wie kann man sich schützen? Die Zentrale Ansprechstelle Cybercrime (ZAC) ist auch für Krankenhäuser im Fall des Falles da. Olaf Borris, Landeskriminalamt Berlin, und Mark Le Corre, vom Landeskriminalamt Potsdam, verwiesen darauf, dass in den vergangenen zwei Jahren knapp 70 Prozent der Unternehmen von Cyberkriminalität betroffen waren. Leider vergehe sehr viel Zeit, bis ein Angriff überhaupt entdeckt werde – weltweit geschieht das innerhalb von 146 Tagen, in Europa braucht es unglaubliche 469 Tage. Gründe dafür seien ein fehlendes Verständnis für diese Probleme, aber auch fehlende Mittel. Auch Anzeigen würden dann leider nur sehr selten erstattet. Eine Umfrage der IHK Ost in Brandenburg habe ergeben, dass in Brandenburg sieben Prozent, in Berlin nur ein Prozent der Angriffe angezeigt wurden.

Ein Unternehmen benötige ein ganzheitliches Sicherheitskonzept, das permanent fortgeschrieben werde. Die Sicherheitsstandards müssten regelmäßig kontrolliert und Verstöße dagegen auch sanktioniert werden. Ein Frühwarnsystem zur Erkennung von Know-How-Verlusten, Antivirensoftware und Firewall, ein Security-Monitoring-Konzept sowie ein Notfallmanagement seien zwingend.

Fazit

Highlights der Konferenz – das lässt sich ohne Frage so einschätzen - waren die Vorträge von Bundesgesundheitsminister Jens Spahn und Dr. Josef Düllings sowie die Podiumsdiskussion. Hier wurde gleich am Anfang Klartext gesprochen – das prägte dann die gesamte Tagung. Spahn, der informiert und frei sprach, stellte die Position der Politik und die nächsten Pläne vor – auch die Zwiespältigkeiten, die es gibt und die Fragen, für die er noch keine Lösung hat. Das machte es dann leicht für die Teilnehmer, in der Fragerunde die für sie offenen Themen anzusprechen. Das wesentliche Probleme der Krankenhäuser systembedingt sind, erläuterte Düllings. Vertieft wurden wichtige Fragen dann in der Podiumsdiskussion, die in schwierige Details der aktuellen Gesetzgebung eintauchte und einige Knackpunkte aufzeigte, die vermutlich allen Teilnehmern noch Kopfschmerzen bereiten werden.

Am zweiten Konferenztag ging es dann an die Bearbeitung wichtiger Einzelfragen. Auch hier wurde kein Blatt vor den Mund genommen. Es gab interessante Einblicke und in den Pausen die ebenfalls immer wichtigen Gespräche der Teilnehmer untereinander und mit den Referenten.

Die Jahrestagung 2020 wird in Wiesbaden stattfinden. Programm und Datum werden rechtzeitig bekanntgegeben.